

PN-1100-802

REVIEW TRAINING PLAN OF  
THE CHILD SURVIVAL PROGRAM  
OF THE DOMINICAN REPUBLIC

A Report Prepared By PRITECH Consultants:  
JOSE O. MORA, M.D.  
PATRICIA AVILA DE HAILS

During The Period:  
FEBRUARY 29 - MARCH 12, 1988

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT  
Supported By The:  
U.S. Agency For International Development  
AID/DPE-5927-C-00-3083-00

AUTHORIZATION:  
AID/S&T/HEA: 8/10/88  
ASSGN. NO: SS 252

TECHNICAL ASSISTANCE TO THE CHILD SURVIVAL PROGRAM  
OF THE DOMINICAN REPUBLIC

TRIP REPORT, FEBRUARY 29 - MARCH 12, 1988

Jose O. Mora, M.D., and Patricia Avila de Hails  
Pritech Consultants

EXECUTIVE SUMMARY

I. SCOPE OF WORK

The initial scope of work for this TA (requested early in November 1987) aimed at assisting the Ministry of Health of the Dominican Republic (SESPAS) in the design of promoters training, including: overall design of general training of supervisors of promoters and promoters in Primary Health Care and Child Survival services; logistical, technical and administrative advice on implementing large-scale general training for over 6,000 participants; design of educational materials to be used in the training; and preparation of a network of SESPAS trainers to deliver training topics in a decentralized manner.

Upon arrival, the SOW was modified because the above mentioned tasks had already been accomplished or were being carried out by SESPAS. Thus, the new SOW for two weeks (rather than the three weeks originally requested) included:

a) Critically review the training plan, observe the current training activities and review the training materials developed by SESPAS for the training of trainers.

b) Examine the current plans for USAID support to the DR Child Survival Program (CSP) and provide recommendations to both SESPAS and USAID regarding CSP design and implementation and USAID assistance to CSP.

II. PURPOSE OF THE PROJECT

The purpose of the CSP is to reduce morbidity and mortality of children by means of systematic implementation of a number of specific interventions for the prevention and control of the major causes of infant morbidity and mortality in the Dominican Republic. CS services will be delivered through a national network of trained community health workers (promoters) with appropriate supervision and logistical and technical support. The first phase of implementation focuses on the training of trainers (supervisors) and promoters, and is supposed to be completed by the end of 1988.

### III. METHODOLOGY

Technical assistance was provided (according to the revised scope of work) by two consultants (Jose O. Mora and Patricia Avila de Hails) for the two-week period between February 29 and March 12, 1988. The consultants reviewed a series of pertinent documents available in USAID, SESPAS and other participating institutions (PAHO, UNICEF, PVOs), interviewed a number of key persons from the institutions involved, held meetings with the central staff of USAID and SESPAS, spent two days observing the implementation of a training course for supervisors of two regions, and performed a careful revision of all training materials. Finally, a consultant report (appended) was prepared in Spanish, as per USAID request.

### IV. SUMMARY OF OBSERVATIONS AND FINDINGS

The overall design of the DR/CSP is theoretically sound. Priority interventions dealing with the major causes of morbidity and mortality in childhood are contemplated, and its implementation is planned as an integral component of Primary Health Care, with particular emphasis on the rural areas and the urban poor communities. The CSP's ultimate purpose is to reduce the high level of infant and child mortality in DR, one of the highest in Latin America. The CSP will be implemented by SESPAS and a number of voluntary organizations, with important contributions from UNICEF, PAHO and USAID.

In order to enable SESPAS to more effectively implement the CSP, an overall administrative and technical reorganization of SESPAS is going on. At the same time, most of the about 6,000 rural promoters and supervisors were recently substituted. The new promoters and their supervisors have little or no experience in health. Promoters will work on a part-time basis and receive a monthly stipend of about U.S. \$10. SESPAS set up plans for the training of more than 6,000 promoters and their supervisors, beginning with training of trainers (supervisors and other health staff at the regional level). Training of trainers is under way, and these, in turn, are expected to train the promoters later this year. Current training suffers from a number of pitfalls which were discussed with SESPAS staff, and recommendations were made accordingly.

The overall CSP implementation plans are not well established yet. SESPAS wants to speed up training, but other aspects of implementation, particularly the necessary strengthening of the primary health care services and support systems to ensure effective program implementation have not been given adequate consideration yet. Critical points for CSP implementation were identified and discussed with SESPAS and USAID staff, and a series of specific recommendations are included in the full report.

## V. MAIN CONCLUSIONS

A great deal has been accomplished by SESPAS in CSP program design, in planning the training phase and in preparing a series of educational materials to support the training of trainers. However, training has not been appropriately designed to prepare the trainers to perform their training and supervisory duties. Supervisors training focuses more on the technical content of the different interventions and services, than on training methodologies to be used to transmit the technical content to the promoters. Therefore, if corrections are not made shortly, the second phase of training will not be successfully accomplished. The new personnel should receive a task-oriented training that would enable them to apply practical skills in their daily activities in the communities. The training problem is more critical when considering the currently dubious motivation of the promoters to carry out their work (most of them are political appointees).

CSP staff has been fully engaged in preparing or carrying out the training program, thus little attention has been given to other critical aspects of implementation (e.g., supervision, information systems, logistics, coordination, etc.) that are key elements for program effectiveness. Not only the training approach and methods should be substantially improved, but other key aspects of program implementation need urgent consideration and appropriate development.

## VI. PRIMARY RECOMMENDATIONS

Major recommendations pertain to the two major areas of the SOW:

A. Changes in the training approach and methodologies in such a way that supervisors are adequately trained in educational methodologies that enable them to train the promoters as effective service providers and educational agents, by means of task-oriented practical training aimed at developing critical skills. Specific recommendations for the improvement of the educational materials used in training are also provided and were thoroughly discussed with SESPAS staff.

B. Concrete recommendations are given on several critical aspects of program implementation:

- o urgent revision of program norms and operational guidelines, and adaptation of the training materials accordingly;

- o design and implementation of a realistic supervisory system whose major features should be continuity, consistency, and heavy emphasis on motivation and continued training and not only on monitoring program performance;

- o design and implementation of an efficient information and monitoring system linked to supervision, simple enough and responsive to the needs of the local implementation personnel as well as to overall program monitoring and evaluation;
- o suggestions about the design of an evaluation model for both process and impact evaluation, including special periodic cross-sectional studies in a sample of program communities;
- o strengthening of the service delivery capabilities of the current SESPAS network of community health services and workers;
- o program implementation schedule and geographical coverage;
- o expansion of child survival activities into sectors other than health, particularly the educational sector;
- o identification of short-term technical assistance needs; and
- o mechanisms for coordination between implementing institutions, as well as between funding agencies.

INFORME DE CONSULTORIA AL PLAN NACIONAL DE  
SUPERVIVENCIA INFANTIL (PLANSI) DE LA REPUBLICA DOMINICANA  
SANTO DOMINGO, FEBRERO 29 - MARZO 12, 1988  
JOSE O. MORA, M.D. PATRICIA AVILA DE HAILS, M.A.

## INTRODUCCION

Esta visita de consultoría fue solicitada por USAID/Santo Domingo a través de PRITECH, en noviembre de 1987. Los planes para atender dicha solicitud se concretaron en febrero de 1983. Los términos de referencia propuestos en noviembre/87 incluían la prestación de asesoría técnica en los siguientes aspectos:

1. Diseño general del plan de capacitación de supervisores y promotoras comunitarias de atención primaria de salud y supervivencia infantil.
2. Aspectos logísticos, técnicos y administrativos de la implementación del plan de capacitación masiva de 6000 promotores.
3. Diseño de los materiales educativos a utilizarse en la capacitación.
4. Evaluación del proyecto de Manual del Promotor preparado por SESPAS.
5. Colaboración en el diseño y mejoramiento del Manual.
6. Apoyo al desarrollo del curriculum de capacitación de supervisores y promotores con base en el Manual.

A la llegada de los consultores hubo necesidad de modificar estos términos de referencia, en vista de que la mayoría de las actividades anteriormente descritas ya se habían ejecutado o estaban en proceso de implementación. Por ejemplo, el Manual del Promotor ya se había publicado y el Plan de Capacitación, elaborado en diciembre de 1987, estaba en su primera etapa de ejecución. Los nuevos términos de referencia incluyen una revisión crítica constructiva de los siguientes aspectos del Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI):

- A. El plan actual de capacitación y su implementación, incluyendo las ayudas educativas: Manual del Promotor, Guía del Capacitador y otros materiales de apoyo.
  
- B. Los planes de apoyo de USAID/ al PLANSI.

El presente informe se refiere a estos dos puntos principales de los nuevos términos de referencia para una consultoría de dos semanas entre el 27 de febrero y el 12 de marzo de 1988.

A. PLAN DE CAPACITACION DEL PLANSI

I. SISTEMA DE CAPACITACION

El sistema que se ha diseñado y está comenzando a implementarse es el de capacitación en "cascada", es decir, por niveles. El PLANSI inició la primera capacitación a multiplicadores (nivel regional) en la semana del 7 de marzo, y espera continuar capacitando rápidamente este nivel de todas las regiones y áreas para terminar en abril/88. La atención del grupo PLANSI del nivel central se ha concentrado hasta ahora en la capacitación a multiplicadores; todavía no hay un diseño de los cursos para supervisores en el manejo de normas mínimas, y para médicos pasantes y auxiliares de enfermería y de las clínicas rurales. Se recomienda que esto se haga lo antes posible y siempre referido específicamente a los temas del PLANSI.

Se han hecho esfuerzos positivos y con buenos resultados en cuanto a verificación de contenidos y desarrollo de normas. Sin embargo, hay algunos puntos que se deben y pueden fácilmente corregir:

1. CONTENIDOS:

Se recomienda limitar los contenidos de capacitación a aquellos temas relacionados con los problemas que afectan mayormente la mortalidad infantil en el país. Existe incongruencia entre lo descrito en el documento PLANSI, en el cual se limita el contenido de los cursos de capacitación, y el Manual del Promotor, en el cual se aumenta el contenido hasta completar la temática general de los servicios básicos de salud. Para la capacitación del PLANSI se recomienda eliminar, por lo menos en la primera etapa, los siguiente contenidos: higiene bucal, agua, higiene de la vivienda, disposición de excretas, ratones y hurones, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, primeros auxilios, fracturas, quemaduras, hemorragias, y mordeduras. Estos temas podrían ser objeto de una capacitación posterior. La sobrecarga de temas dificultaría el aprendizaje de los temas prioritarios por parte de los promotores.

2. METODOLOGIA DEL EVENTO O CURSO DE CAPACITACION

2.1. A Multiplicadores

Se recomienda reorientar el objetivo del curso para que su función principal sea la de capacitar a los técnicos del nivel regional para servir de capacitadores, a través de ejercicios de práctica con retroalimentación inmediata. En este momento el curso está principalmente dirigido a

impartir contenidos para su unificación. Para reorientar esto se requiere ajustar la "Guía del docente", teniendo en cuenta las recomendaciones que se presentan más adelante. El tiempo propuesto de 6 días parece apropiado.

## 2.2. A Promotores

Igual que con el equipo regional, se recomienda orientar las acciones para que el promotor adquiera las habilidades necesarias para el trabajo con la comunidad, las practique durante el curso sobre cada uno de los contenidos, los aprenda bien y crea en lo que aprendió.

El curso de promotores se ha planeado con una duración de 15 días seguidos. Puesto que los promotores son nuevos, sería recomendable dividir el curso en dos etapas: La primera se daría durante una semana y cubriría la mitad de los temas del PLANSI. La segunda se daría un mes después y cubriría el resto de los temas. Con esto se lograría que el promotor ponga en práctica durante un tiempo lo aprendido y luego tenga oportunidad a corto plazo para que se le respondan sus dudas, mediante una buena retro-alimentación.

### 3. MATERIALES EDUCATIVOS PARA LA CAPACITACION

En este momento el PLANSI cuenta con los siguientes materiales de apoyo a la capacitación:

"Guía para el docente"

"Guía para el Adiestramiento"

"Guión"

"Manual para el Promotor"

"Audiovisual"

En todos estos materiales se observa una falta de unidad metodológica en el tratamiento educativo de los diferentes temas o contenidos; algunos son más débiles que otros.

Recomendaciones para la "Guía del docente":

- a) Debe incorporarse a la " Guía del Docente," el contenido de la "Guía para el Adiestramiento".
- b) Fortalecer en la Guía del Docente lo siguiente:
  - 1) En las actividades sugeridas incluir otras técnicas diferentes a la charla tradicional, tales como discusión, solución de problemas,

- dramatización, etc.
- 2) Desglosar específicamente los objetivos de aprendizaje en comportamientos para cada lección.
- c) Diseñar actividades para que el capacitador evidencie los logros en el aprendizaje; por ejemplo, resolver un problema dado, etc.
- d) Especificar, para cada componente, lo que el promotor debe hacer en cuanto a: educar en.....
- detectar riesgo....
  - referir cuando.....
  - informar cuando.....
- e) Añadir a la "Guía del Docente" lo siguiente:
- 1) Una descripción breve de lo que es el PLANSI para que se comprenda cuáles son los objetivos del PLANSI y por qué y cómo opera.
  - 2) Una descripción breve de cómo y qué es apoyar al promotor, puesto que seguramente lo necesitará durante su trabajo.
  - 3) Otras técnicas educativas además de la simulación y dramatización, tales como discusiones, solución de problemas, etc.
  - 4) Actividades prácticas para enseñar el manejo de las fichas de información, ya que son varias y son complejas para un promotor sin experiencia en el sector salud.
- 12

5) Descripción breve de en qué consiste la retro-alimentación de una práctica educativa; así el promotor puede mejorar su actuación cuando trabaje con la comunidad.

#### 4. SUPERVISION DE LA CAPACITACION

En este momento no hay lineamientos sobre las características y estrategias de la supervisión, a pesar de que el grupo central comprende bien que de su calidad e intensidad depende, en buena parte, el buen desempeño del Plan desde su inicio.

##### 4.1. Supervisión del Desempeño de los Multiplicadores

De la supervisión inicial del desempeño de los multiplicadores dependerá la calidad de su trabajo como entrenadores de los promotores. Por esto se recomienda que uno o dos representantes del grupo Técnico Central estén presentes en los dos primeros eventos de capacitación del nivel regional a los promotores. Los objetivos del primer evento son: a) Verificar el manejo del material de apoyo, de las técnicas educativas, de la evaluación y del contenido; y b) Dar retroalimentación al multiplicador sobre aspectos por mejorar, sugiriéndole claramente las correcciones. El objetivo del segundo evento es verificar que corrigió los errores que se le señalaron. Para esto se requiere diseñar una guía simple de supervisión.

13

4.2. Supervisión del Desempeño de los Promotores Como Agentes Educativos.

Aunque el nivel regional capacitará a los supervisores para realizar la supervisión del trabajo de los promotores, es conveniente que el nivel regional diseñe un esquema de supervisión que le permita estar presente en alguna de las actividades que realiza el promotor con la comunidad. El objetivo principal de esta supervisión es detectar puntos críticos para que los supervisores tengan en cuenta durante la supervisión y para que los multiplicares los tengan en cuenta durante las capacitaciones a los promotores.

Se recomienda reforzar el equipo central con personal especializado en:

- 1) Técnicas Educativas apropiadas para educación en salud a adultos
- 2) Administración de eventos de capacitación, con el fin de que los técnicos en capacitación no se vean forzados a trabajar en asuntos administrativos dejando de lado sus funciones técnicas durante y para la capacitación.

## 5. MANUAL DEL PROMOTOR

El grupo técnico de PLANSI ha hecho un esfuerzo importante para producir el Manual del Promotor; este constituye un material de apoyo fundamental para la capacitación y para su consulta posterior por el promotor. Las siguientes recomendaciones se hacen para ser incorporadas en una nueva edición del Manual, aunque algunos de ellas podrían tenerse en cuenta antes de imprimir los últimos 7,000 ejemplares.

- Resaltar con letra diferente el título del tema de cada unidad y los mensajes importantes.
- Unificar el formato de entrega de la información para cada tema.
- Indicar brevemente, al inicio de cada tema, lo mínimo que el promotor debe hacer en cuanto a:
  - Educar en.....
  - Referir cuando....
  - Informar cuando.....
  - Detectar riesgo.....
- Verificar para cada tema la congruencia entre las normas técnicas y el contenido del manual.
- Colocar las fichas correspondientes al final de cada unidad.
- Corregir errores de mecanografía.

15

## B. COMENTARIOS GENERALES SOBRE EL PLANSI

A continuación se enumeran brevemente cada una de las áreas críticas del PLANSI, particularmente en relación con su implementación, y se hacen algunas recomendaciones generales en cada caso. Dichas áreas críticas son: normatización; sistema de supervisión; sistema de información y monitoreo; evaluación; reforzamiento de la capacidad operativa local; cobertura geográfica; ampliación del PLANSI a otros sectores diferentes a SESPAS; asistencia técnica; y coordinación interinstitucional. El área crítica de capacitación de personal se analizó en mayor detalle en el capítulo anterior.

### 1. NORMATIZACION

El proceso de elaboración detallada de normas es un pre-requisito para el diseño de una capacitación efectiva del personal directamente responsable de la entrega de servicios y acciones de salud, incluyendo las acciones educativas. El proceso de normatización apenas se está terminando, y la capacitación ya ha comenzado. Antes de que esta última prosiga, es urgente:

- a) Revisar detalladamente y establecer con mayor claridad las normas técnicas del PLANSI, de tal manera que el entrenamiento vaya dirigido explícitamente a desarrollar habilidades para la entrega de servicios, la supervisión sistemática y el manejo del sistema de información, de acuerdo con las normas.

- b) La concepción del promotor de SESPAS como un agente educativo de cambio, además de un agente de prestación de servicios, dentro de la estrategia de supervivencia infantil, debería reflejarse más claramente en las normas técnicas, así como en el contenido y metodologías de la capacitación y de la supervisión.
- c) Las relaciones entre el promotor, el supervisor y el personal de la clínica rural deben especificarse más claramente, evitando la presencia de sistemas paralelos no coordinados, y asegurando la integración adecuada de las acciones de atención primaria de salud en el nivel local.
- d) Incorporar explícitamente las normas técnicas revisadas en la capacitación del equipo local de salud.

## 2. SISTEMA DE SUPERVISION

El PLANSI no cuenta en este momento con un diseño de un sistema de supervisión.

El establecimiento de un sistema efectivo de supervisión orientadora y motivadora para promotores y supervisores es clave para el éxito del PLANSI. En el diseño e implementación del sistema y en la capacitación del personal en supervisión se recomienda:

- a) Utilizar los modelos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud para el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas, aplicándolos a todas las acciones básicas del PLANSI, y complementándolos con los desarrollados por CONAPOFA en planificación familiar y con la experiencia exitosa de CARITAS en la República Dominicana en su programa de Educación Nutricional Aplicada.
- b) Elaborar guías de supervisión. Una de las modalidades utilizadas con éxito por CARITAS han sido reuniones periódicas del personal de cada región para reentrenamiento, discusión y solución de problemas, retroalimentación, intercambio de experiencias, y reforzamiento de la motivación. Se recomienda que PLANSI considere seriamente la conveniencia de utilizar esta experiencia por lo menos a nivel local.
- c) Incorporar diversos medios para mantener la motivación, tales como la re-capacitación periódica del personal en la adquisición de nuevas habilidades (por ejemplo, para el trabajo en grupos, para educación individual y grupal, etc.); el estímulo sistemático a la competencia sana entre equipos locales, regionales o de área, en términos de cobertura real y calidad de los servicios, podría también considerarse para reforzar la motivación, así como el establecimiento de mecanismos de comunicación permanente entre el nivel central y los niveles intermedios y locales del programa.

### 3.. SISTEMA DE INFORMACION Y MONITOREO

El sistema de información y monitoreo del PLANSI está por diseñarse. Actualmente sólo existe una serie de instrumentos de recolección de información. En la capacitación actual se incluye el manejo de la Ficha Familiar (un registro actualizado de las familias que son atendidas por cada promotor de salud, con datos sobre la vivienda, la composición de la familia, inmunizaciones y registro de visitas domiciliarias), un Formulario Registro Diario Mensual de actividades del promotor de salud, un Resumen Mensual de Actividades de los Promotores de Salud para ser llenada por el supervisor con los datos del formulario anterior, y el Formulario EPI-6 (notificación de caso febril) del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Se recomienda que el sistema de información:

- a) Se diseñe para operar en forma integrada con el sistema de supervisión, con el objetivo de producir oportunamente un mínimo de información necesaria para el monitoreo continuo de las actividades del programa y la toma de decisiones a todos los niveles, así como para la evaluación formativa.

- b) El sistema no debe estar orientado exclusivamente a recolectar información para su remisión y utilización de niveles superiores; por el contrario, debe garantizar en primer lugar que los promotores de salud recolecten sistemáticamente información confiable que es primordialmente útil para ellos mismos y sus supervisores inmediatos, para la toma de decisiones a nivel local.
- c) Debe evitarse a toda costa que el promotor dedique la mayoría de su tiempo disponible a recolectar y registrar información (por ejemplo, datos sobre cobertura y calidad de los servicios).
- d) Es importante que el promotor sepa claramente con qué fin recolecta cada unidad de información y pueda comprobar su utilidad.
- e) El sistema debe prever el tipo de indicadores y análisis que debe efectuarse a cada nivel para la toma de decisiones, y el establecimiento de un sistema de retroalimentación oportuno.
- f) Debe darse importancia especial al manejo normal de la información a nivel local para la toma de decisiones, con la construcción de indicadores sencillos de morbilidad y cobertura de los servicios.

Un sistema de información con estas características podrá aportar una base de información útil que se puede transmitir en forma regular a los niveles superiores para monitoreo y evaluación a nivel de área, de región y nacional. En estos últimos niveles podría considerarse el manejo computarizado de los datos.

#### 4. EVALUACION

Es importante resaltar que SESPAS está ya comenzando a diseñar un sistema de evaluación. El sistema de información y monitoreo facilita la evaluación continua, y la supervisión; sin embargo, es poco probable que sea suficiente para la evaluación del impacto del programa. El sistema sí puede aportar información útil para la evaluación del proceso de entrega de servicios en términos de cobertura de las distintas acciones del PLANSI, pero la evaluación del impacto del programa sobre la morbi-mortalidad de los niños va<sup>a</sup> requerir estudios especiales a profundidad.

El CENISMI (Dr. Hugo Mendoza) parece ser el grupo más calificado para llevar a cabo los estudios especiales de evaluación, con alguna asistencia técnica. El CENISMI ha preparado el anteproyecto de un estudio longitudinal de la morbi-mortalidad infantil y preescolar en 36,000 niños, que UNICEF está interesado en contribuir <sup>a financiar</sup> parcialmente. Sin embargo, el costo y dificultades operacionales de los estudios longitudinales limita su utilidad para evaluar el impacto de programas como el PLANSI.

CENISMI dice estar dispuesto a considerar un rediseño de su proyecto con el fin de hacerlo más apropiado para la evaluación de impacto del PLANSI a corto y largo plazo, incluyendo el diseño de una serie de cortes transversales en una muestra especialmente diseñada con tal fin.

Se recomienda que:

- a) El nuevo proyecto considere la posibilidad de utilizar al máximo los datos del sistema de información del PLANSI, mejorando su calidad.
- b) Además de los datos de morbi-mortalidad, el estudio debe obtener información sobre la oferta y demanda de los servicios de atención primaria de salud, así como sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud de las madres en las áreas de acción del PLANSI.

De todas maneras, es urgente el establecimiento de una línea de base para propósitos de evaluación del PLANSI, con inclusión de todos sus componentes. Es importante con tal fin revisar la información actualmente disponible, especialmente los resultados de estudios transversales recientes sobre IRA y sobre EDA, este último adelantado por CENISMI (Dr. Mauro Canario) con apoyo de la OPS.

Se recomienda que UNICEF y USAID estudien la posibilidad de financiamiento conjunto para que el CENISMI pueda diseñar cuidadosamente y adelantar una secuencia de estudios transversales en una muestra de la población especialmente diseñada para la evaluación de impacto del PLANSI.

22

5. REFORZAMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD

En vista del dramático deterioro que han experimentado los servicios básicos de salud en los últimos años, la capacidad operativa local de SESPAS tiene que revitalizarse significativamente. Dicha capacidad es una condición fundamental para la exitosa implementación del PLANSI, el cual ofrece una oportunidad única para desarrollar un esfuerzo serio de revitalización de los servicios básicos de salud alrededor de objetivos y acciones concretas de atención materno-infantil para la supervivencia infantil. Al parecer, la red de promotores de salud se ha limitado últimamente a ejecutar acciones aisladas y esporádicas de inmunizaciones y planificación familiar.

La cooperación técnica de la OPS se ha concentrado precisamente en el reforzamiento de la capacidad operativa de los servicios locales de atención primaria de salud mediante el apoyo a la investigación operacional para el diagnóstico situacional y el diseño, prueba e implantación de modelos de programación local, y sistemas de administración financiera y de suministros, control y supervisión, monitoreo y evaluación (en las regiones 1 y 7). Los modelos están basados en la regionalización y la descentralización, y buscan optimizar la capacidad del servicio local de salud para organizar sus propios recursos hacia objetivos concretos de prestación de servicios primarios de salud. La consolidación del equipo local de salud y el desarrollo de la capacidad efectiva de las clínicas rurales para integrar y coordinar eficientemente el trabajo de los

promotores de salud, son condiciones indispensables para el éxito del PLANSI. Por consiguiente, se recomienda que SESPAS utilice al máximo:

- a) la cooperación técnica de la OPS en este campo, las experiencias logradas en las regiones 1 y 7,
- y b) los desarrollos metodológicos que en el futuro ofrezca la agencia voluntaria coordinadora del apoyo de USAID al PLANSI.

#### 6. COBERTURA GEOGRAFICA

Es importante tener en cuenta que PLANSI comienza sus actividades con:

- a) Un grupo de promotores y supervisores con poca o ninguna motivación y experiencia de trabajo en el campo de la salud.
- b) Un conjunto de normas nuevas o con adaptaciones a las antiguas, las cuales no se han dado a conocer.
- c) Bajo funcionamiento de entrega de servicios a nivel local.
- d) Reciente reorganización operativa de SESPAS.

La experiencia en otros países indica que un Plan de Supervivencia Infantil tiene que movilizar todas las instancias del Sector Salud, lo cual hace necesario reorganizar y reforzar los servicios locales y el nivel regional, porque el Plan representa la concretización de la entrega de servicios en acciones prioritarias bien definidas.

Los efectos del resultado de una buena o mala implementación se van a reflejar en el prestigio y la credibilidad de la institución de salud del país. El PLANSI no parece estar suficientemente preparado en este momento para continuar con el ritmo acelerado de capacitación en forma eficiente, ni para lograr una implementación adecuada del plan a corto plazo en todo el país. El PLANSI todavía debe a) mejorar la calidad actual de la capacitación y hacer los ajustes necesarios para el entrenamiento adecuado de los promotores, y b) diseñar, probar e implementar los sistemas de supervisión y de información y monitoreo. Todo esto va a tomar cierto tiempo, máxime cuando el equipo central está dedicado en este momento en gran parte a la capacitación. Por esta razón se recomienda que la implementación del PLANSI se haga por etapas; así, por ejemplo, antes de extender la capacitación de promotores a la totalidad de las regiones 2 y 3, sería recomendable hacer los ajustes que indique la supervisión de los primeros eventos de capacitación. Así mismo, antes de extender el programa a todo el país, debería consolidarse su implementación efectiva en las primeras dos regiones. Consideraciones políticas harían deseable acelerar la capacitación y posteriormente crear las condiciones para mejorar la calidad y efectividad de los servicios; sin embargo, sacrificar la calidad por la cantidad puede representar un riesgo que compromete la posibilidad de lograr los objetivos del programa.

7. AMPLIACION DE PLANSI A OTROS SECTORES DIFERENTES A SESPAS

Hasta el momento el PLANSI incluye acciones que contemplan principalmente capacitación del personal actualmente en ejercicio dentro del sector salud. El PLANSI debe buscar el apoyo de otros sectores como el educativo, como formador de recursos humanos que a corto y largo plazo pueden contribuir al logro de sus objetivos. Es por esto que se sugiere tener en cuenta acciones en los siguientes niveles educativos:

a) Profesionales en Formación

Constituyen el recurso humano del cual se puede beneficiar el PLANSI a muy corto plazo. Esto es especialmente cierto con los estudiantes de medicina y enfermería de los últimos años, quienes saldrán pronto a desempeñarse como médicos pasantes y enfermeras de las clínicas rurales.

Los estudiantes de otras carreras diferentes a las de salud como la educación (por ejemplo de las carreras de educación en salud de UCE, CEDE, Universidad Mundial Dominicana y otras), las ciencias sociales (psicólogos, sociólogos) también deberían recibir instrucción sobre PLANSI.

Se recomienda que el PLANSI intensifique sus contactos con los diferentes rectores o decanos de estas carreras y le ofrezca recursos docentes a quienes se les asigne unas horas para tratar los objetivos y metas del PLANSI, los temas y el sistema de organización del PLANSI. Sin embargo, lo ideal es que se incorporen estos temas dentro del curriculum de las diferentes carreras en una forma permanente.

b) Profesionales en Servicio o Ejercicio

El apoyo de estos profesionales contribuirá a reforzar la unificación de criterios y contenidos para disminuir la morbi-mortalidad infantil. Se sugiere entrar en contacto con las diferentes asociaciones profesionales de médicos, enfermeras, pediatras, educadores, sicólogos, etc. A estos se les puede ofrecer docentes que puedan describir el PLANSI y capacitar a quienes tengan interés en ser multiplicadores/capacitadores de promotores u otros agentes de la comunidad. También se deben aprovechar sus propios eventos de actualización. Este Programa del PLANSI para profesionales en formación y en servicio puede ser desarrollado por una institución Dominicana que tenga alta credibilidad dentro del sector salud, a la cual se le darían recursos específicos para hacerlo.

c) Estudiantes de Secundaria y Primaria

Puesto que esta población va a constituirse en los próximos años en la generación de padres de familia, es esencial comenzar a formarlos para su desempeño adecuado en cuanto a los comportamientos básicos en salud que el PLANSI está promoviendo.

Se recomienda entrar en contacto con los altos mandos del Ministerio de Educación para que acepten un apoyo para incluir en las áreas curriculares pertinentes los contenidos de los temas del PLANSI. Luego se entraría a apoyar técnicamente a los técnicos del Ministerio para que lo hagan. Otra opción sería diseñar dos manuales para el maestro, uno para primaria y otro para secundaria, en los cuales se les enseña a enseñar (con actividades específicas) cada uno de los temas del PLANSI.

8. ASISTENCIA TECNICA

SESPAS debería definir claramente sus necesidades a corto plazo de asistencia técnica tanto nacional como internacional. Las principales fuentes de asistencia técnica disponibles actualmente para el PLANSI a nivel internacional provienen de OPS, UNICEF y USAID, en esta última agencia ya sea directamente a través de la Oficina de Salud de la Misión en

Santo Domingo o a través de la Agencia Voluntaria Coordinadora (C/PVO) del apoyo al PLANSI. Esta agencia debería estar en condiciones de canalizar asistencia técnica, tanto nacional como internacional, utilizando al máximo los recursos humanos locales disponibles y la experiencia de otras instituciones o programas en el mismo país (por ejemplo, programas de CARITAS, CONAPOFA, etc). La provisión de asistencia técnica internacional al PLANSI debería estar coordinada a través del Comité Coordinador Interagencial PLANSI.

En principio, se prevee que el PLANSI necesitará asistencia técnica, a corto y mediano plazo, en las siguientes campos: diseño e implantación de los sistemas de supervisión, y de información, monitoreo y evaluación; ajuste de metodologías y materiales educativos para educación interpersonal individual y grupal que ya se han implementado en el país; desarrollo de la capacidad operativa de los servicios locales; metodologías de evaluación de proceso y de impacto; inclusión de los componentes del PLANSI en el curriculum a nivel universitario, secundario y primario.

#### 9. COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL

Se hace necesaria mayor coordinación interinstitucional entre las distintas agencias ejecutoras y de cooperación técnica y financiera, así como con otras instituciones públicas y privadas que trabajan en campos relacionados

con el PLANSI. A corto plazo es urgente establecer mecanismos de coordinación entre SESPAS y las agencias de apoyo (OPS, UNICEF, USAID) y agilizar el funcionamiento del Comité de Coordinación Interagencial del PLANSI (aprovechando la experiencia positiva del PAI) y enfocarlo especialmente hacia los aspectos técnicos.

La adecuada coordinación interagencial deberá tender a evitar la duplicación de esfuerzos y recursos, a compartir experiencias y a buscar complementar en el apoyo técnico y financiero al PLANSI. Los mecanismos de coordinación deben operar tanto a nivel nacional como a nivel regional y local, en estos últimos especialmente en aquellas regiones en donde las agencias privadas voluntarias, con apoyo de USAID, desarrollen actividades PLANSI de refuerzo a SESPAS.

Por otro lado, el PVO coordinador del apoyo de USAID al PLANSI deberá establecer efectivos mecanismos de coordinación con SESPAS y con las otras agencias voluntarias. La coordinación de estas agencias con SESPAS permitirá que SESPAS pueda utilizar dichas experiencias para el mejoramiento de la implementación del PLANSI. Sería deseable que el C/PVO tuviera experiencia de trabajo coordinado con instituciones públicas o privadas en la República Dominicana, lo cual seguramente facilitaría su labor de coordinación.

Los mecanismos de coordinación inter-agencial a nivel local no han demostrado tener problemas. Se espera que esta coordinación no se vea perjudicada por eventuales deficiencias de coordinación a nivel central.

Anexo:

PERSONAS CONTACTADAS

USAID/DR

Lee Hougen, Oficial de Salud

María Castillo, Coordinadora de Proyectos

Manuel Ortega, Oficial de Población

SESPAS

Dr. Manuel Campillo, Director Nacional de Salud

Lic. Rosa María Suarez, Coordinadora PLANSI

Dr. Johnny Rivas, Coordinador Capacitación

Dra. Mildred Acosta, Técnica IRA

Dra. Cristina Díaz, Técnica Desarrollo Infantil

Lic. Guadalupe Feliz, Educadora en Salud.

CENISMI

Dr. Hugo Mendoza

Dr. Mauro Canario

Dr. José Celig

FUDECO

Lic. Juana María Méndez

DEVELOPMENT ASSOCIATES

Ann Lion Coleman, Consultor Residente para el Proyecto  
de Expansión de Servicios de Planificación Familiar.

OPS

Dra. Mirtha Roses, Representante de País

Dr. Leonel Barrios, Consultor Materno-Infantil

UNICEF

Ing. Bernardo Camerati, Oficial de Proyectos

OTROS

Lic. Altagracia Bello, Educadora en Salud IDDI

Lic. Ruth Dinzey, Educadora en Salud.

40