

PN-APP-187

82546

**II TALLER LATINOAMERICANO
SOBRE
SUPERVIVENCIA INFANTIL**

"LOS NIÑOS: NUESTRA PRIORIDAD"



**HONDURAS
AGOSTO DE 1991**

RECONOCIMIENTOS

Todo el personal de la Fundación Internacional del Ojo (FIO) desearía agradecer a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y al Programa de Apoyo a la Supervivencia Infantil de Johns Hopkins University (JHU CSSP) por la oportunidad de auspiciar el Segundo Taller Latinoamericano sobre Supervivencia Infantil. El taller resultó ser un apasionante nuevo desafío para la FIO.

Nos gustaría reconocer los decididos esfuerzos del personal de la FIO/Honduras. Debido a su arduo trabajo, su entusiasmo sin fin y su dedicación a la supervivencia infantil, este taller fue un éxito.

Damos gracias especiales a la Lic. Carol Elwin del Proyecto Hope de Honduras por sus muchas horas de asistencia. También desearíamos expresar nuestro reconocimiento a los miembros de la comunidad que nos permitieron beneficiarnos de una visita a su centro de alimentación y al personal de Plan Internacional de Honduras por su presentación de títeres que fue muy simpática. Agradecemos además a los miembros de la comunidad de Colonia Smit I, del Colegio Ramón Villeda Morales, por su participación entusiasta en las actividades de nuestra visita al lugar.

El bello entorno de la Escuela Agrícola Panamericana será recordado durante mucho tiempo por todos los que participaron en este taller. Con gran agradecimiento nos gustaría dar nuestro reconocimiento a los funcionarios de El Zamorano por su eficiencia, su pericia técnica y su acogedora hospitalidad.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	PLANIFICACION Y PREPARACION	3
III.	EL TALLER	7
A.	Ceremonia de apertura	7
B.	Expectativas de los participantes	8
C.	Continuidad	9
D.	Nutrición y huertas. Visita in situ No. 1	11
E.	Nutrición y huertos. Debates	12
F.	Comunicación con las madres	14
G.	Sistemas de Información Sanitaria	16
H.	Evaluaciones	18
I.	Grupos de consenso y encuesta. Visita in situ No. 2	20
J.	Manejo y supervisión	23
K.	Almuerzo para tratar los próximos pasos	25
L.	Recomendaciones a las OPV	27
M.	Sala de recursos	27
N.	Fiesta cultural	28
O.	Ceremonia de clausura	30
P.	Evaluación de participantes	30
Q.	Poema de Teresa Narvaez, Proyecto Hope	31
IV.	PRESUPUESTO DEL TALLER	32

APENDICES

- Apéndice A: Lista de participantes
- Apéndice B: Lista de los miembros del equipo organizador
- Apéndice C: Cuestiones de continuidad de la USAID
- Apéndice D: Esquema de los SIS y respuestas de los grupos
- Apéndice E: Perfiles de los proyectos de USAID
- Apéndice F: Lista de control para supervisión
- Apéndice G: Recomendaciones de los participantes

RESUMEN EJECUTIVO

El Segundo Taller Latinoamericano sobre Supervivencia Infantil fue auspiciado por el Proyecto Vitamina A para la Supervivencia Infantil, de la Función Internacional del Ojo en Tegucigalpa, Honduras. El taller tuvo lugar del 18 al 24 de agosto de 1991 y fue patrocinado por la Oficina de Alimentos para la Paz y Asistencia Voluntaria, Oficina de Cooperación Privada y Voluntaria, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El taller se coordinó en forma conjunta con el Programa de las OVP de Apoyo a la Supervivencia Infantil de Johns Hopkins University, Instituto para Programas Internacionales, Johns Hopkins University.

Asistieron al taller regional 23 profesionales de salud pública que actualmente trabajan con programas de Supervivencia Infantil en América Latina y el Caribe. Estuvieron representadas diez organizaciones privadas voluntarias que incluían 16 proyectos de Supervivencia Infantil, así como un representante del Ministerio de Salud de Honduras.

El tema del taller de este año, "Nuestra Prioridad: Los Niños", se centró en las siguientes metas:

- 1) Aumentar las habilidades y los conocimientos de los participantes en administración de sistemas de información sanitaria y técnicas de evaluación de proyectos.
- 2) Compartir las experiencias y las lecciones aprendidas en relación con los programas de nutrición entre los funcionarios de campo de las organizaciones privadas voluntarias que realizan actividades relacionadas con la supervivencia infantil en la región de América Latina y el Caribe.
- 3) Tratar la elaboración de mensajes apropiados de educación en salud para usarlos en las comunicaciones con las madres.
- 4) Examinar los temas relacionados con la evaluación de la calidad de los programas de ALRI que se realizan en el campo.
- 5) Proporcionar materiales técnicos actualizados sobre supervivencia infantil y compartir los materiales preparados por cada proyecto.

Las actividades del taller incluyeron sesiones sobre la continuidad, sistemas de información sanitaria, evaluación, nutrición y huertos, y comunicación con las madres. Entre las áreas técnicas específicas que se abordaron figuraron ALRI, el cólera, la vitamina A y los programas de lactancia. Las actividades de campo incluyeron una visita los proyectos de huertos familiares y escolares y a un centro de alimentación infantil. A los participantes se les dio la oportunidad de adquirir experiencia en las técnicas rápidas de evaluación mediante la realización de debates en grupos de consenso y de una encuesta estandarizada. Un centro de recursos del taller presentó una exposición de los materiales elaborados y utilizados por los proyectos de campo que participaron.

Este taller regional proporcionó una oportunidad valiosa para los funcionarios de proyectos que están en el campo, de compartir sus conocimientos y fortalecer sus proyectos empleando las habilidades y la información adquirida mediante las actividades del taller. También promovió la colaboración futura entre los proyectos que continuarán el intercambio de información dentro de la comunidad latinoamericana dedicada a la supervivencia infantil. Los participantes finalizaron el taller habiendo obtenido no solo información técnica importante sino también un medio para obtener apoyo adicional en el futuro.

I. INTRODUCCION

En 1985, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina de Alimentos para la Paz y Asistencia Voluntaria, Oficina de Cooperación Voluntaria Privada (AID/FVA/PVC) estableció un programa de subvenciones competitivas para las organizaciones privadas voluntarias (OPV) que llevan a cabo actividades para la supervivencia infantil en los países en desarrollo.

Este año el séptimo ciclo de subvenciones de supervivencia infantil fue otorgado a las OPV por AID/FVA/PVC. Desde 1985, las subvenciones para la supervivencia infantil se han otorgado a OPV con base en los EUA para realizar actividades en Africa, Asia/Pacífico, América Latina y el Caribe.

En 1986, AID/FVA/PVC estableció un convenio cooperativo con el Programa de OPV de Apoyo a la Supervivencia Infantil, Instituto para Programas Internacionales, Johns Hopkins University para proporcionar apoyo técnico a las OPV dedicadas a la supervivencia infantil. Los fines principales de este convenio son desarrollar las capacidades de las OPV para realizar actividades de supervivencia infantil que sean más eficaces al nivel de la comunidad y para mejorar la comprensión profesional de la función que las OPV pueden desempeñar en el proceso de desarrollo de la salud.

Los esfuerzos del Programa de Apoyo a la Supervivencia Infantil de las OPV incluyen:

- 1) organización de talleres y conferencias internacionales y en los EUA para el personal de las OPV de la sede y de campo que se dedican a la supervivencia infantil,
- 2) auspicio de asistencia técnica especializada a solicitud de proyectos de campo de las OPV sobre supervivencia infantil,
- 3) organización de evaluaciones técnicas externas de las propuestas sobre supervivencia infantil y sus planes de ejecución detallados,
- 4) ayuda a las OPV con sistemas de información sanitaria,
- 5) inicio de estudios especiales,
- 6) compilación y distribución del Informe Técnico trimestral de OPV sobre supervivencia infantil.

El fin de la estrategia del taller regional es:

- 1) fortalecer la prestación de los servicios de supervivencia infantil y mensajes al nivel local,
- 2) intercambiar lo aprendido mediante los programas de OPV sobre supervivencia infantil, y
- 3) proporcionar oportunidades de utilizar redes de información a los funcionarios de los países que hayan participado más directamente en la ejecución de proyectos de supervivencia infantil.

Este taller fue el segundo taller de OPV de América Latina y el Caribe sobre supervivencia infantil patrocinado por AID/FVA/PVC, organizado por el Programa de las OPV de Apoyo a la Supervivencia Infantil de Johns Hopkins University y auspiciado por una OPV dedicada a la supervivencia infantil.

II. PLANIFICACION Y PREPARACION

En 1989, el primer Taller de América Latina y el Caribe sobre Supervivencia Infantil fue auspiciado por el Proyecto Hope y se celebró en Quetzaltenango, Guatemala. Desde esa fecha, varios nuevos proyectos de supervivencia infantil se han iniciado en la región. Se decidió que se planificaría un segundo taller para llegar a los nuevos proyectos y al nuevo personal y proveer información técnica actualizada a los que tienen más experiencia en la supervivencia infantil. El taller proporcionaría la oportunidad a todos los que trabajan para la supervivencia infantil de compartir su experiencia y también serviría para construir o renovar vínculos de colaboración entre los proyectos.

La Fundación Internacional del Ojo (FIO) de Honduras tuvo el honor de aceptar la invitación del Programa de OPV de Apoyo a la Supervivencia Infantil de Johns Hopkins University y de la USAID para servir de sede para el taller regional. Las preparativos empezaron a principios de abril con un viaje preliminar a Johns Hopkins en Baltimore para tratar las bases y el fin de los talleres regionales, así como a quiénes se invitaría a asistir. Se formuló un presupuesto del taller y se firmaron los convenios apropiados entre AID/FVA/PVC y la Fundación Internacional del Ojo.

Se eligieron 17 proyectos de cinco países para participar en el taller. La oficina principal en Bethesda de la FIO envió anuncios del taller a todas las oficinas de la sede pidiendo que designaran a participantes apropiados de las oficinas de campo. También se adjuntó un cuestionario de la sede para obtener información sobre qué temas serían útiles para el personal de la oficina de campo.

Una vez que se recibieron de las oficinas de la sede los nombres de los participantes del taller, se envió una invitación a todos los participantes de las oficinas de campo junto con un segundo cuestionario diseñado para obtener información sobre las necesidades técnicas del personal de campo.

Los funcionarios de la FIO de Honduras hallaron que la Escuela Agrícola Panamericana Zamorano era la ubicación más apropiada para celebrar el taller en Honduras. Se eligieron las fechas y se hicieron las reservas. Los Drs. Dory Storms y Marcelo Castrillo de Johns Hopkins University viajaron a Honduras para conocer al personal del proyecto de la FIO y visitar ese sitio. Acordaron que era el entorno óptimo para un taller sobre la supervivencia infantil.

A principios de junio, se celebró en Baltimore, Maryland, una reunión de planificación de tres días. Asistieron la mayoría de los miembros del equipo organizador del taller, que incluyó a los funcionarios de Johns Hopkins, el personal de la sede y de campo de la FIO, un consultor técnico independiente, el facilitador del taller y el oficial del proyecto de Supervivencia Infantil de la USAID. Mediante un examen de los perfiles de los proyectos individuales de supervivencia infantil, los resultados del cuestionario y los cargos de los participantes en el taller, se definieron las metas y los objetivos del mismo. Se fijó un programa y se eligió un tema. Se trató la logística general y se formuló una lista de cosas que hacer.

En los siguientes meses los participantes recibieron cartas de la FIO que proporcionaron información sobre el contenido del taller, así como información logística y sobre los vuelos. Los funcionarios de la FIO de Honduras se dedicaron a planificar la logística, organizar las visitas a los lugares y trabajar con la oficina de inmigración para facilitar los problemas de visado que pudieran tener los participantes.

La planificación final del taller fue finalizada por el Equipo de Organización del Taller en Tegucigalpa cinco días antes del comienzo del taller. En toda la semana del taller, el Equipo de Organización se reunió diariamente para tratar el itinerario de los siguientes días.

Una lista de los participantes del taller, que incluye el nombre, el título, la OPV, el país y la dirección, se encuentra en el Apéndice A. Una lista del equipo organizador del taller y de las personas que ayudaron se encuentra en el Apéndice B. El calendario del taller se encuentra en la siguiente página.

**Segundo Taller Regional para OVP Latinoamericanas trabajando
en Supervivencia Infantil**

DIA 1 DOMINGO, 18	DIA 2 LUNES, 19	DIA 3 MARTES, 20	DIA 4 MIERCOLES, 21
DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00
Arribo de los participantes. 9:30 Orientation	9:00 Inauguración (IEF-Honduras) 10:30 Espectativas del taller	7:45 Visita de camp -comedor infantil -huerto escolar -huerto familiar 11:00 Discusión	8:00 Sistemas de información en salud
ALMUERZO 11:30	ALMUERZO 12:15	ALMUERZO 12:00	ALMUERZO 12:00
Arribo de los participantes	14:00 Sostenimiento 16:15 Nutrición, Preparación para la visita de campo 16:45 WAWA	14:00 Comunicación a las madres 16:45 WAWA	14:00 Evaluación 15:45 Preparación visita a la colonia Smith I 16:45 WAWA
CENA 17:30	CENA 17:30	CENA 17:30	CENA 17:30
18:30 Orientación	19:30 Exhibición de materiales	19:30 Exhibición de materiales	19:30 Exhibición de materiales

**Segundo Taller Regional para OVP Latinoamericanas trabajando
en Supervivencia Infantil**

DIA 5 JUEVES, 21	DIA 6 VIERNES, 22	DIA 7 SABADO, 23	DIA 8 DOMINGO, 24
DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00	DESAYUNO 7:00
7:45 Visita a la colonia Smith I -grupos focales -estudios rapidos 11:15 Discucion 12:30 WAWA	8:00 Control de calidad 10:15 Supervision de trabajadores en salud	8:00 Recomendacio- nes, pasos seguir 9:00 Clausura 10:00 Evaluacion	Retorno de los participantes a sus paises
ALMUERZO 12:45	ALMUERZO 11:30 "Pasos a Seguir"	PARRILLADA 11:30	
14:45 Visita al "Centro Industrial de Desarrollo"	14:00 Solucion de problemas 1 15:15 Sesiones simultaneas 16:15 Foto 16:45 WAWA	Vuelta de los participantes a Tegucigalpa y retorno	
CENA 18:00	19:30 NOCHE CULTURAL "FIESTA"	CENA 17:30	

III. EL TALLER

A. Ceremonia de apertura

En la mañana de lunes, la Sra. María Antonieta Domínguez-King dio la bienvenida a los invitados y a los participantes al Segundo Taller Latinoamericano sobre Supervivencia Infantil. Entre los invitados a la ceremonia estuvieron las siguientes personas: el Dr. Alirio Cruz, Director del Ministerio de Salud Pública de Honduras; el Lic. Guillermo Gosset de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Dra. Eldine Oosterderg, Representante de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Los antecedentes y el objetivo del taller fueron proporcionados por la Dra. Dory Storms y el Dr. Marcelo Castrillo de Johns Hopkins University. El Dr. Castrillo presentó el Programa de Apoyo a la Supervivencia Infantil de las OPV de Johns Hopkins University (JHU/CSSP) que organiza talleres regionales de supervivencia infantil en todo el mundo.

El Sr. Charles Habis, de la USAID de Washington, proporcionó una presentación de diapositivas de los programas sobre la salud y la supervivencia infantil que realiza la USAID en todo el mundo. Los comentarios adicionales fueron proporcionados por el Sr. Guillermo Gosset de la OPS. Sus observaciones recalcaron la necesidad de planificar las estrategias para la identificación y la prestación de servicios a los niños que se hallan en alto riesgo. El Sr. Gosset también destacó la necesidad de colaboración entre las OPV, la OPS, otras organizaciones y el Ministerio de Salud. Esto fue de particular importancia especialmente en el entorno económico actual de recursos fiscales limitados.

El discurso final se reservó para el Dr. Alirio Cruz, Director del Ministerio de Salud Pública. En sus comentarios expresó la necesidad de que los representantes de OPV presentes sacaran el máximo provecho del taller al compartir lo aprendido y la necesidad de que cada OPV en sus países trabajara dentro de las políticas esbozadas por sus Ministerios de Salud para el desarrollo de servicios de supervivencia infantil. Luego de estas palabras, se dio apertura oficial al taller.

B. Expectativas de los participantes

Persona encargada: Dra. Barbara Greig

Objetivos de la sesión: Conocerse mejor, examinar los objetivos del taller, repasar la metodología, examinar el cronograma de la semana y aclarar las expectativas de los participantes.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Método</u>
5"	Introducción.	-
25"	Los participantes se presentan a un compañero comparten información personal.	Entrevistas en parejas
10"	Metas del taller y metodología de las actividades.	Presentación
20"	Expectativas de los participantes.	Ideas/opiniones

Informe de la sesión:

Esta actividad se utilizó para "romper el hielo" y ayudar a los participantes a conocerse entre sí. En primer lugar se les pidió a los participantes que escogieran un compañero y, en parejas, entrevistaran el uno al otro para obtener la siguiente información:

- 1) Nombre del participante
- 2) Organización en la que trabaja
- 3) Cómo quiere que se le llame
- 4) Información sobre la familia
- 5) Algo de lo que se enorgullece
- 6) Un valor importante
- 7) Por qué trabajan en supervivencia infantil.

Esta información se escribió en grandes hojas de papel periódico y se tomaron fotografías polaroid de cada participante. Las hojas con las fotografías adjuntas se pusieron en exposición en las paredes del salón de reuniones durante toda la semana.

C. Continuidad

Persona encargada: Dr. Gary Smith

Objetivos de la sesión: Aumentar la comprensión de la continuidad por parte de los participantes.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Método</u>
15"	Los participantes exponen sus definiciones individuales de continuidad.	Debates de grupos grandes
30"	Los grupos hablan de lo que se está haciendo en sus proyectos para fomentar la continuidad.	Debates en grupos pequeños
10"	Los grupos pequeños presentan sus conclusiones a todo el grupo.	Presentación de los grupos pequeños
50"	Gary Smith habla de los indicadores de continuidad y las preguntas de la AID sobre continuidad, que se utilizarán en las evaluaciones finales de los proyectos de supervivencia infantil.	Presentación: Gary Smith
15"	Resumen. Preguntas y respuestas.	Preguntas/respuestas

Informe de la sesión:

Al empezar la sesión se pidió a cada participante que apuntara en un pedazo de papel su propia definición de continuidad. Cada participante luego presentó su definición al grupo. Gary Smith resumió los elementos comunes de cada definición y concluyó con su propia definición funcional de continuidad: "La continuidad consiste en que se sigan proporcionando los beneficios que promueven la salud en la población destinataria". El debate siguió con una presentación de tres razones comunes del fracaso de la continuidad en los proyectos de supervivencia infantil:

- 1) La falta de atención adecuada al "proceso" durante la planificación de los proyectos.
- 2) La falta de planes adecuados para movilizar los recursos necesarios.
- 3) La falta de recursos para mantener las actividades claves después de la terminación de los recursos financieros iniciales.

Los participantes se dividieron luego en cuatro grupos y se les pidió que trataran las estrategias para promover la continuidad. Cada grupo luego presentó lo que están haciendo actualmente o lo que planifican hacer en su proyecto para promover la continuidad en lo que se refiere a uno de los siguientes temas:

- 1) al nivel de la comunidad
- 2) colaboración con el Ministerio de Salud
- 3) colaboración con otras organizaciones y entidades no gubernamentales
- 4) continuidad económica.

Las estrategias tratadas por los grupos pequeños en relación a lo anterior recalcó el adiestramiento y la educación de los voluntarios, los miembros de la comunidad y las instituciones locales; los esfuerzos colaborativos con el Ministerio de Salud en logística, adiestramiento del personal, supervisión, planificación y evaluación, y la promoción de microempresas, por ejemplo los bancos comunales para promover la participación de la mujer en la salud.

Después de esbozar una estrategia de continuidad, Gary Smith declaró que es importante establecer claros objetivos de continuidad y planificar las actividades necesarias para alcanzar estos objetivos. Los indicadores de continuidad pueden vigilarse para determinar el progreso de las actividades hacia el logro de los objetivos. Los objetivos, las actividades y los indicadores de continuidad deben ser parte del sistema de información sanitaria de los proyectos de supervivencia infantil.

Se distribuyeron y se trataron los normativos actuales de la USAID sobre "Preguntas y temas sobre continuidad que serán abordados por el equipo de evaluación final del Proyecto de OPV sobre Supervivencia Infantil". Pueden encontrarse en el Apéndice C.



D. Nutrición y huertas. Visita in situ No. 1

Personas encargadas: Lic. Victoria Alvarado, Sr. John Barrows y Dr. Marcelo Castrillo

Objetivos de sesión:

Grupo No. 1: Comprender la función de un lactario y cómo puede integrarse a la supervivencia infantil.

Grupo No. 2: Comprender las intervenciones los huertos familiares y su función como una intervención en los proyectos de supervivencia infantil.

Grupo No. 3: Comprender las intervenciones de los huertos escolares y su función como una intervención en los proyectos de supervivencia infantil.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
<u>El Día Anterior:</u> 30"	Presentar el viaje, asignar grupos participantes. Distribuir y discutir la lista de preguntas para las visitas in situ.	Presentación Debate en grupos
<u>Día Siguiete</u>	Reunirse en el parque de estacionamiento y abordar el autobús para salir hacia el lugar de la visita.	Logística
Grupo No. 1	<u>Centro de alimentación</u> Presentaciones del grupo al personal del lactario y a las madres, observaciones del centro, conversaciones con las madres presentes, observación de una demostración de cocina sobre cómo preparar la soya.	Observación/discusión
Grupo No. 2	<u>Huertos escolares</u> Presentaciones del grupo al personal de la escuela y a los alumnos, visita al huerto escolar y formulación de preguntas.	Observación/discusión
Grupo No. 3	<u>Huertos domiciliarios</u> Presentaciones del grupo a los miembros de la unidad familiar, visita al huerto familiar y formulación de preguntas.	Observación/discusión

Informe de la sesión:

Un día antes de la visita a los lugares, la Lic. Vicky Alvarado presentó esta actividad a los participantes del taller. Se trató el fin y los antecedentes del viaje y los participantes fueron distribuidos en tres grupos, cada uno para visitar un lugar diferente. Se distribuyó para su revisión una lista de preguntas normativas para utilizarse al día siguiente.

A la mañana siguiente, a las 7.45 h., todos los participantes se reunieron en el parque de estacionamiento para la partida a los lugares de las visitas. Los tres grupos visitaron tres lugares diferentes, todos relacionados con la mejora de la nutrición.

El grupo No. 1 visitó un lactario que funciona con la asistencia de CARE de Honduras. Después de las presentaciones, los participantes observaron el funcionamiento del centro y hablaron de las prácticas de alimentación de los niños con las madres presentes. Luego el grupo observó una demostración de preparación e hizo una gira por un huerto escolar vecino.

El grupo No. 2 visitó el Colegio Ramón Villeda Morales, el cual mantiene un huerto escolar. Un Extensionista de El Zamorano dirigió al grupo y presentó a los participantes al Director de la escuela y a los docentes. El grupo tomó nota de lo que estaba cultivándose y cómo estaba ejecutándose el proyecto de huerto escolar.

El grupo No. 3, también acompañado por extensionistas de El Zamorano, visitó un hogar privado en un poblado pequeño cerca de la escuela. Los participantes visitaron el patio de la casa y hablaron de las actividades del huerto con los miembros de la familia que estaban presentes. Los Extensionistas de El Zamorano también proporcionaron información sobre cómo trabaja su escuela dentro de las comunidades para promover las alternativas en materia de huertos domiciliarios. Después de 35 minutos, el grupo volvió al autobús para recoger a los grupos No. 1 y No. 2 para el retorno a El Zamorano. Al final de cada visita del grupo, se tomó una fotografía polaroid y se entregó a los "anfitriones" del lugar.

E. Nutrición y huertos. Debates

Persona responsable: Dra. Barbara Greig

Objetivos de la sesión: Aprender cómo las OPV de esta localidad manejan sus centros de alimentación y los huertos escolares y familiares.

Generalizar el aprendizaje de la visita al terreno a los propios proyectos de los participantes.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
5"	Introducción e instrucción	Presentación
30"	. Lo que vieron/experimentaron . Lo que aprendieron . Cómo aplicarán lo aprendido	Debates en grupos pequeños
15"	Reacciones al grupo	Presentación de los grupos pequeños
10"	Resumen	Comentarios a cargo de Vicky Alvarado, Marcelo Castrillo, John Barrows Debates entre todo el grupo

Informe de la sesión:

Tras el retorno de la visita in situ, a cada uno de los tres grupos se le asignó la tarea de tratar en grupos pequeños lo que vieron, lo que aprendieron y cómo aplicarán lo aprendido en sus proyectos individuales. Los grupos pequeños presentaron sus resultados e ideas al grupo más grande.

Entre las lecciones aprendidas estuvieron las siguientes:

Grupo No. 1: La importancia de integrar la educación sobre nutrición en los programas de enseñanza; los escolares pueden potencialmente extender las actividades de salud a sus comunidades; las actividades del lactario apoyan el huerto escolar y son fortalecidos por el mismo; la participación de las madres es esencial en el mantenimiento del lactario.

Grupo No. 2: La agricultura debe hacerse parte del programa de estudios; debe prestarse atención a los costos de la introducción de los huertos; es deseable una variedad de cultivos de vegetales y frutas y la producción de animales pequeños; es esencial la asistencia técnica continua.

Grupo No. 3: Un espacio pequeño puede emplearse en forma eficiente para producir una variedad de alimentos; la producción puede mejorarse sin productos químicos mediante el uso de los métodos orgánicos; los Extensionistas Agrícolas necesitan mejorar su conocimiento de la nutrición; los pequeños agricultores necesitan asesoramiento sobre cómo tener acceso a la asistencia técnica.

F. Comunicación con las madres

Persona responsable: Dr. Víctor Lara

Objetivo(a) de la sesión: Tratar diferentes estrategias en la comunicación de mensajes de salud a las madres.

Tratar la eficacia de diferentes estrategias para poblaciones específicas.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
10"	Introducción	Presentación con gráficos
40"	Discusión de estrategias utilizadas por: PCI de Guatemala LLL de Honduras Plan de la República Dominicana	Debate en panel
15"	Ejemplo de un mensaje de bajo costo sobre el cólera para las madres, preparado por PLAN-Honduras Receso	Teatro de títeres
30"	Estudio de casos sobre el cólera, elaboración de mensajes de salud Reacciones y conclusiones	Grupos Sesión plenaria

Informe de la sesión:

El Dr. Víctor Lara introdujo esta sesión con una ilustración que muestra la brecha entre los conocimientos sobre la salud y las prácticas de salud. Se planteó el tema de cómo cerrar la brecha al mejorar la comunicación con las madres. Una presentación en panel a cargo del Proyecto Concern de Guatemala, la Liga de la Lactancia Materna de Honduras y Plan Internacional de la República Dominicana ilustró las estrategias individuales de los proyectos para comunicar conocimientos sobre la salud a las madres. Estas presentaciones proporcionaron oportunidad para que el grupo comprendiera la variedad de métodos creativos empleados, sus éxitos y limitaciones.

Entre los puntos recalcados figuraron la importancia de la comprensión y el uso de dialectos en la comunidad. En las zonas en que son pocas las mujeres que saben leer y escribir, la comunicación visual adecuadamente diseñada y probada y el uso de la radio son estrategias eficaces de comunicación para llegar a grandes números de personas. Es esencial en todos los programas la necesidad de comprender las actitudes, las creencias y los comportamientos de las madres, por ejemplo las que están amamantando. Solo después de que se complete la investigación formativa básica puede elaborarse una estrategia eficaz de comunicación. Además, lo que tampoco debe pasarse por alto es la importancia tremenda de la orientación individual, de persona a persona; la necesidad de engendrar la confianza entre los trabajadores de salud y las madres, y la formación de redes de apoyo que sean confiables (trabajadores de salud y otras madres). También se sugirió que los programas que tienen componentes de auspicio aumenten al máximo este esfuerzo mediante la inversión del tiempo extra que se requiere para desarrollar relaciones con miembros de la familia y también para transmitir los mensajes.

Como otra alternativa de bajo costo para la comunicación de mensajes de salud, se invitó a Plan Internacional de Honduras a que hiciera una presentación especial de teatro de títeres sobre el tema del cólera. Se armó un telón de escena simple y los cinco artistas hicieron una encantadora dramatización de los peligros del cólera. Esta presentación se ha empleado con todo éxito en el programa de educación en salud de la comunidad de Fian para llegar a grandes números de personas a bajo costo.

A la conclusión de la sesión se presentó un estudio de caso sobre el tema del cólera. El estudio de caso describió una situación realista en Perú donde el cólera se está propagando rápidamente en una comunidad pobre a la que sirve un centro de salud con insuficiente personal e insuficientes fondos. Los participantes se separaron en grupos pequeños para tratar cómo desarrollarían una estrategia de comunicación apropiada a la situación, incluyendo: cómo obtendrían la información necesaria, qué información requerirían y qué metodología(s) se emplearía(n) en su estrategia de comunicación.

Sistemáticamente todos los grupos destacaron el uso eficaz de las encuestas de KAP, y las técnicas rápidas de evaluación como los grupos de consenso y las entrevistas de informantes clave para obtener información necesaria. Esta información luego se emplearía para elaborar mensajes apropiados y llegar a las audiencias proyectadas empleando una variedad de métodos de comunicación. El Dr. Lara concluyó la sesión con una exposición franca de sus propias experiencias en tratar el cólera en el Perú y en otros países latinoamericanos, dando a los participantes la oportunidad de formular preguntas. También recalcó el Dr. Lara que una estrategia clave en la expectativa de una eventual llegada del cólera a cualquier comunidad es no solo preparar adecuadamente a los trabajadores de salud para tratar la deshidratación (readiestramiento y suministros apropiados) sino también preparar a la población para cumplir con lo sugerido por los trabajadores de salud en el proceso de tratamiento del cólera.

G. Sistemas de Información Sanitaria

Persona responsable: Dr. Gary Smith

Objetivos de la sesión: Aumentar la capacidad y los conocimientos de los participantes en materia de manejo de Sistemas de Información Sanitaria y técnicas de evaluación de proyectos.

Mejorar la capacidad de redactar objetivos apropiados y las actividades, los indicadores y las metas correspondientes.

Tratar sobre los indicadores clave que son útiles en el diseño de encuestas.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Método</u>
35"	Qué es un Sistema de Información Sanitaria (SIS), cuáles son algunos de los problemas que se encuentran con frecuencia en los SIS, desarrollo de los SIS.	Debate en grupos
40"	Utilizando Perfiles de Proyectos de Supervivencia Infantil, los participantes elaboran objetivos con actividades, indicadores y metas.	Pequeños grupos
	Receso	
30"	El Dr. Marcelo Castrillo habla de evaluación y varios diseños de estudio.	Debate en grupos
30"	Debate sobre SIS y evaluación. Preguntas y respuestas.	Debate en panel

Informe de la sesión:

El Dr. Gary Smith empezó la sesión sobre los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) al declarar que un SIS es mucho más que solo un requisito de la sede de la AID o de las OPV. Un SIS es un componente importante de cualquier proyecto que debe servir al proyecto y ayudar en su manejo.

Con frecuencia, los proyectos de las OPV sobre supervivencia infantil tienen un SIS muy ambicioso y recogen numerosos datos que no son útiles para la toma de decisiones del programa. Las OPV deben, en consecuencia, desarrollar un sistema de información que incluya solo los datos que serán útiles para la evaluación de los objetivos del proyecto, que ayudarán a estructurar la supervisión y que pueden proporcionar la reacción inmediata de la comunidad sobre la repercusión del proyecto. Además, el SIS debe incluirse como parte del diseño inicial del proyecto. En el desarrollo del programa de adiestramiento para los trabajadores comunitarios de salud debe prestarse atención para incluir adiestramiento para las actividades de los SIS.

Un esquema para la construcción de un SIS fue presentado por el Dr. Smith. Básicamente cualquier SIS especifica objetivos claros, metas, actividades, puntos de referencia, cómo se recogerán los datos, cómo se los analizará y cómo se los notificará. En el Apéndice D se proporciona un esbozo del esquema y un ejemplo de su uso. El compendio sobre Atención Primaria de Salud del Proyecto de Investigación Operativa de Atención Primaria de Salud (PRICOR) se empleó como referencia durante esta sesión.

Después de que se trató cada paso los participantes se dividieron en cuatro grupos, a cada uno de los cuales se asignó un objetivo de los Perfiles de Proyectos de Supervivencia Infantil (véase el Apéndice E). La tarea de cada grupo fue desarrollar actividades, indicadores y metas empleando el método anteriormente presentado.

Después de esto todos los grupos se volvieron a reunir para presentar los resultados del grupo y obtener reacciones y comentarios. La sesión resultó valiosa pues proporcionó a los participantes la oportunidad de hacer comparaciones, tratar los SIS en general y hablar sobre su aplicación a proyectos específicos.

Luego de esto hubo una presentación general a cargo del Dr. Marcelo Castrillo sobre técnicas de evaluación. En particular se introdujeron las distinciones entre diseños de estudios cualitativos y cuantitativos y el uso apropiado de los grupos de consenso y los métodos de encuesta.

La sesión concluyó con un debate en panel sobre el uso de SIS y evaluaciones por proyectos individuales. El panel fue representado por el Dr. Iván Mendoza, FIO de Guatemala; el Dr. Orlando Taja, ARHC de Bolivia; Carol Elwin, Proyecto Hope de Honduras, y María Angélica Bixcul, Proyecto Concern de Guatemala. Cada participante del panel proporcionó un resumen de la experiencia de sus proyectos en SIS y los problemas y las limitaciones que encontraron. Entre los aspectos notables del debate figuraron las lecciones aprendidas por cada proyecto en el desarrollo de un SIS, ideas sobre cuándo es apropiado y cómo incorporar los intereses de investigación a los proyectos, las necesidades de información de las OPV en comparación con las del MS, lo que son las necesidades de información al nivel de la comunidad y la necesidad de considerar cómo los voluntarios participarán en el diseño y la ejecución de los SIS.

H. Evaluaciones

Persona encargada: Sr. Charles Habis

Objetivos de la sesión: Transmitir conocimientos prácticos en la planificación, organización y ejecución de una evaluación de enfoque colaborativo y cómo emplear este tipo de evaluación para la toma de decisiones y la solución de problemas

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Método</u>
20"	Estudio de casos para llegar a un consenso sobre un problema dado. Se espera que el grupo experimente la organización y el proceso de las discusiones en grupos.	Pequeños grupos
10"	Hablar sobre cómo se identificaron y organizaron los grupos y cómo trataron los temas para llegar a un consenso.	Sesión plenaria
10"	Presentación del "modelo" para realizar la planificación y ejecución de evaluaciones.	Presentación
20"	Presentar y discutir el esbozo de un plan de evaluación. Hablar sobre el esbozo.	Presentación/Debate

Informe de la sesión:

A los participantes se les presentó un estudio de caso que describía una situación de "ética de bote salvavidas", en la que un panel médico debe decidir quién, entre varios pacientes que lo merecen, debe recibir un procedimiento médico de salvamento.

Los participantes luego se dividieron en grupos pequeños para tratar el estudio de caso empleando preguntas normativas y posteriormente se volvieron a reunir como grupo grande para tratar lo que habían experimentado en los grupos pequeños.

El objetivo del método era ilustrar cómo un grupo divergente de individuos percibe una situación, se comunica entre sí y llega a un consenso. Después de este debate, el Sr. Habis presentó pasos para la realización de una evaluación de equipo después del tema de llegar a un consenso.

El Sr. Habis luego dirigió un debate sobre el proceso de elaboración de un marco de trabajo y los pasos prácticos que se requieren para la finalización de una evaluación. El esbozo para un marco de trabajo proporcionado por el Sr. Habis incluía lo siguiente:

- * **Fin:** una declaración concisa de por qué va a tener lugar la evaluación;
- * **Objetivos:** que sean cuantificables y con límite de tiempo;
- * **Lo que se va a evaluar:** temas administrativos (infraestructura de gestión y apoyo técnico al proyecto), el progreso de los objetivos declarados (éxitos y limitaciones), el sistema de información, los fondos (gastos hasta la fecha comparados con el presupuesto del proyecto) y la continuidad;
- * **Actividades y metas:** las actividades planificadas que se requieren para completar cada paso de la evaluación;
- * **Quién participará:** declaración de quién participará en la evaluación, y
- * **Cómo se empleará la información:** la explicación de cómo será utilizada la información por los Ministerios, el personal del proyecto y la comunidad, etc.

Los puntos que destacó el Sr. Habis fueron la importancia de incluir a personas de fuera de las OPV. Si es posible, se concluyó, al hacer participar a otros (personal del Ministerio, UNICEF o el representante de la USAID, según sea apropiado) puede lograrse una perspectiva más general.

Más tarde, el Sr. Habis se reunió informalmente con los participantes interesados para proporcionar más oportunidad para que éstos puedan hacer preguntas en cuanto a la evaluación. Si bien esto no fue un tema planificado del programa, la mayoría de los participantes pasó un tiempo considerable conversando con el Sr. Habis. Todos los participantes creyeron que se beneficiaron de la oportunidad de tratar con un funcionario de la AID temas relacionados con evaluación.

I. Grupos de consenso y encuesta, Visita in situ No. 2

Personas encargadas: Sra. Victoria Alvarado, Dr. Orestes Zuniga, Dr. Marcelo Castrillo, Dr. Víctor Lara.

Objetivos de la sesión: El grupo adquirirá conocimientos sobre cuándo y cómo realizar grupos de consenso y los métodos de encuesta rápida para obtener información de su población destinataria.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividad</u>	<u>Método</u>
<u>Día Anterior:</u> 30"	Presentación del viaje, distribución de grupos.	Introducción
<u>Día Siguiente:</u> 10"	Reunión con miembros de la comunidad. División en grupos.	
40"	<u>Grupo A:</u> Realizar tres debates de grupos de consenso con 25 miembros de la comunidad.	Pequeño grupo
	<u>Grupo B:</u> Realizar encuesta en la comunidad.	Pequeño grupo
60"	<u>Grupo A:</u> Análisis de las respuestas de un grupo de consenso.	Pequeño grupo
	<u>Grupo B:</u> Análisis de los resultados de la encuesta.	Pequeño grupo
15"	Resumen de los resultados.	Sesión plenaria

Informe de la sesión:

En la tarde antes de la visita de campo, hubo una discusión introductoria sobre los principios de los grupos de consenso y los métodos de encuesta. La discusión se centró en los usos complementarios de los grupos de consenso y las encuestas, las diferencias entre cada método y cuándo y cómo emplearlos.

Entre los principios generales transmitidos estuvieron: 1) los grupos de consenso son útiles para producir información exhaustiva sobre un tema específico, mientras las encuestas ilustrativas producen respuestas específicas (sí/no) a una serie de preguntas; 2) las encuestas proporcionan información sobre una amplia variedad de temas, y los resultados pueden generalizarse a una población más grande, pero las encuestas no proporcionan necesariamente información exhaustiva sobre las actitudes y las creencias de una población dada; 3) los grupos de consenso se realizan empleando un número relativamente pequeño de personas y los materiales de muestreo usados no permiten que los resultados se generalicen con fiabilidad a la población en general. Se señaló además que los grupos de consenso también pueden emplearse para fines de validación, por ejemplo, la validación y la prueba en el terreno de los conceptos de educación en salud, los mensajes y los materiales. Concluyendo esta sesión los participantes se distribuyeron en dos grupos, uno de consenso y otro de encuesta para tratar la tarea y los arreglos logísticos del día siguiente.

A la mañana siguiente todos los participantes se reunieron para trasladarse a Colonia Smith I, una comunidad escogida como meta del Proyecto Hope en Tegucigalpa. En el lugar, los Grupos A y B se subdividieron en grupos más pequeños.

A los grupos de consenso se les asignó la tarea de realizar una sesión de grupo de 40 minutos utilizando varias preguntas normativas en relación con las prácticas de alimentación infantil (por qué las madres dan alimentos suplementarios a los lactantes muy pronto, la autoconfianza de las mujeres en alimentar a sus niños, la lactancia en comparación con otros alimentos y el apoyo social a la lactancia). Los participantes de cada subgrupo practicaron entrevistas a cada una de las mujeres registrando sus respuestas por escrito.

A cada uno de los participantes del grupo de encuesta se les asignó la tarea de entrevistar a varias unidades familiares empleando varias preguntas seleccionadas de una encuesta que había sido utilizada anteriormente por el Dr. Orestes Zuniga, en representación de World Relief, de Honduras. Esta encuesta fue parte de la prueba en el terreno del cuestionario estandarizado de encuesta elaborado por JHU/PVO/CSSP para ser utilizado por las OPV. Durante la preparación para este ejercicio se aclararon las preguntas de la encuesta, se revisaron las técnicas de entrevista y se distribuyeron mapas de la zona.

Después de que cada grupo completó su ejercicio, los grupos tabularon sus resultados y crearon una lista de lo que vieron y experimentaron y cómo aplicarían estos aprendizajes a sus propios proyectos.

El Dr. Lara demostró a los participantes de la sesión del grupo de consenso cómo tabular la información empleando papeles adhesivos amarillos sobre un gran pedazo de papel, mientras el Dr. Zuniga habló de sus experiencias en la realización de la encuesta de base de World Relief de Honduras con el grupo de encuesta.

La Dra. Barbara Greig luego concluyó la sesión dirigiendo un debate del grupo grande, en el cual tanto el grupo de consenso como el grupo de encuesta presentaron sus resultados para los comentarios y las preguntas.

Entre algunas de las lecciones aprendidas figuraron las siguientes:

Grupos de consenso: reducir el número de preguntas que se formularán a las madres, considerar la edad y los antecedentes educativos de las madres participantes, y explorar el uso de una grabadora para ayudar en el análisis de las respuestas.

Grupos de encuesta: la necesidad de diseñar con cuidado y poner a prueba en el terreno el cuestionario de la encuesta, capacitación minuciosa y supervisión adecuada de los entrevistadores, y la importancia de la determinación del tamaño de la muestra de población.

Luego de la visita de campo, los participantes disfrutaron de un almuerzo en un restaurante local en Tegucigalpa. En el viaje de regreso a El Zamorano, los participantes visitaron el Centro de Desarrollo Industrial en Valle de Angeles para observar las artesanías locales.



J. Manejo y supervisión

Persona encargada: Dr. Víctor Lara

Objetivos de la sesión: Tratar los conceptos básicos y la mecánica de la evaluación de calidad en la supervivencia infantil.

Tratar los temas pertinentes al desarrollo y la supervisión de los trabajadores comunitarios de salud.

Elaborar listas de control para la supervisión con el fin de evaluar las cuestiones de calidad en la ejecución de los programas de supervivencia infantil y ver los ejemplos de los instrumentos que pueden emplearse.

Obtener respuestas a preguntas clave sobre la administración de los trabajadores de salud de un grupo de participantes con pericia en este campo.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
	<u>Primera parte (de mañana):</u>	
50"	Presentación a cargo de tres OPV sobre el proceso de ejecución de ALRI.	Preguntas y respuestas al panel
20"	Receso	
60"	Elaboración de listas de control para la supervisión y debates sobre su uso.	Pequeño debate
50"	Reacciones y debates.	
	<u>Segunda parte (de tarde):</u>	
45"	Dos participantes presentarán sus experiencias fructíferas en la dirección de los trabajadores de salud de las aldeas.	Debate de "pecera"
45"	Debate abierto y período de preguntas y respuestas.	Debate abierto

Informe de la sesión:

El Dr. Lara empezó la sesión de la mañana mediante la introducción del tema de la evaluación de calidad: si un proyecto desea prestar servicios de calidad, primero debe establecer las normas y luego vigilar la prestación de dichos servicios para determinar si las normas se están cumpliendo.

Para proporcionar una ilustración práctica de la evaluación de calidad, tres OPV en representación de Hope de Honduras, Plan Sucre y ASCH de Honduras participaron en un debate en panel abordando aspectos de diagnóstico, referencia y temas de educación en los programas de ALRI. Cada panelista proporcionó un esbozo de su experiencia en las intervenciones de ALRI y el éxito que han logrado y las limitaciones que han encontrado. Como muchos de los proyectos dependen de los trabajadores comunitarios de salud (TCS) para la prestación de los servicios y el mantenimiento del SIS, varios de los temas planteados se centraron en los medios disponibles para comprobar si los TCS están llevando a cabo sus tareas en forma adecuada. Otros puntos que se trataron fueron aspectos del proceso de selección de TCS, su adiestramiento y, en particular, los temas críticos de apoyo de los supervisores incluyendo el uso de incentivos.

Después de un receso, a los participantes se les proporcionó la oportunidad de preparar una lista de control para fines de supervisión. Los participantes fueron distribuidos en cuatro grupos (Vitamina A, Control de Enfermedades Diarreicas y dos grupos de SIS), cada uno con la tarea de preparar una lista de control para fines de supervisión que fuera realista. Posteriormente a cada grupo se le dio tiempo para presentar sus listas de control al grupo grande para debate y preguntas. Los resultados del debate en grupos pequeños figuran en el Apéndice F.

La sesión vespertina incluyó la presentación de dos participantes voluntarios representando a Care de Guatemala y PCI de Guatemala, que poseen considerable pericia en el adiestramiento y la supervisión de Trabajadores Comunitarios de Salud en sus proyectos. Se realizó un debate tipo "pecera", dando oportunidad a que otros hicieran preguntas a los participantes voluntarios sobre temas de supervisión/manejo. El panelista de la "pecera" arrojó luz sobre cómo trabajar en forma fructífera con los TCS mientras otros proporcionaron argumentos de contrapunto sobre el uso de TCS. Nuevamente, muchos de los puntos planteados fueron similares a los de la sesión de la mañana: ¿Por qué las tasas de renovación de voluntarios varían de proyecto en proyecto? ¿Qué hace a un voluntario? ¿Cómo deben seleccionarse a los voluntarios? ¿Qué tareas pueden esperarse que un voluntario lleve a cabo? ¿Hasta qué punto un proyecto debe depender de voluntarios? ¿Qué apoyo necesitan los voluntarios? ¿Con qué frecuencia requieren supervisión? ¿Cuales son los incentivos apropiados para los voluntarios?



K. Almuerzo para tratar los próximos pasos

Persona encargada: Srta. Laine Isaacson

Objetivos de la sesión: Examinar las actividades de colaboración en el propio país de los participantes. Tratar y crear un plan y cómo aumentar o fortalecer la colaboración entre proyectos de supervivencia infantil y otras organizaciones o entidades relacionadas que funcionan en el mismo país.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
10"	Presentar la sesión	Presentación
60"	Almorzar con colegas del país y hablar de los planes de colaboración en el país.	Debate en grupos pequeños (divididos por países)

Informe de la sesión:

Los participantes se reunieron con otros de su propio país para tratar la colaboración entre los proyectos de supervivencia infantil. Los participantes prepararon un plan para presentar en la sesión del sábado de mañana. Los dos participantes que representaron a Ecuador y los dos que representaron a la República Dominicana compartieron un grupo.

Resultados de la sesión:

Grupo de Guatemala: Difundir la información recibida en el taller, mejorar la comunicación entre los proyectos, empezar a estandarizar criterios para nuevos proyectos.

Grupo de Ecuador/Grupo de la República Dominicana: Todos los enumerados anteriormente, elegir un comité de apoyo a OPV, realizar un taller que haga hincapié en SIS y evaluación.

Grupo de Honduras: Formar un grupo para coordinar las actividades, se programarán reuniones, la FIO de Honduras asumirá la responsabilidad de la organización de la primera reunión.

Grupo de Bolivia: Cada participante difundirá la información del taller a la oficina de su país, pedirle a Percosi que financie un taller nacional con otras OPV de CS, formar un grupo de apoyo entre los participantes en este taller.

L. Recomendaciones a las OPV

Persona encargada: Dra. Barbara Greig

Objetivos: Crear una lista de las recomendaciones que serán observadas por Johns Hopkins University y USAID para los futuros programas de supervivencia infantil.

Diseño de la sesión:

<u>Tiempo</u>	<u>Actividades</u>	<u>Métodos</u>
5*	Introducción.	
25*	Recomendaciones.	Grupos pequeños
15*	Los grupos informan sus recomendaciones.	Grupo plenario
5*	Reacciones al grupo total.	Sesión plenaria

Informe de la sesión:

Los participantes formaron tres grupos pequeños para tratar las recomendaciones para Johns Hopkins University, la USAID y las OPV en cuanto a los programas de supervivencia infantil. Estas recomendaciones pueden verse en el Apéndice G.

M. Sala de recursos

Se le pidió a cada participante que trajera al taller materiales para compartir con otros participantes. La información provino de la AID, Johns Hopkins, UNICEF, OMS, IVACG, HKI/VITAP y otras instituciones que se dedican a la supervivencia infantil. Hubo también información de las OPV participantes y del Ministerio de Salud de Honduras incluyendo informes de proyectos y evaluaciones, folletos y carteles informativos, cuestionarios de encuesta, formularios de notificación de MIS, incentivos para los voluntarios, así como otros elementos útiles de información. Algunos de estos elementos se distribuyeron a los participantes mientras otros fueron solamente para exposición. Todos los participantes del taller creyeron que ellos se beneficiaron de haber podido observar los materiales preparados por otros proyectos con metas similares.

La exposición sobre los proyectos en la sala de recursos estuvo abierta durante las tardes del martes, miércoles y jueves. Los participantes que representaron a Plan Altiplano de Bolivia, FFH de Bolivia, Proyecto Hope de Ecuador, FIO de Guatemala y Alimentos para los Hambrientos de Bolivia tuvieron ocasión de presentar sus actividades del proyecto a los otros participantes durante las noches del miércoles y el jueves. Además, los funcionarios de El Zamorano organizaron la presentación de un video corto en el Centro de Capacitación de Zamorano.

N. Fiesta cultural

Al comienzo de la semana del taller se formó un comité para organizar la fiesta cultural en la noche de viernes. Luego de la cena, el Comité de Entretenimiento organizó un acto festivo que incluyó bailes tradicionales, escenas cómicas y premios de broma a los participantes sobresalientes. Todos tuvieron la oportunidad de lucir trajes típicos y demostrar danzas tradicionales de sus países de origen. La noche continuó, para muchos que poseían energía extra, en el salón social del taller (la "Pachanga Inn") hasta la madrugada.





29

O. Ceremonia de clausura

La Sra. Maria Antonieta Domínguez-King inició la ceremonia de clausura en la mañana del sábado con comentarios finales y la entrega de certificados a los participantes del taller. El Dr. Francisco Moreno, del Proyecto Hope de Ecuador representó a todos los participantes al pronunciar las palabras de clausura, agradeciendo a los miembros del equipo organizador y al personal de Zamorano. Después de la ceremonia, todos estuvieron invitados a una barbacoa hondureña y la actuación de un conjunto musical antes de partir a Tegucigalpa.



P. Evaluación de participantes

En la mañana del sábado, a los participantes se les pidió que completaran un formulario de evaluación. El objeto era proporcionar información a los miembros del equipo de organización y Johns Hopkins University. Una copia del formulario de evaluación puede encontrarse en el Apéndice H.

Q. LOS NINOS: NUESTRA PRIORIDAD
Por: Lic. Teresa Narvaez, Proyecto HOPE/Ecuador

Haciendo un corte al tiempo nos hemos puesto a pensar en la salud de nuestros pueblos y en las estrategias para ayudar a mejorar especialmente a los niños que son nuestra Prioridad. Si bien es cierto que esta situación ha mejorado no es menos cierto que aun es amarga la realidad por que siguen siendo los niños los prisioneros de la enfermedad y la angustia tan evidente en sus caritas a mas de la tristeza y el dolor y en sus cuerpecitos las marcas de la desnutricion otros niños de sus juegos impedidos por las secuelas que ha dejado la falta de la inmunizacion, porque en nuestras comunidades aun hace falta lo mas importante. La Educacion para que a traves de ella identifiquen sus problemas, autogestionen la solucion.

Por ello hoy que estamos juntos representando a las P.V.O.'s gritemos en voz alta!
Que vivan los niños, que vivan mejor que no hayan fronteras, que no hayan pueblos donde no pueda arribar la salud, la educacion; habra que luchar para vencer muchas barreras quedaran gotas de cansancio en nuestro caminar pero a la meta llegaremos con la conciencia tranquila por haber hecho algo digno por nuestra humanidad.

Bendito Dios que esta oportunidad nos da de contribuir con un granito de arena para aquello que queremos edificar "Un futuro de Ensenanza" donde vivan los niños con salud, alegria, paz y amor; y hoy que emprendemos la partida no olvidemos el companerismo, la amistad llevemos el grato recuerdo del encuentro de las P.V.O.'s muy dentro del corazon, y en la mente tengamos presente que la Supervivencia Infantil Sera nuestro lema para conseguir un mundo mejor y lograr nuestro ideal.



IV. Workshop Budget

PERSONNEL

U.S. Hire Consultant	\$4,000
IEF Staff & Benefits	4,500
Honduras Staff & Benefits	500
Sub-total	<u>\$9,000</u>

TRAVEL

Participants Int'l Airfares	\$14,000
Consultant/IEF Staff Int'l Airfares	1,200
IEF Honduras Staff Int'l Airfares	800
In-country Transportation Costs	1,200
U.S. Local Transportation	100
Sub-total	<u>\$17,300</u>

PER DIEM/FOOD & LODGING

Consultant Per Diem	\$1,000
Participants Food & Lodging	4,500
IEF Honduras Staff Per Diem	350
U.S. IEF Staff Per Diem	900
Sub-total	<u>\$6,750</u>

TRAINING MATERIALS

Training Supplies and Equipment	\$3,000
Participants Notebooks and Supplies	1,000
Sub-total	<u>\$4,000</u>

OTHER DIRECT COSTS

Workshop Report (including Translation)	\$1,750
Telephone and FAX	400
Postage and DHL	500
Miscellaneous	490
Sub-total	<u>\$3,140</u>

IEF ADMINISTRATIVE COSTS	<u>\$9,810</u>
--------------------------	----------------

TOTAL	<u>\$50,000</u> =====
-------	--------------------------

APENDICES

- Apéndice A: Lista de participantes
Apéndice B: Lista de los miembros del equipo organizador
Apéndice C: Cuestiones de continuidad de la USAID
Apéndice D: Esquema de los SIS y respuestas de los grupos
Apéndice E: Perfiles de los proyectos de USAID
Apéndice F: Lista de control para supervisión
Apéndice G: Recomendaciones de los participantes

APPENDIX A

PARTICIPANTS NAMES AND ADDRESSES

1. Lourdes Aquize, Health Assistant\Child Survival
PLAN INTERNATIONAL ALTIPLANO
Francisco de Mirande # 2123
PO Box 6181 Correo Central
La Paz, Bolivia
Tel: 353028-356668-811631-810041 Fax: 591-2-391452
2. Dr. Orlando Taja, Program Director
ANDEAN RURAL HEALTH CARE
(Mail) casilla 31343
La Paz, Bolivia
Tel: 02-342950
3. Dr. Evaristo Maida, Project Director
PROJECT CONCERN INTERNATIONAL
Casilla 4678
La Paz, Bolivia
Tel: 591-235-1353 Fax: 591-239-4104
4. Artemia Garnica, Area Suprvisor\nurse
PLAN INTERNACIONAL SUCRE
Pastor Saenz 122
Sucre, Bolivia
Tel: 591-64-24813 Fax: 591-64-30475
5. Lic. Olga de la Oliva, Project Director
FOOD FOR THE HUNGRY
Casilla # 5671
La Paz, Bolivia
Tel:(591)(2) 78-4467 78-6636 Fax: (591) (2) 786 753
6. Teresa Narvaez Villarreal, Nurse Educator- Supervisor
PROJECT HOPE
PO Box 01.05.1964
Cuenca, Ecuador
Tel: 011-5937-81 7866 Fax: 011-5937-63 1358
7. Dr. Francisco Moreno, Program Director-National
PROJECT HOPE
Ministerio de Salud Publica
Direcccion Provincial de Azuay,
Avenida 12 de Abril 5-99,
Cuenca, Ecuador
Tel: 011-593-7-81-7866 Fax: 011-593-7-83-1358
8. Lic: Patria Rivas, Program Coordinador
PLAN INTERNATIONAL
Apartado 30050
Santo Domingo, Dominican Republic
Tel: (809) 535-3435/535-1495/535-1596 Fax: 809 5626893

9. Dra. Maria Angelica Bixcul, Community Health Program
Director
PROJECT CONCERN INTERNATIONAL
6a. Avenida
12-56. Zona 1
Solola, Guatemala
Tel: 50 2 961 2019/Quetzaltenango Fax: 50 2 961 6539
10. Ivan Mendoza, Project Analyst
IEF/NCBD
Comite Nacional Prociegos y Sordomudos
"Hospiatl de Ojos y Oidos
Dr. Rodolfo Robles V.
Diagonal 21 y 29 calle
Guatemala City, Guatemala
11. Edna Hortencia Mayen, Field Assistant/Child Survival V
Project
CARE-GUATEMALA
15 Ave, 3-66 Zona 13
Tel: 345625 Fax: 318167
12. Maria Elena Ak Bol, Project Coordinator/Child Survival
Project
CARE-GUATEMALA
15 Ave, 3-66 Zone 13
Tel: 345625 Fax: 318167
13. Patricia Redondo Argueta, Doctora en Medicina y Cirugia
ASOCIACION SAVE THE CHILDREN
Col. Alameda
Ave, Julio Lozano Diaz
10-11 calle , Casa # 1314
Tegucigalpa, Honduras
Tel: 31-09-58 Fax: (504) 32=58-69
14. Dra . Silvia Hernandez, Project Area Director
WORLD RELIEF HONDURAS
Colonia Alameda
Casa#1818
Aprtado Postal 3303
Tegucigalpa, Honduras
Tel: (504) 32-7667 Fax: (504) 32-6139
15. Dr. Orestes Zuniga, Project Director
WORLD RELIEF HONDURAS
Colonia Alameda
Casa #1818
Aprtado Postal 3303
Tel: (504) 32-6139 Fax: (504) 32-6139
16. Lic. Julia Melgar, Project Education Coordinator
CARE DE HONDURAS
Apartado Postal # 729
Tegucigalpa, D.C. Honduras
Tel: 011- 504-32-86-01 Fax: 011 504-32-09 131

35

17. Ricardo Henriquez, Doctor en Medicina/Project Manager
CARE INTERNATIONAL HONDURS
Apartado Postal 729
Tegucigalpa, Honduras
Tel: 011-504-32-8601 Fax: 011-504-32-09-13
18. Biviana Paz, Country Project Director
LA LECHE LEAGUE/HONDURAS
Apartado # 512
San Pedro Sula, Honduras
Tel: 504-57-9868 (office)
504-53-3737 (Residence) Fax: 504-52-2367
19. Yolanda Moya Castro, Nurse Supervisor
IEF-HONDURAS
Colonia 15 de Septiembre,
T-34
Comayaguela, Honduras
Fax: (504) 33-18-23
20. Lic: Carol Elwin, Coordinator Child Survival
PROYECTO HOPE
P.O. Box 3505
Tegucigalpa, Honduras
Tel: 011-504-382019 Fax: 011-504- 3209774
21. Elida Aguilar de Lopez, Jefe Departamento de Enfermeria
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Centro de salud, las Cruisitass
Comayaguela, Honduras
22. Dr. Felix Alcantara, Health Coordinator
PLAN INTERNATIONAL
Apartado 30050
Santo Domingo. Dominican Republic
Tel: (809) 535-3435 Fax: (809) 56626893
23. Dr. Susan Bolman, Assistant to the Project Director
FOOD FOR THE HUNGRY
Casilla # 5671
La Paz, Bolivia
Tel:(591)(2) 78-4467 78-6636 Fax: (591) (2) 786 753

APPENDIX B

WORKSHOP ORGANIZING TEAM

Dr. Barbara Greig (Independent Consultant)
2619 42nd Street, NW, # 201,
Washington DC 20007 USA

Mr. Charles Habis (U. S. Agency for International Development)
FVA/PVC/CS
Room 103C, SA-2
Washington DC 20020 USA

Dr. Victor Lara (Independent Consultant)
A. Fernandez Concha 360,
Lima 18, Peru

Dr. Gary Smith (Independent Consultant)
P.O. Box 30913,
Columbus, Ohio, 43230 USA

Dr. Marcelo Castrillo (Johns Hopkins University)
Institute for International Programs
103 East Mount Royal Avenue,
Baltimore, MD 21202 USA

Dr. Dory Storms (Johns Hopkins University)
Institute for International Programs
103 East Mount Royal Avenue,
Baltimore, MD 21202 USA

Mrs. Antonieta Dominguez-King (International Eye Foundation)
Colonia 15 de Septiembre, # 1806,
P.O. Box 30229,
Comayaguella, Honduras

Mrs. Victoria Alvarado (International Eye Foundation)
Colonia 15 de Septiembre, # 1806,
P.O. Box 30229,
Comayaguella, Honduras

Ms. Maria-Luz Napky (International Eye Foundation)
Colonia 15 de Septiembre, # 1806,
P.O. Box 30229,
Comayaguella, Honduras

Mr. John Barrows (International Eye Foundation)
7801 Norfolk Avenue,
Bethesda, MD 20814 USA

Ms. Laine Isaacson (International Eye Foundation)
7801 Norfolk Avenue,
Bethesda, MD 20814 USA

APPENDIX C

**PREGUNTAS DE MANTENIMIENTO Y ASPECTOS A SER TOMADOS POR
EL EQUIPO DE EVALUACIÓN FINAL DE LOS PROYECTOS DE
SUPERVIVENCIA INFANTIL POR OVP**

A. Estado del mantenimiento

- A1. A que punto la organización planea cesar las actividades del proyecto de Supervivencia Infantil?
- A2. Han sido pasadas las mayores responsabilidades del proyecto y el control a las instituciones locales? Si no, cuando la organización planea hacerlo?

B. Plan para el mantenimiento

- B1. Describa brevemente los planes del proyecto para el mantenimiento como esta puesto en el plan detallado de implementación, reporte anual o los reportes de la evaluación de medio tiempo o finales?
- B2. Indique qué aspectos del plan han sido implementados para promover el mantenimiento de los beneficios del proyecto.
- B3. Hubo algún compromiso de financiar los beneficios del proyecto por alguna de las instituciones contrapartes, (Min. de Salud, agencias de desarrollo, ONG locales, etc.) durante el diseño del proyecto (propuesta o plan de implementación)? Si es así, se han mantenido estos compromisos?
- B4. Cuáles son las razones de los éxitos o fallas de las instituciones para mantener sus compromisos?

C. Participación de la comunidad y percepción de la efectividad de la comunidad

- C1. Cómo han participado las comunidades en el diseño y la implementación de los servicios?
- C2.Cuál es el número de comités de salud actualmente en funcionamiento y con qué frecuencia se reunieron durante los 12 meses pasados? Son los miembros del comité representativos de sus propias comunidades (democráticamente elegidos)?
- C3. Cuáles fueron los tópicos y aspectos discutidos en la última reunión de cada uno de los comités de salud, qué decisiones y acciones se tomaron?
- C4 Perciben los líderes de la comunidad que las actividades de

Supervivencia Infantil son efectivos para encarar las necesidades en salud?

C5. Cuales son las contribuciones de la comunidad que ayudarán a asegurar que las actividades del proyecto continúen luego que el financiamiento termine?

D. Mantenimiento institucional- reforzando la gerencia local

D1. Qué relaciones se han establecido entre el proyecto de Supervivencia Infantil y actividades de agencias claves de desarrollo participando a los niveles local/municipal/distrital/estatal? Involucran estas relaciones intercambios financieros?

D2. De qué manera la OVP ha reforzado las habilidades administrativas de las instituciones locales que se espera mantendrán las actividades del proyecto?

D3. Percibe el personal de Ministerio de Salud u otro personal clave, que las actividades de Supervivencia Infantil son efectivas? Por favor identifique las personas entrevistadas e indique su organización y la relación que tienen con el proyecto de Supervivencia Infantil.

D4.Cuál es la habilidad actual del Min. de Salud o instituciones locales (financieramente, personal y otros recursos materiales) para mantener las actividades una vez que los fondos de SI terminen?

D5. Hay algunos componentes de las organizaciones contrapartes que no serán capaces de absorber una vez que los fondos de SI terminen?

E. Monitoreo y evaluación del mantenimiento

E1. Liste los indicadores que el proyecto usa para seguir el mantenimiento?

E2. Ha documentado el proyecto algún cambio en el mantenimiento por el uso de estos indicadores?

E3. Identifique agencias nacionales que hayan trabajado con la OVP en el desarrollo e implementación de la evaluación de medio tiempo y esta evaluación final?

F. Cálculo de los costos recurrentes

F1. Compare el presupuesto del plan detallado de implementación con los gastos actuales para el fin del proyecto. Fueron algunas categorías de los gastos mucho mas altas o mas bajas

que las originalmente planeadas?

- F2. Cuáles son los costos e ingresos que el proyecto necesitará luego que la A.I.D. y/o los fondos de SI de la organización terminen?
- F3. Cómo calcula el proyecto los costos recurrentes?
- F4. Cuál es la cantidad de dinero que el proyecto calcula se necesitará para cubrir los costos recurrentes? Son estos costos razonables, dado el medio ambiente en que el proyecto opera? (ejemplo: costo por beneficiario)
- F5. Identifique los costos que probablemente no serán posibles de mantener.

G. Intentos para la recuperación de costos

- G1. Qué estrategias ha implementado el proyecto para reducir los costos y hacerlo mas eficiente?
- G2. Qué mecanismos específicos para la recuperación de costos el proyecto ha implementado para balancear los gastos del proyecto?
- G3. Si la recuperación de costos fue una parte del proyecto, quién gerencia su administración? Si fue manejado por el personal en salud, redujo su tiempo y dedicación para la provisión de servicios? Si es así, cómo impacto en el proyecto?
- G4. Estime la cantidad en dólares de los costos recuperados durante este proyecto. Generó suficiente dinero el mecanismo para la recuperación de costos, para justificar los esfuerzos y los fondos para la implementación de estos mecanismos?
- G5. Cuáles son las razones para los éxitos o fallas de las actividades para la recuperación de costos?
- G6. Qué efecto tuvo cualquier actividad para la recuperación de costos en la imagen de la OVP? Hubo alguna desigualdad en la provisión de servicios como resultado de esta iniciativa para la recuperación de costos?

H. Generación de ingresos

- H1. ha implementado el proyecto alguna actividad de generación de ingresos?
- H2. Han contribuido las ganancias a los costos por la provisión de servicios? Qué porcentaje de los costos del proyecto

cubrió la generación de ingresos?

H3. Cuáles son las razones por los éxitos o fallas de las actividades para la generación de ingresos?

H4. Qué efectos han tenido las actividades para la generación de ingresos en la imagen de la OVP en la comunidad? ha causado el componente de generación de ingresos, alguna desigualdad en la provisión de servicios?

APPENDIX D

ESQUEMA PARA UN SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

OBJETIVOS

↓↓↓
↓

METAS

↓↓↓
↓

ACTIVIDADES

↓↓↓
↓

LOGROS

↓↓↓
↓

COLECCION DE DATOS

↓↓↓
↓

ANALISIS DE DATOS

↓↓↓
↓

ELABORACION DE REPORTE
(con RETROALIMENTACION a los niveles apropiados)

↓↓↓
↓

TOMA DE DECISIONES Y ACCION

42-

Actividades	Indicadores y Logros	"91"	"92"	"93"	"94"	"95"
Desarrollo curricular	Curriculo completado	si				
Capacitacion de los capacitadores	Numero de personas capacitadas este ano	10	10		reemplazo	
Capacitacion de los trabajadores de salud	Numero de trabajadores de salud capacitados en este ano	100	100	100	100	100
Examinar la capacidad de los trabajadores de salud	Numero de trabajadores de salud demostrando conocimiento y habilidades adecuado en TRO	90%	90%	90%	90%	90%
Capacitacion de las madres	Numero de madres capacitadas en TRO	1000	2000	2000	2000	2000
Examinar la capacidad de las madres	Porcentaje de madres que usaro correctamente TRO en los casos de diarrea en las dos ultimas semanas	40%	45%	50%	60%	70%

Estrategias para la recoleccion de datos

- . A nivel central (por director de proyecto)
- . A nivel central y/o regional (por los instructores)
- . Diagnostico del desempeno (por los instructores)
- . A nivel comunitario (por los trabajadores de salud)
- . A nivel comunitario (1) recolectado por los supervisores y/o trabajadores. (2) un estudio en 1993 y 1995 para verificar los datos.

193

APPENDIX E

ANTECEDENTES

para el Segundo Taller de Trabajo Regional de
Supervivencia Infantil para OVP 1991
Supervivencia Infantil: "El Niño Nuestra Prioridad"

PERFILES DE LOS PROYECTOS

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS

Un taller que enfoca en la implementación de proyectos de Supervivencia Infantil para OVP en Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Honduras. La organización huésped es la Fundación Internacional del Ojo/Honduras (IEF/Honduras).

Agosto de 1991



THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
SCHOOL OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH

INSTITUTE FOR INTERNATIONAL PROGRAMS

Agosto de 1991

Estimado Participante:

Adjuntos van los perfiles de proyecto, datos demográficos y costos para cada uno de los proyectos que estarán representados en el Segundo Taller de Trabajo Regional para OVP en Supervivencia Infantil. Representantes de 18 proyectos financiados por A.I.D. Washington durante los ciclos CS III, CS IV, CS V y CS VI participaran en el taller de trabajo. Promete ser una reunión excitante con muchas lecciones aprendidas que cada proyecto podrá compartir. Seis proyectos están en su primer año de implementación, siete en su segundo año de implementación, dos en su tercer año de implementación, uno en el cuarto año de implementación, y dos proyectos de vitamina A en su segundo año de implementación. Siete proyectos son refinanciamientos y han cumplido una evaluación final.

Los reportes anuales, formularios de salud y supervivencia infantil y los planes de implementación entregados a A.I.D. Washington en 1990, proveen los datos para la información incluida en el presente documento.

Una nota especial de agradecimiento va para Christine Ortiz y Marion Ceraso quienes prepararon los perfiles, datos demográficos y costos. Los gráficos fueron preparados por Kenya Brown y luego revisados por el staff del Programa de Apoyo en Supervivencia Infantil para OVP.

Por favor lea estos reportes escritos acerca de su proyecto, agradeceríamos sugerencias para mejorar los materiales y antecedentes para futuros talleres de trabajo.

Les deseo un exitoso y productivo taller, lleno de amistad y nuevos conocimientos. Ruego hayan tenido tengan un viaje placentero al taller. Los patrocinadores del taller están ansiosos esperándolos. Espero que lleven esta experiencia para renovar sus energías para llevar a cabo su trabajo en supervivencia infantil.

Sinceramente,

Dory Storms, Sc.D.
Director, PVO Child Survival
Support Program

"Los Niños: Nuestra Prioridad"

SEGUNDO TALLER DE TRABAJO REGIÓN LATINOAMERICANA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL POR OVP Agosto de 1991 de 1991

I. Metas del taller de trabajo

- A. Aumentar los conocimientos y habilidades en el manejo de los sistemas de información y técnicas para la evaluación de proyectos.
- B. Compartir experiencias y lecciones aprendidas en los programas de nutrición entre los encargados de OVP implementando actividades de Supervivencia Infantil en Latino América.
- C. Discutir el desarrollo de mensajes educativos apropiados para ser usados con la madres.
- D. Examinar temas relacionados con la valoración de la calidad de los programas de campo de IRAB.
- E. Proveer materiales técnicos actualizados en Supervivencia Infantil y compartir los desarrollados por cada proyecto.

II Actividades

Las actividades del taller incluirán sesiones relacionadas al mantenimiento, sistemas de información en salud, evaluación y estudios CP, nutrición y huertos familiares y comunicación a las madres. Areas técnicas específicas incluyen IRAB, cólera, vitamina A y programas de lactancia materna. Las actividades de campo incluyen una visita a un huerto familiar y escolar, un centro de alimentación, llevar a cabo una sesión de grupos focales y estudios "rápidos" en la casa. Un centro bibliográfico dispondrá materiales desarrollados y usados por los participantes de los proyectos.

Las personas del centro bibliográfico diseminará la información usando el siguiente formato: panel de discusión, grupos pequeños de discusión, ejercicios en "pecera", mini-clases e intervenciones cara a cara.

III. Resultados esperados

Los participantes desarrollaran recomendaciones a A.I.D., OVP y UJH para reforzar el programa de apoyo en Supervivencia Infantil. Adicionalmente, los OVP identificarán como reforzar las redes nacionales de OVP para cooperación. Los participantes tomarán parte en sesiones de resolución de problemas usando proyectos como ejemplo.

IV. Ubicación y fechas

Honduras del 18 al 24 de Agosto de 1991. El taller será en la escuela de agricultura Zamorano, Valle del Zamorano, a una hora de Tegucigalpa.

Lunes 19 de Agosto,	Inauguración
Martes 20 de Agosto,	1ra visita de campo
Jueves 22 de Agosto,	2da visita de campo
Sábado 24 de Agosto,	Clausura

V. Participantes al taller de trabajo

Los participantes son los encargados nacionales, llevando a cabo 17 proyectos de Supervivencia Infantil en Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Honduras.

<u>Representantes OVP</u>	<u>Ciclo de Financiamiento</u>	<u>Nº de Representantes</u>
1. ARHC/Bolivia	SI VI/R	1
2. FHI/Bolivia	SI V	2
3. PLAN/Bolivia-Sucre	SI VI/R	1
4. PLAN/Bolivia-Altiplano	SI VI/R	1
5. PCI/Bolivia	SI VI/R	1
6. SCF/Bolivia	SI V/R	1
7. PLAN/República Dominicana	SI V	2
8. Hope/Ecuador	SI V	2
9. CARE/Guatemala	SI V	2
10. IEF/Guatemala	vitamina A	1
11. PCI/Guatemala	SI V/R	1
12. CARE/Honduras	SI VI	2
13. Hope/Honduras	SI IV	1
14. IEF/Honduras	vitamina A	1
15. La Liga de la Leche/Honduras	SI IV	1
16. SCF/Honduras	SI III	1
17. WRC/Honduras	SI V	2
	TOTAL	23

Equipo organizador

IEF/Honduras	2	Sra. Maria A. Dominguez-King Sra. Victoria Vivas-Alvarado
IEF/Oficina matriz/ U.S.A.	2	Sr. John Barrows Srta. Laine Isaacson
Facilitador	1	Srta. Barbara Greig
AID/FVA/PVC	1	Sr. Charles Habis
JHU PVO CSSP	1	Dr. Marcelo Castrillo
Consultores técnicos	2	Dr. Gary Smith Dr. Victor Lara

TOTAL	9	

VI. Agencia organizadora

Los anfitriones son la Fundación Internacional del Ojo/Honduras con apoyo de la oficina matriz de IEF en los Estados Unidos. El taller de trabajo está organizado por el Programa de Apoyo a OVP en Supervivencia Infantil, La Universidad Johns Hopkins, a través del acuerdo bilateral con "Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Agency for International Development."

VII. Persona a contactar

- * Laine Isaacson, International Eye Foundation, 7801 Norfolk Avenue, Bethesda, MD 20814. Teléfono: (301) 986-1830 Fax: (301) 986-1876
- * Maria Antonieta Dominguez-King, Directora del Proyecto. Fundación Internacional del Ojo/Honduras Colonia 15 de Septiembre, T-34. Comayaguela, Honduras. Telefonos (50-4) 331531; Fax (50-4) 331823

SECCION II. - PERFILES DE PROYECTO, DATOS DEMOGRAFICOS
Y COSTOS

PERFIL DEL PROYECTO: ARHC/Bolivia - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para reducir la mortalidad infantil en tres áreas rurales y peri-urbanas de Bolivia. La meta es iniciar y desarrollar programas de atención primaria de la salud en forma creciente, haciendo énfasis la supervivencia infantil y apoyando las actividades de supervivencia infantil en los departamentos de La Paz y Cochabamba. La población total del área del proyecto es 42,861. Que consisten en 5,786 niños menores de cinco años y 8,700 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL:

TRO:	20%
Inmunizaciones:	20%
Nutrición:	25%
Prevención de embarazos de alto riesgo	3%
Otros: IRA/esfuerzos en el mantenimiento	32%

OBJETIVOS:

TRO

- 1) Poner a disposición paquetes de TRO en la comunidad a través de voluntarios en salud.
- 2) Enseñar a las madres la preparación y terapia de rehidratación e higiene básica.

Inmunizaciones

- 3) Educar a las madres en inmunizaciones
- 4) Vacunas completas a todos los niños menores de 12 meses
- 5) Inmunizar a todas las mujeres en edad fértil con TT

Nutrición

- 6) Proveer control del crecimiento, prioritariamente a niños de 0-24 meses.
- 7) Proveer educación especial en nutrición a las madres de niños con retardo del crecimiento.
- 8) Capacitación del personal en la detección y tratamiento de los desórdenes nutricionales.
- 9) Promoción de la lactancia materna.
- 10) Proveer suplemento de vitamina A, aceite yodado y Hierro a las mujeres embarazadas.

Prevención de embarazos de alto riesgo

No hay objetivos establecidos.

IRA

- 11) Capacitar al personal en la detección, y tratamiento de casos de IRA leve, moderado y grave.
- 12) Capacitar a voluntarios de la comunidad y a las madres en el reconocimiento de IRA y referencia.

Esfuerzos en el mantenimiento

No hay objetivos establecidos, y no es una intervención técnica.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- El apoyo local será maximizado a través de "costo por servicios". 12% del total del presupuesto va para esta actividad.

Transferencia de conocimientos

- Sin reportar

Mantenimiento de los servicios de salud

- Se espera que el Min. de Salud firme un convenio de cooperación.
- Andean Rural Health trabaja estrechamente con la ONG local "Asociación de Programas de Salud en Area Rural (APSAR)".

Participación de la comunidad

- La participación de la comunidad será solicitada a través de reuniones semestrales de planificación, reuniones con los líderes de la comunidad bimensualmente y retroalimentación de la información a las comunidades.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- El proyecto tiene un sistema de información basado en la comunidad y trabaja estrechamente con APSAR.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El personal esta ahora preparando el plan detallado de implementación para Marzo de 1991.

PUNTOS DÉBILES: Sin reportar.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: ARHC/Bolivia - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID		\$700,000
Fondos de contraparte del PVO		\$300,000
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$20
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		42,861
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		1,054
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		1,114 (2.6%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,028 (2.4%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		4,672 (10.9%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		8,701 (20.3%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		2,014 (4.7%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		2,486 (5.8%)
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	20%	\$346,400
Inmunizaciones	20%	\$346,400
Nutrición:	25%	\$433,000
Prevención Nacimientos de Alto Riesgo:	3%	\$ 51,960
Otros: IRA	20%	\$346,400
Esfuerzos para el mantenimiento	12%	\$207,840

Logros en la recolección de datos del Nivel II: El personal del proyecto ha llevado a cabo un estudio de base en Mallcu Rancho. El sistema de información en salud estará basado en la tarjeta de registro familiar, la misma usada en Carabuco, el primer area del proyecto de S.I de ARHC.

PERFIL DE PROYECTO: CARE/ Guatemala-CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan Detallado de Implementación,
Primer Reporte Anual y Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años de salud extendido a la comunidad (CHO), como esta descrito en la propuesta de original de CS V, intenta añadir el componente al programa suplemento alimenticio materno infantil de CARE y Min. de Salud. La meta final es contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad de los niños menores a tres años y mujeres dando de lactar en un total de 72 comunidades de Guatemala. La población total del area de impacto es de 72,193 habitantes.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Nutrición:	75%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Que las madres participantes aumenten su habilidad de seguir las prácticas en terapia de rehidratación oral (50% por encima del nivel de base) en las comunidades prioritarias.

Nutrición

- 2) Que las madres participantes aumenten su habilidad de mejorar las prácticas alimenticias de los niños menores de tres años en (50% por encima del nivel de base) en las comunidades prioritarias.
- 3) Incrementar las habilidades de las madres participantes en la preparación de los alimentos donados por el PL-480 y alimentos disponibles localmente (50% de la información de base) en las comunidades prioritarias.

Inmunizaciones

- 4) Incrementar las habilidades de las mujeres en las comunidades prioritarias en el seguimiento del esquema local de vacunaciones (80% de la información de base).

Otros

- 5) Que las parejas participantes eleven la conciencia de las oportunidades de planificación familiar en las comunidades prioritarias (50% de la información de base).

- 6) Incrementar la participación de la comunidad en el programa CHO y materno infantil a través de la formación y capacitación de comités locales de alimentos y salud en todas las comunidades y áreas de impacto.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Explorar la viabilidad de cobrar por la provisión de TRO.
- Colaboración con los proyectos de banco comunitarios para la provisión de crédito para el desarrollo de micro empresas.

Transferencia de conocimientos

- Plan para pasar la administración del proyecto de un profesional extranjero por un coordinador nacional.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Los extensionistas de CARE trabajaran extensivamente con el personal del Ministerio de Salud, en una base de colaboración. Anticipar que el Min. de Salud asumiera mayores responsabilidades, local y regionalmente, la responsabilidad de seguir con las actividades educativas.

Participación de la comunidad

- 82 comités de salud están funcionando activamente en 16 comunidades.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- Un estudio nutricional fue llevado a cabo en 87 comunidades para detectar grupos de alto riesgo entre las madres y niños menores a tres años.
- Selección de 49 comunidades prioritarias de acuerdo al estado nutricional.
- Participación del Min. de Salud y líderes locales en la selección de los participantes del programa materno infantil.
- Participación del Min. de Salud y líderes locales en la selección de los comités de alimentos y de salud y monitores.
- El personal de Min. de Salud participa en la planificación de las actividades de nutrición y salud en las comunidades.
- Una participación real y directa de la comunidad en el estudio nutricional, selección del lugar del estudio, comités locales de alimentos y la selección de monitores.
- Participación plena del personal del Min. de Salud en la ejecución del programa.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El estudio de base fue llevado a cabo en Febrero de 1990. Ya se entregó el informe anual.

PUNTOS DÉBILES:

- Sin reportar.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: CARE/Guatemala - CS V
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual,
 Plan detallado de Implementación

Financiamiento para tres años de USAID		\$600,0000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$248,106
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$9
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		44,750
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		No disponible
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		1,085 (9%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		2,500 (6%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		15,225 (34%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		3,132 (7%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		no disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		no disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	25%	\$150,000
Nutrición:		
lactancia materna	10%	\$60,000
control del crecimiento	25%	\$150,000
enfoque en alimentación infantil	30%	\$180,000
nutrición de la madre	10%	\$60,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Información de base completado en Febrero de 1990. Recolección de datos del nivel II: 1)% de niños (12-23 meses) que tienen dos Desviaciones Standard mas que el promedio para el indicador peso por edad, 2) de los niños (0-59 meses) con diarrea en las dos últimas semanas tratados con TRO, y 3)% de infantes (0-12 meses) lactando.

PERFIL DE PROYECTO: CARE/Honduras - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para disminuir la mortalidad y morbilidad infantil en 100 comunidades rurales en Copan y Lempira. Las actividades del proyecto afectarán aproximadamente a 8,000 familias e incluirán directamente a 6,700 niños pre-escolares, 8,000 mujeres en edad fértil y 4,000 estudiantes de primaria.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	30%
Nutrición:	40%
Otros:	
IRA	30%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Aumentar en 50% el uso correcto de TRO en la resolución y control de los episodios de diarrea, entre los niños menores a dos años participantes del proyecto.

Nutrición

- 2) Reducir la malnutrición en un 20% en los niños mayores de 5 años en las comunidades participantes.

Otros:IRA

- 3) Aumentar en 30% el porcentaje de familias llevando a cabo prácticas para la prevención y control de IRA.
- 4) Actividades secundarias incluyen educación en el PAI y atención de partos de alto riesgo, identificación de casos y referencias.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- El proyecto no indica iniciación de actividades que favorecerán la recuperación de costos, que deberán ser cubiertos una vez que el financiamiento se termine.

Transferencia de conocimientos

- Los programas de capacitación y educación del proyecto buscan la autogestión y mejor uso de las facilidades que existen.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: CARE/Honduras - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID	\$385,000	
Fondos de contraparte del PVO (41%)	\$128,500	
US \$ de USAID por beneficiario por año	\$8.7%	
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta	Rural	
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto	57,200	
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?	1,010	
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?	1,400 (2.8%)	
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?	1,399 (3.5%)	
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?	4,000 (6.4%)	
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios	8,000 (7%)	
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?	no disponible	
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?	no disponible	
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	30%	\$115,000
Nutrición:	40%	\$154,000
IRA:	30%	\$115,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Estudio de base completado en Mayo de 1991, con 400 casa encuestadas.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: CARE/Honduras - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID		\$385,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$128,500
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$8.7%
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		57,200
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		1,010
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		1,400 (2.8%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,399 (3.5%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		4,000 (6.4%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		8,000 (7%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		no disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		no disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	30%	\$115,000
Nutrición:	40%	\$154,000
IRA:	30%	\$115,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Estudio de base completado en Mayo de 1991, con 400 casa encuestadas.

PERFIL DE PROYECTO: Esperança/Bolivia - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan Detallado de Implementación,
Primer Reporte Anual y Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cuatro años para mejorar la salud de los niños y mujeres en edad fértil a través de las intervenciones de Supervivencia Infantil en 79 comunidades en dos áreas urbanas. La población beneficiaria son 11,313 niños menores de un año y 13,108 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	16%
Inmunizaciones:	28%
Nutrición:	30%
Prevención de embarazos de alto riesgo	14%
Otros:	
IRA	9%
Malaria	3%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Aumentar el reconocimiento de los paquetes de TRO a 85%, incrementar el uso de la TRO (paquetes y/o solución casera) como el principal método para el tratamiento de la diarrea, a un 60% en las áreas rurales y peri-urbanas para el fin del cuarto año.

Inmunizaciones

- 2) Incrementar la cobertura de vacunaciones (todas las vacunas) en niños menores de 5 años, a un 75% para finales del cuarto año.

Nutrición

- 3) Incrementar el número de niños registrados en el programa para el control de peso a 75% entre niños menores de dos meses.
- 4) Promocionar los huertos familiares y el consumo de maíz Opaco II. 50% de las comunidades tendrán uno.
- 5) Distribuir cápsulas de vitamina A a los niños de 0-14 meses (2 por año).

Prevención de embarazos de alto riesgo

- 6) Incrementar el porcentaje de mujeres embarazadas recibiendo por lo menos un control prenatal a 60% para final del cuarto año.

- 7) Mantener el alto porcentaje de lactancia materna, el que actualmente es en áreas rurales.

Otros: IRA y malaria

- 8) Decrecer la incidencia de malaria en 50% en áreas rurales a través de la búsqueda agresiva de casos y tratamiento, y promoción del fumigado con DDT por la oficina regional del Min. de Salud en 80% de las casas rurales.
- 9) No hay objetivos para IRA.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Continuar con la política del Min. de Salud en el cobro por los servicios médicos y medicamentos.
- Continuar con el programa de distribución de fármacos, que provee medicinas al costo, iniciado durante el proyecto de SI-II.

Transferencia de conocimientos

- Esperanza capacita trabajadores voluntarios de la comunidad en conjunción con la unidades del Min. de Salud. Incluyendo a esto, es la capacitación del personal del Min. de Salud en las técnicas y metodología.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Esperanza ha suscrito un acuerdo con la Unidad Sanitaria de Tarija, Min. de Salud, estableciendo un marco de trabajo para colaborar con la Supervivencia Infantil.
- Esperanza trabaja en estrecha colaboración con una ONG boliviana, Fundación para el Desarrollo Integral de Bolivia (FUNDESIB).

Participación de la comunidad

- La comunidad esta envuelta en la identificación de las prioridades, selección de los auxiliares de enfermería y voluntarios de la comunidad, y en el estudio diagnóstico de la situación de salud.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- Un proyecto de educación por radio, enfocando en la promoción de las intervenciones de S.I. esta actualmente llevándose a cabo. Se esta investigando la posibilidad de usar el canal de televisión local.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El plan detallado de implementación y el informe anual ya se entregaron.

PUNTOS DÉBILES:

- Existe la creencia cultural de que la diarrea es un evento natural en el desarrollo de niño.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: Esperanza/Bolivia - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan Detallado de Implementación,
Primer Reporte Anual y Cuestionario CS&H 1990

Financiamiento para tres años de USAID		\$540,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$213,333
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$5.52
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Mixta
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		56,966
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		2,278 (4%)
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		2,067 (3.6%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,715 (3%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		6,968 (12%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		13,108 (23%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		no disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		no disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	16%	\$102,000
Inmunizaciones	28%	\$179,200
Nutrición: lactancia materna	2%	\$12,800
control del crecimiento	19%	\$121,600
alimentación infantil	2%	\$12,800
nutrición de la mujer	2%	\$12,800
vitamina A	5%	\$32,000
Prevención de embarazos de alto riesgo	14%	\$89,600
Otros: IRA	9%	\$57,600
malaria	3%	\$19,200

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Segundo estudio por muestreo en el 10% de las familias en los dos distritos. Los datos se están recolectando regularmente a través del sistema de información del Min. de Salud.

PERFIL DE PROYECTO: FHI/Bolivia - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual y
Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cuatro años para mejorar la salud de niños menores de 6 años, y mujeres en edad fértil con la implementación de actividades de Supervivencia Infantil. El proyecto esta ubicado en areas rurales y peri-urbanas de la región altiplánica. Del total de la población beneficiaria de 58,503 personas, 11,313 son mujeres en edad fértil y 12,907 niños menores a 6 años.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Inmunizaciones:	25%
Nutrición: lactancia materna	5%
control del crecimiento	15%
alimentación infantil	10%
vitamina A	2%
alimentación de la mujer	9%
Otros: suplementación de Yodo	9%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Reducir en 20% la incidencia de enfermedades diarreicas
- 2) Incrementar el uso de TRO por lo menos en 75% de los casos.

Inmunizaciones

- 3) Incrementar la cobertura de inmunizaciones a 80% en niños de 0-11 meses y 12-23 meses con el PAI, y a 60% de las mujeres de 15-45 años con por lo menos dos dosis de TT.

Nutrición

- 3) Reducir la proporción de niños identificados como malnutridos en 50%

Otros

- 4) Incrementar la suplementación de yodo en por lo menos al 80% de las viviendas registradas.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Una pequeña cantidad será cobrada por la distribución de alimentos dentro en el Título II, a fin de crear un fondo rotativo para silos de papas.

Transferencia de conocimientos

- Las familias serán capacitadas en el control del peso para la edad, lactancia materna, destete y alimentación, manejo dietético y TRO durante la diarrea, inmunizaciones, uso de sal yodada, y medidas caseras para la tos y fiebre.
- Otras necesidades de la comunidad serán incorporadas a S.I. a través del trabajo con grupos femeninos.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Una revisión del proyecto de S.I. será hecha a mediados de año con el Min. de Salud y otras organizaciones internacionales para promover la colaboración.

Participación de la comunidad

- FHI pone especial atención a las necesidades sentidas de la comunidad. Un estudio extensivo fue llevado a cabo antes de la iniciación del proyecto para la identificación de estas necesidades.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- Cuadros en la pared fueron usados en cada centro de madres para capacitar y seguir las intervenciones de S.I. Estas también fueron usadas para cronogramar las actividades en salud de la comunidad.
- La organización de PVOS (PROCOSI) proveyó valiosa asistencia.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- Estudio de base completado
- Plan detallado de implementación completo
- El uso de TRO es del 65%
- La cobertura de inmunizaciones para niños de 12 a 23 meses es de: DPT 47.9%, Polio 44.6%, Sarampión 81.9%.
- Las tasas de desnutrición estimadas son: niños de 0-11 meses 9.1%, 12-23 meses 36.7%.

PUNTOS DÉBILES:

- La tasa de analfabetismo en la población es una obstrucción.
- El uso de alimentos como incentivo ha causado una variedad de problemas. FHI esta tratando de reducir la cantidad de alimentos distribuidos.
- La cadena de frío del Min. de Salud debe mejorar para continuar con los éxitos del programa en el campo.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: FHI/Bolivia - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual y
Cuestionario CS&H 1990

Financiamiento para tres años de USAID		\$500,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$323,374
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$4.80
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		58,502
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		No disponible
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		2,018 (4.4%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,918 (3.3%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		No disponible
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		9,640 (16.5%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	25%	\$125,000
Inmunizaciones	25%	\$125,000
Nutrición:		
lactancia materna	5%	\$25,000
control del crecimiento	15%	\$75,000
alimentación infantil	10%	\$50,000
vitamina A	2%	\$10,000
nutrición de la mujer	9%	\$45,000
Otros:		
suplemento de yodo	9%	\$45,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Los supervisores de FHI recolectan los datos en colaboración con el Min. de Salud. Los datos van a la oficina central a un sistema computarizado.

PERFIL DE PROYECTO: HOPE/Ecuador - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual y
Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cuatro años para reducir la mortalidad y morbilidad de niños menores de 5 años, y madres con la implementación de actividades de Supervivencia Infantil concordante con la estrategia del Ministerio de Salud del Ecuador. El proyecto sirve a ambas áreas rurales y urbanas, con un total de la población de 282,393 y directos beneficiarios de 26,680 niños menores de 6 años y 60,115 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	15%
Inmunizaciones:	10%
Nutrición:	30%
Prevención de nacimientos de alto riesgo	30%
Otros:	
mejoramiento del sistema de información en salud	15%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Las muertes de niños e infantes por deshidratación asociada a la diarrea serán reducidas en 10% para el final del proyecto.

Inmunizaciones

- 2) Cobertura de TT2 a 50% de la mujeres en edad fértil (15-44) años será conseguida.

Nutrición

- 3) Control del crecimiento regular será conseguido para 50% de los niños menores de tres años en las áreas del proyecto.
- 4) 80% de las madres serán capacitadas en la importancia de la lactancia materna, y en la preparación de alimentación complementaria y destete.

Prevención de nacimientos de alto riesgo

- 5) Para el fin del proyecto, el uso de métodos de espaciamiento entre nacimientos aumentará en por lo menos 50% en relación al estudio de base a mujeres en edad fértil en el área de impacto.
- 6) El número adecuado de visitas después del parto se aumentará en 100% sobre la información de base.

Otros

- 7) Aumentar la exactitud de los datos en la recolección de los datos vitales, análisis e informes.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- La eficiente utilización de recursos disponibles será enfatizada para minimizar los costos.

Transferencia de conocimientos

- El proyecto capacitará, reforzará y/o creará voluntarios nuevos de la comunidad, y grupos con creciente conocimiento y destrezas en Supervivencia Infantil y salud materna.
- Profesionales nacionales asumieran responsabilidades del director del programa y de la enfermera coordinadora para el tercer año del programa.

Mantenimiento de los servicios de salud

- El Min. de Salud empleará personal capacitado de HOPE, con las limitaciones económicas.

Participación de la comunidad

- Los mecanismos utilizados para favorecer el sentido de propiedad del proyecto por la comunidad incluyen: incorporación de líderes reconocidos de la comunidad en el proyecto, formación de comités locales de salud, club de madres, y otros grupos en la implementación y planificación del programa.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- El uso de grupos focales y metodología de entrevistas han sido aplicadas efectivamente para obtener información acerca de los conocimientos y prácticas de la población objetivo.
- Huertos familiares y comunales han sido creados para apoyar y complementar las actividades de nutrición del proyecto.
- Personal multidisciplinario del Min. de Salud fueron capacitados en la realización del estudio de base con la asistencia y apoyo del proyecto.
- se ha puesto un fuerte énfasis en la capacitación continua del personal de enfermería y auxiliar de enfermería del proyecto, en desarrollo de la comunidad y extensión de la salud a la comunidad.
- El proyecto ha lanzado varias campañas publicitarias a nivel local, provincial y nacional.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El estudio de base en la provincia de Azuay (area de impacto n°1) y Manabí (area de impacto n°2) fueron conducidos en Junio de 1990 y Enero de 1991 respectivamente.
- El porcentaje de niños de 12-23 meses que tienen peso para edad mayor a dos desviaciones estándares es 23% en Azuay y 15% en Manabí.
- El porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas semanas, y tratados con TRO es 30.6% en Azuay y 9% en Manabí.
- El porcentaje de niños (12-23 meses) con inmunizaciones completas antes del primer año de vida es 67% en Azuay (BCG 100%, DPT3 80.1%, Polio3 79.7% y Sarampión 67.1%) y 60.6% en Manabí (BCG 82.5%, DPT3 y Polio3 66% y Sarampión 67.8%).
- El porcentaje de mujeres de 15-49 años que tuvieron un parto en los 12 últimos meses y que han recibido dos dosis de TT es 20.3% en Azuay y 56.2% en Manabí.
- El porcentaje de infantes (0-11 meses) que están recibiendo lactancia materna y recibiendo alimentación complementaria en la edad apropiada es menor a 92% en Azuay y 55% en Manabí.
- El porcentaje de mujeres en unión que están usando actualmente contraceptivos es 17.8% en Azuay y 31.2% en Manabí.
- Dos comités inter-institucionales de estadísticas vitales fueron establecidos con la representación del Min. de Salud, el registro civil, el Instituto Nacional de Estadísticas y el proyecto HOPE para considerar las deficiencias en la recolección de estadísticas vitales, análisis e informes.
- Cuatro manuales de supervivencia Infantil para trabajadores voluntarios de la comunidad y uno para auxiliares de enfermería fueron desarrollados para el control de la diarrea, inmunizaciones, lactancia materna, destete, nutrición y planificación familiar.

PUNTOS DÉBILES:

- La firma del convenio con el Min. de Salud del Ecuador no fue firmado sino hasta Enero de 1990, lo cual retrasó la ejecución del proyecto por varios meses.
- La coordinación del Min. de Salud y HOPE fue interrumpida durante varias huelgas del Min. de Salud (tres meses).
- El proyecto trabajó durante 15 meses con muchos puestos técnicos vacantes, debido a las dificultades en la contratación y manutención del personal.
- El proyecto ha sido retrasado y disminuido por los siguientes factores: 1) preparación deficiente de las enfermeras en desarrollo de la comunidad y salud pública, 2) indiferencia de la comunidad hacia las actividades del proyecto y los beneficios, debido a experiencias insatisfactorias de proyectos previos, 3) falta de interés en las actividades de salud de la comunidad por parte de la contraparte en el Min. de Salud, y particularmente, los estudiantes, médicos y enfermeras a todo nivel.
- Cuatro posiciones permanecieron vacantes debido a las dificultades en el reclutamiento y mantenimiento de personal.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: HOPE/Ecuador - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual y
Cuestionario CS&H 1990

Financiamiento para tres años de USAID		\$750,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$307,983
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$2.06
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Mixta
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		282,393
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		8,246 (3%)
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		8,797 (3.1)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		9,189 (3.3%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?	35,869 (13%)	
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		60,115 (21%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		13,457 (5%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		26,376 (9%)
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	15%	\$112,500
Inmunizaciones	10%	\$73,000
Nutrición:		
Lactancia materna y control crec.	15%	\$112,500
Alimentación infantil	10%	\$73,000
Nutrición de la mujer	5%	\$36,500
Prevención nacimientos alto riesgo	30%	\$225,000
Otros:		
Mejoramiento datos en salud	15%	\$112,500

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Estudio de base completado en la provincia de Azuay en Junio de 1990.

PERFIL DE PROYECTO: HOPE/Honduras - CS IV
FUENTE DE INFORMACIÓN: Segundo Reporte Anual y
Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cuatro años en seis comunidades alrededor de Tegucigalpa. El propósito del proyecto es reducir la mortalidad y morbilidad de niños menores de 5 años, y madres con el desarrollo de un programa base de infraestructura integrado, que permita en seguimiento del estado de salud y la atención rápida en el hogar y/o la referencia apropiada al Min. de Salud. El proyecto sirve a una población total de 60,364 y directos beneficiarios de 23,686 niños menores de 6 años y 12,530 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Inmunizaciones:	20%
Nutrición:	35%
Prevención de nacimientos de alto riesgo	5%
Otros:	
IRA	15%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Reducir la tasa de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas en infantes y niños menores de dos años, específicamente en 20 comunidades del area de impacto.

Inmunizaciones

- 2) Reducir la incidencia de enfermedades inmunizables en 35% en niños e infantes.

Nutrición

- 3) Incrementar el conocimiento de las madres y nodrizas de la población objetivo, concernientes a la importancia del manejo apropiado de la lactancia materna y destete.

Otros: IRA, salud materna

- 4) Incrementar el conocimiento de las madres y otras personas que cuidan de la salud en la comunidad, concernientes al manejo apropiado del IRA.
- 5) Reducir la incidencia del tétanos neonatal, incrementando la cobertura básica de inmunizaciones a un 50% en mujeres en edad fértil.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Ninguno mencionado

Transferencia de conocimientos

- El staff del proyecto HOPE capacita trabajadores comunarios de salud en las necesidades básicas de la comunidad, y provee un curso de 40 horas. Manuales de TRO, IRA, nutrición, y planificación familiar fueron desarrollados para proveer a los trabajadores voluntarios de la comunidad de un lugar de referencias.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Se mantienen una relación de coordinación y colaboración con el centro de salud de Las Crucitas.

Participación de la comunidad

- Los trabajadores de salud de la comunidad organizan grupos juveniles, de madres y comités de salud.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- La referencia de niños menores de dos años con un esquema incompleto de inmunizaciones por el Trabajador voluntario, ha resultado en un incremento de la cobertura de 58% en 1987 a 93% en 1990.
- 98% de los niños de dos años de edad, tienen el esquema completo de vacunaciones.
- La recolección de datos muestra una prevalencia de uso de anticonceptivos del 33%.
- Fuerte supervisión y educación continua ha sido utilizada para decrecer la fuga de personal.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- Tercer informe anual a entregarse en Octubre de 1991.

PUNTOS DÉBILES: No se mencionan

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: HOPE/Ecuador - CS V
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Primer Reporte Anual y
 Cuestionario CS&H 1990

Financiamiento para tres años de USAID		\$500,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$236,300
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$2.04
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Mixta
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		60,364
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		Sin respuesta
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		6,285 (10%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		6,280 (10%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		17,401 (29%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		12,530 (20%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	25%	\$125,000
Inmunizaciones	20%	\$100,000
Nutrición:		
lactancia materna	5%	\$25,000
control crecimiento/nutrición	10%	\$50,000
otros	15%	\$75,000
Salud materna	5%	\$25,000
Otros: IRA	15%	\$75,000
vitamina A	5%	\$25,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Datos demográficos son recolectados por un censo familiar por voluntarios

74-

PERFIL DE PROYECTO: IEF/Guatemala - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para mejorar la salud de los niños a través del aumento del consumo de vitamina A, a través de la suplementación de vitamina, educación en nutrición y promoción de jardines familiares en la en la población objetivo, que es principalmente rural. Aproximadamente 5,200 niños menores a 6 años y 4,600 mujeres en edad fértil, serán el grupo de beneficiarios directos durante el primer año de este proyecto.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Nutrición:

Vitamina A 100%
(suplemento, educación en nutrición y huertos familiares)

OBJETIVOS

Suplementación

- 1) Proveer vitamina A en cápsulas y líquido a 90% (4,677) de los niños de 6 a 71 meses anualmente.
- 2) Distribuir Nutriatol (paquetes de 8) al 100% (4,577) de las casas asegurando que 60% de las madres lo administren a sus niños luego de cada episodio de alguna enfermedad infecciosa (diarrea/IRAB).

Educación en nutrición

- 3) Proveer anualmente educación en nutrición anualmente en vitamina A al 100% (4,577) de las madres de niños menores a seis años, asegurando que 75% de las madres puedan identificar dos o mas fuentes locales de vitamina A.

Huertos familiares

- 4) Establecer huertos de demostración en 40 escuelas para el final del proyecto.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Los trabajadores voluntarios de la comunidad contribuirán con su tiempo para la provisión de servicios para conducir reuniones, etc.
- Fondos rotativos de semillas para los huertos serán establecidos.

- Mecanismos para la recuperación de gastos para el Nutriatol y los huertos serán exploradas.

Transferencia de conocimientos

- El proyecto incrementara gradualmente las relaciones con los ministerios locales a través de la capacitación en nutrición y vitamina A y la producción de alimentos a nivel local.
- Los trabajadores voluntarios de la comunidad serán capacitados en supervivencia infantil.
- Plantas que son familiares para la población y de cultivo fácil serán promovidos.

Mantenimiento de los servicios de salud

- El proyecto basado en la comunidad esta integrado en las intervenciones de los ministros de salud, agricultura y educación.

Participación de la comunidad

- 40 huertos escolares serán iniciados con los profesores y los comunarios.
- Los trabajadores voluntarios seleccionados por la comunidad.
- Grupos de acción de la comunidad y un consejo formal de líderes, apoyan el proyecto, por consiguiente reforzando, la aceptación y la participación.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- IEF ha investigado la disponibilidad y aceptación de los productos ricos en carotenos en el area y se usará este conocimiento para los huertos familiares. El énfasis en productos ricos en vitamina A aceptados culturalmente y disponibles localmente aumentarán la efectividad y mantenimiento. El proyecto valorará la extensión de la deficiencia de vitamina A a través de un extenso estudio nutricional (historia nutricional, retinol sérico e impresión citológica) en la población.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El plan detallado de implementación esta en proceso de elaboración. Se entregará en Marzo de 1991.

PUNTOS DÉBILES:

- Barreras culturales relacionadas a los patrones alimentarios.
- Una proporción significativa de la población femenina es analfabeta, restringiendo el desarrollo de materiales educativos.
- Tiempo limitado de trabajo de los trabajadores voluntarios de la comunidad, lo que limita su trabajo.

- Muchas de las areas son aisladas lo que limita su accesibilidad durante el tiempo de lluvias.
- Culturalmente, la población indígena Ketchí y Pokamchi son reservados y desconfiados debido al conflicto en el area durante el 1980.
- Cambios en la economía de subsistencia creando demandas competitivas entre la producción de alimentos y comercio.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: IEF/Guatemala - CS VI
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto y
 revisión del perfil de la información por IEF

Financiamiento para tres años de USAID	\$458,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)	\$152,666
US \$ de USAID por beneficiario por año	\$13.43
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta	Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto	25,957
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?	750
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?	1,298
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?	No disponible
Cuántos niños están entre los 12 meses y los los 72 meses de edad?	3,895
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios	4,575
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?	No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?	No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en % \$ de USAID
Nutrición:	
Vitamina A	100% \$458,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: El sistema de información incluye el registro de las madres y niños. El estudio de base, programado para Mayo de 1991 y el del fin del proyecto, incluye datos cualitativos y cuantitativos.

PERFIL DE PROYECTO: IEF/Honduras - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto y
revisión del perfil de la información por IEF

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para mejorar la salud de los niños a través del aumento del consumo de vitamina A, a través del suplemento de vitamina, educación en nutrición y promoción de jardines familiares y activa búsqueda de casos de xeroftalmia. La población objetivo es estimada en 11,500 niños menores de 6 años y 7,200 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Nutrición:

Vitamina A 100%
(suplemento, educación en nutrición y huertos familiares y cuidado primario de los ojos)

OBJETIVOS

Suplementación

- 1) Proveer semestralmente vitamina A a 80% (9,200) de los niños de 6-60 meses de edad.

Educación en nutrición

- 2) Proveer anualmente educación en nutrición anualmente en vitamina A al 80% (5,800) de las madres de niños menores a cinco años, asegurando que 75% de las madres puedan identificar dos o mas fuentes locales de vitamina A.

Huertos familiares

- 3) Establecer huertos de demostración en 12 areas para el final del proyecto.

Cuidado primario de los ojos

- 4) Proveer anualmente examen ocular, y tratamiento o referencia para los casos patológicos para 75% (8,625) de los niños menores de cinco años.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Costo-eficiencia en la provisión de los servicios del proyecto y la participación de los trabajadores voluntarios de la comunidad del Min. de Salud, facilitarán el mantenimiento a largo plazo.

Transferencia de conocimientos

- Promotores del Min. de Salud y personal auxiliar serán capacitados en las intervenciones de supervivencia infantil, excepto vitamina A, IEF proveerá capacitación de vitamina A y atención primaria de los ojos.

Mantenimiento de los servicios de salud

- El proyecto de salud basado en la comunidad esta completamente integrado en las intervenciones integrales de supervivencia infantil del Min. de Salud.

Participación de la comunidad

- La Patronata, un consejo formal de la comunidad que lideriza la comunidad, es la entidad mas importante de la comunidad que apoya este proyecto, reforzando la participación y aceptación de la comunidad. Grupos locales de mujeres están también involucrados en la selección de los promotores y realizan reuniones regulares.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- El proyecto tiene el potencial de aumentar el conocimiento de Supervivencia Infantil a un sector importante, no estudiado y necesitado de la población (colonias peri-urbanas). El proyecto valorará la extensión de la deficiencia de vitamina A a través de un extenso estudio nutricional (historia nutricional, retinol sérico e impresión citológica) en la población.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El plan detallado de implementación esta en proceso de elaboración. Se llevó a cabo el estudio de base.

PUNTOS DÉBILES:

- Barreras culturales relacionadas a los patrones alimentarios.
- Una proporción significativa de la población femenina es analfabeta, restringiendo el desarrollo de materiales educativos.
- Tiempo limitado de trabajo de los trabajadores voluntarios de la comunidad, lo que limita su trabajo.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: IEF/Honduras - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID		\$373,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$126,651
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$5.6
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Urbano
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		61,654
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		1,700
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		3,420
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		No disponible
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 72 meses?	12,330	
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		12,950
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
Nutrición:		
Vitamina A	100%	\$373,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: El sistema de información en salud incluirá el registro de madres y niños. El estudio de base y estudios EOP se establecerán bajo el criterio y metodología del PAI.

PERFIL DE PROYECTO: LLL/Honduras - CS IV
FUENTE DE INFORMACIÓN: Cuestionario CS&H 1990 y
revisión del perfil de la información por LLL

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años en dos áreas, la ciudad de San Pedro Sula, y área rural de Choloma, en el departamento de Cortes. La población objetivo es de 37,772 mujeres embarazadas y madres con niños menores de dos años.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Nutrición: 100%

OBJETIVOS

Nutrición

- 1) Proveer apoyo y educación a 10,150 mujeres embarazadas y dando de lactar, a través del reclutamiento de 120 promotores de lactancia materna y la creación de 30 grupos de apoyo de mujeres dando de lactar con una meta de 1,400 mujeres atendiendo estos grupos y 8,089 contactos informales.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- La Liga de La Leche no ha intentado financiarse a si misma, pero planea incrementar sus fondos al incluir otras agencias internacionales y expertos para ofrecer sus servicios y capacitación en lactancia materna, al Ministerio de Salud, otros OVP y/o individuos trabajando en proyectos de supervivencia infantil.

Transferencia de conocimientos

- LLL provee asistencia técnica a otros OVP y coopera en la capacitación del personal del Min. de Salud y del Seguro Social.

Mantenimiento de los servicios de salud

- LLL es la única agencia que provee apoyo en lactancia materna. La cobertura de servicios será un problema si LLL deja de continuar su trabajo.

Participación de la comunidad

- LLL/Honduras es parte del comité local de salud del sector sudeste, formado por representantes de 16 barrios marginales, Min. de Salud, la municipalidad de San Pedro Sula y el Seguro Social. Al presente, este comité está involucrado en la prevención del cólera por la educación y limpieza de los basurales.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- El equipo de LLL/Honduras escribe un semanario sobre la lactancia materna en un periódico local y tienen 10 minutos libres en el programa de televisión "Buenos días Honduras", este es parte de las actividades externas de LLL.
- El proyecto ha organizado y recibido dos talleres en los últimos dos años y medio. El último, fue una exitosa conferencia médica, con el apoyo de la universidad de Georgetown y el Min. de Salud.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El primer reporte anual, plan de implementación y la evaluación de medio tiempo han sido entregados. Una propuesta de extensión de un año más ha sido pedida y aceptada.

PUNTOS DÉBILES:

- Sin mencionar

PERFIL DE PROYECTO: LLL/Honduras - CS IV
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Cuestionario CS&H 1990 y
 revisión del perfil de la información por LLL

Financiamiento para tres años de USAID	\$140,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)	\$28,800 (28%)
US \$ de USAID por beneficiario por año	\$0.84
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta	Mixto
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto	397,000
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?	12,316 (3%)
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?	13,895 (3.5%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?	11,592 (3%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y pero llegan a los 72 meses?	129,816 (32%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios	177,856 (44%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?	26,599
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?	73,842
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en % \$ de USAID
Nutrición:	100% \$373,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Un diagnostico fue completado antes de la iniciación de las actividades del proyecto. Estudio de base completado. Actualización de la información cada 10 meses.

PERFIL DE PROYECTO: PCI/Guatemala - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan Detallado de Implementación,
Primer Reporte Anual, Cuestionario CS&H 1990 y
respuesta de PCI al perfil de proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de dos años para reducir la morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil, en el departamento de Solola, municipalidad Santiago de Atitlan y San José Chacaya. La población total en el area de impacto es 29,899, con 4,473 niños menores de 5 años y 6,222 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Inmunizaciones:	25%
Nutrición:	20%
Salud materna:	5%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	12.5%
Otros: IRA	12.5%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Incrementar el número de familias con niños menores de 5 años usando correctamente TRO para prevenir la deshidratación, o la hidratación de los niños con diarrea, a 80% del total, y 60% en San José Chacaya para Julio de 1991.

Inmunizaciones

- 2) Para el final del último trimestre del segundo año, inmunizar a 45% de los niños de 0-11 meses con DPT3, polio3, sarampión y BCG en la municipalidad de Santiago de Atitlan.
- 3) Alcanzar el 100% el número de mujeres en edad fértil (15-44 años) con dos dosis de TT en la municipalidad de Santiago de Atitlan, para fines del último semestre del segundo año.

Nutrición

- 4) Incrementar en 50% el número de niños registrados en el programa para el control del peso para Julio de 1991.

Prevención de nacimientos de alto riesgo

- 5) Incrementar en 100% el número de madres de 15-44 años con conocimiento y practicando el protocolo recomendado para los cuidados pre-natales, para Julio de 1991.
- 6) Incrementar el número de mujeres de 15-44 años practicando control pre-natal para Julio de 1991.

Otros

- 7) capacitar a 80% de los voluntarios de la comunidad a diferenciar el resfrío común y tos de la neumonía en niños (de acuerdo con el criterio de la OMS), educar a las familias acerca de los remedios caseros y referencias, para julio de 1991.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Tarifas nominales por servicios son recolectados en las clínicas.
- La organización de tecnología apropiada para la producción de letrinas y cocinas, actualmente se mantiene económicamente a sí misma. Se espera que se convierta en una forma de generación de ingresos y dé apoyo para mantener económicamente los costos de la clínica.

Transferencia de conocimientos

- El establecimiento de la capacitación del personal de la comunidad en la administración de las clínicas en la comunidad será este año.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Para reforzar y mejorar los recursos de la comunidad: donde existen ONGs, tratar de conseguir apoyo de ONGs locales para apoyar los recursos de la comunidad; y establecer una donde no hayan organizaciones locales.

Participación de la comunidad

- La piedra fundamental del programa de PCI en Guatemala ha sido los comités de madres, que son seleccionados popularmente.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- la tasa de abandono para los voluntarios es 1%
- Los voluntarios de la comunidad y parteras han sido capaces de proveer buenos servicios en sus comunidades, brindándoles también un ingreso extra.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El plan detallado de implementación y el reporte anual han sido completados.

PUNTOS DÉBILES:

- No se mencionan.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: PCI/Guatemala - CS V
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan Detallado de Implementación,
 Primer Reporte Anual y Cuestionario CS&H 1990

Financiamiento para tres años de USAID		\$200,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$197,264
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$6.40
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Urbano
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		29,899
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		2,500 (8%)
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		1,223 (4%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,223 (4%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		5,626 (19%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		6,222 (21%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	25%	\$50,000
Inmunizaciones	25%	\$50,000
Nutrición:		
lactancia materna	5%	\$10,000
control del crecimiento	5%	\$10,000
alimentación infantil y destete	5%	\$10,000
vitamina A	5%	\$10,000
Prevención nacimientos alto riesgo	12.5%	\$25,500
Otros:		
salud materna	5%	\$10,000
IRA	12.5%	\$25,500
Logros en la recolección de datos del Nivel II:	No se mencionan.	

PERFIL DE PROYECTO: PLAN/Bolivia (Sucre) - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para mejorar la salud de los niños menores de 6 años y mujeres en edad fértil, y reforzar la habilidad de la comunidad en la participación activa en las actividades de Supervivencia Infantil. Las áreas del proyecto incluyen ambas poblaciones, rural y urbana del departamento de Sucre. La población total del área es de 134,798, que incluyen 27,027 niños menores a 6 años y 31,273 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Inmunizaciones:	10%
Nutrición:	20%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	25%
Otros: IRA	20%

OBJETIVOS

TRO

- 1) 75% de las familias en el área de impacto utilizarán TRO, y alimentarán apropiadamente a los niños de 0-5 años durante la diarrea.

Inmunizaciones

- 2) 40% de los lactantes (0-11 meses) en las áreas del proyecto estarán completamente inmunizados antes de los 12 meses de edad.

Nutrición

- 3) Reducir la incidencia en el retardo del crecimiento entre los niños (0-23 meses) a través del control del crecimiento y otras intervenciones de Supervivencia Infantil a 32%.

Prevención de nacimientos de alto riesgo

- 4) Las mujeres embarazadas en las áreas del proyecto:
 - a) buscarán tres controles pre-natales (57%)
 - b) estarán protegidas adecuadamente contra el tétanos (65%)
 - c) buscarán el parto higiénico por personal entrenado (20%)
 - d) buscarán controles post-natales (55%)

Otros

- 5) 80% de las madres utilizaran los servicios de salud o los trabajadores comunitarios voluntarios cuando sus niños tengan IRA.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- No se menciona.

Transferencia de conocimientos

- Capacitación de parteras para manejar la mayoría de los partos, y prepara que el Min. de Salud se haga cargo de los controles pre-natales y partos de alto riesgo y otras intervenciones.

Mantenimiento de los servicios de salud

- Los comités de salud de la comunidad asumen la responsabilidad de mantener las unidades de salud.

Participación de la comunidad

- Cada comunidad tiene un comité de salud y un club de madres (usualmente los dos).

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- PLAN/Sucre enfocará en visitas a domicilio y clínicas móviles

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- DIP en preparación. para entregarse en Marzo de 1991.

PUNTOS DÉBILES:

- Inestabilidad del personal de Min. de Salud.
- Actitud negativa de la comunidad a la planificación familiar.
- Poblaciones todavía sin disposición de pagar por los servicios.

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS: PLAN/Bolivia - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID		\$375,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$575,960
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$4.77
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Mixto
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		53,373
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		2,000
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		1,993 (3.7%)
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		1,889 (3.5%)
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		7,232 (13%)
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		10,427 (19%)
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	25%	\$93,775
Inmunizaciones	10%	\$37,510
Nutrición:	20%	\$75,020
Prevención nacimientos alto riesgo	20%	\$93,775
Otros:		
IRA	25%	\$75,020

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Estudio de base planeado para Julio de 1990, a repetirse en Junio de 1992.

PERFIL DE PROYECTO: PLAN/Bolivia (Altiplano) - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años localizado en la sección nor-este del departamento de La Paz. La meta del proyecto es reducir la mortalidad infantil entre los niños menores de 5 años, mujeres jóvenes y en edad fértil en 192 comunidades. La población total en el área de servicio es de 86,400 habitantes, que incluyen 12,973 niños menores a 5 años y 20,679 mujeres en edad fértil.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	10%
Inmunizaciones:	18%
Nutrición:	30%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	42%

OBJETIVOS

TRO

- 1) 60% de las madres administran preparado correcto de TRO a sus niños con diarrea.

Inmunizaciones

- 2) Alcanzar una cobertura de 40% para todas las vacunas para niños menores a 1 año y un programa sostenible para 1993.

Nutrición

- 3) Alcanzar una reducción en la incidencia del retardo del crecimiento (niños sin ganar peso en dos sesiones bimensuales en un periodo de seis meses) entre niños de 0-24 meses a 45% para 1993.

Prevención de nacimientos de alto riesgo

- 4) 30% de las madres atenderán por lo menos dos controles prenatales y 20% por lo menos un control pre-natal.
- 5) 50% de las mujeres embarazadas tendrán el parto en condiciones sanitarias.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- Proyectos para la generación de fondos son incorporados a nivel de la comunidad en todos los proyectos de PLAN/Altiplano.

92

- Reducción de los costos unitarios a través del incremento de la demanda y utilización.

Transferencia de conocimientos

- Capacitar al personal de Min. de Salud en las intervenciones de supervivencia infantil.

Mantenimiento de los servicios de salud

- El Min. de Salud, a través de las unidades Sanitarias, trabajan con el personal de PLAN para las actividades del PAI y TRO.

Participación de la comunidad

- El proyecto se implementa con la ayuda de club de madres y otros clubs femeninos.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- La evaluación final de CS II mostró que 70% de las madres tenían conocimiento de los propósitos del TRO.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- DIP se entregó en Marzo de 1991.

PUNTOS DÉBILES:

- Inestabilidad del personal de Min. de Salud.
- Actitud negativa de la comunidad a la planificación familiar.
- Poblaciones todavía sin disposición de pagar por los servicios.

DATOS DEMOGRAFICOS Y CCSTOS: PLAN/Bolivia (Altiplano) - CS VI
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propuesta del Proyecto

Financiamiento para tres años de USAID		\$324,000
Fondos de contraparte del PVO (41%)		\$451,080
US \$ de USAID por beneficiario por año		\$2.6
Esta area es principalmente rural, urbana o mixta		Rural
Cuánta gente vive en el area de cobertura del proyecto		86,400
Cuántos nacimientos ocurren por año en el area del proyecto?		3,459
Cuántos niños menores a 12 meses hay en el area de servicios?		2,592
Del grupo de niños entre 12-59 meses de edad, cuántos niños hay con 12-23 meses de edad?		2,439
Cuántos niños están entre los 12 meses y los 60 meses de edad?		2,592
Cuántas mujeres en edad fértil hay en el area de servicios		20,679
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 15-19 años?		No disponible
Cuántas de estas mujeres en edad fértil están en el grupo de alto riesgo de 35-49 años?		No disponible
Intervenciones en Salud	Esfuerzo en %	\$ de USAID
CED/TRO:	15%	\$42,500
Inmunizaciones	15%	\$76,500
Nutrición:	20%	\$127,500
Prevención nacimientos alto riesgo	30%	\$178,500
Otros: IRA	20%	\$85,000

Logros en la recolección de datos del Nivel II: Proyecto CSII previamente financiado provee los indicadores de la información de población.

94

PERFIL DE PROYECTO: PLAN/República Dominicana - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Reporte anual y
Cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años para proteger la salud de los niños y mejorar la provisión de los servicios básicos, especialmente para menores de seis años en los barrios mas pobres y desventajados de Santo Domingo. La población total del area de impacto es de 111,434 incluyendo 6,296 niños menores de 5 años y 7,445 mujeres en edad reproductiva.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	10%
Inmunizaciones:	4%
Nutrición:	24%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	2%
Otros: saneamiento/agua y control de parásitos, espaciamiento entre nacimientos e IRA	60%

OBJETIVOS

TRO

- 1) 75% de las madres usarán SRO durante los episodios de diarrea para el final del proyecto.

Inmunizaciones

- 2) Incrementar la cobertura de inmunizaciones en la población de niños menores de un año, con las vacunas del PAI, de 20% a 60% para el fin del primer año, 80% en el segundo año y 90% para el fin del tercer año.
- 3) Incrementar la cobertura de inmunizaciones con 2TT en mujeres en edad fértil de 50% a 85% para el final del tercer año.

Nutrición

- 4) Proveer servicios de nutrición y crecimiento a 80% de los niños de 0-60 meses en todos los barrios del area de impacto.

Prevención de nacimientos de alto riesgo

- 5) Promover el control de nacimientos y lactancia materna en 80% de las visitas domiciliarias llevadas a cabo por los trabajadores voluntarios de salud.
- 6) Promover las prácticas de control de nacimientos y la prevención de embarazos de alto riesgo en 50% de los colegios secundarios durante el primer año y 100% durante el segundo y tercer años.

Otros

- 7) Enseñar a las madres y personas que cuidan a los niños en como prevenir las complicaciones de la neumonía.
- 8) Dar servicio de agua potable a 30% de las familias con niños menores de 60 meses de edad durante el primer año y 60% para el segundo y tercer años.
- 9) Proveer los recursos necesarios para que el 30% de las familias sin letrinas puedan construirse y usarlas adecuadamente.

PLAN DE ACCIÓN EN MANTENIMIENTO:

Viabilidad financiera

- PLAN continuará trabajando con la comunidad para proveer los \$58,000 necesarios para mantener el programa, hasta desarrollar otras fuentes de financiamiento.

Transferencia de conocimientos

- PLAN/Santo Domingo esta educando y asistiendo a la comunidad a través de los comités de salud y los trabajadores voluntarios, esto es en la gerencia de recursos, incluyendo recursos del gobierno y fondos de otros donantes.

Mantenimiento de los servicios de salud

- PLAN colabora con el Min. de Salud, Instituto Dominicano de Desarrollo Integral, CARE y UNICEF.

Participación de la comunidad

- Los trabajadores de la comunidad son parte de la comunidad y son los líderes o miembros de las asociaciones de base.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- El sistema de información de salud esta administrado por una base de datos computarizada, que saca la información mensual de los promotores, que esta disponible la tarjeta familiar, con información adicional en demográfica, condiciones de vida y salud.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- La cobertura de inmunizaciones para Septiembre de 1989 fué de 32% para OPV3, 37% antisarampion y 17% para DPT3.
- El primer reporte anual fué completado ya.

PUNTOS DÉBILES:

- No se mencionan.

PERFIL DE PROYECTO: SCF/Bolivia - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan de implementación, reporte
anual y cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cuatro años para prevenir la muerte y complicaciones por causas prevenibles, a través de la motivación de las familias para adoptar y practicar conductas de protección de la niñez. El área de impacto de Inquisivi incluye 100 comunidades con una población total de 11,802. Hay 2,138 mujeres en edad reproductiva y 2,300 niños menores de 6 años como los directos beneficiarios.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	18%
Inmunizaciones:	25%
Nutrición:	38%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	2%
Otros: IRA y control del bocio	12%
salud materna	5%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Para agosto de 1993, 60% de las familias con niños menores de 5 años serán capaces de demostrar conocimientos en la preparación y administración de ORS, alimentación del niño durante y luego de un episodio de diarrea y el reconocimiento de cuando referir un caso.

Inmunizaciones

- 2) Para Julio de 1993, 80% de los niños entre 12 a 23 meses estarán inmunizados completamente con BCG, DPT3, OPV3 y sarampión.
- 3) Para Julio de 1993, en 70% de los partos, la madre habrá sido inmunizada contra el tétanos y 50% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) habrán recibido TT2.

Nutrición

- 4) Para Agosto de 1993, 60% de los niños menores de cinco años estarán en un programa regular de monitoreo del crecimiento.
- 5) 60% de las madres serán capaces de interpretar la curva de desarrollo de su niño.
- 6) 30% de las madres registradas durante el postparto darán calostro a sus niños dentro las primeras 24 horas después del parto y 70% de las madres continuaran dando pecho por dos años.

Participación de la comunidad

- Las prioridades de la comunidad son constantemente identificadas y analizadas por reuniones conjuntas y con participación del staff de SCF.
- El sentido de propiedad de los proyectos por la comunidad, serán estimulados por su participación en la selección, monitoreo y evaluación de los trabajadores voluntarios y las parteras.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- Este año, los trabajadores voluntarios de salud han llevado a cabo las sesiones de peso de los niños y las sesiones de capacitación en sus comunidades. Hasta la fecha 39 son los promotores realizando estas actividades.
- La academia para el desarrollo educacional (AED), financiado por UNICEF, escogió una de las comunidades en las que SCF está trabajando para hacer un video de madres capacitandose.

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- La cobertura de inmunizaciones para todas las vacunas es de 25% para niños de 12 a 23 meses.
- La cobertura de inmunizaciones para TT2 es 18.4%, TT3 21.5%, TT4 12.7% y TT5 6.2% para las mujeres en edad fértil.
- 287 niños con diarrea fueron tratados con ORS.
- 1,080 (52%) de menores de 5 años fueron pesados regularmente.

PUNTOS DÉBILES:

- Bolivia no permite a los OVP internacionales promover planificación familiar.

PERFIL DE PROYECTO: SCF/Honduras - CS III
FUENTE DE INFORMACIÓN: Tercer reporte
anual y cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de tres años con una extensión de un año mas sin costo. El proyecto enfoca en dos areas rurales, con la meta de proteger la salud y la vida de los niños menores de cinco años y las madres, a través de la capacitación de las familias en conductas de protección. La población total del area de impacto es de 29,200 que incluye 6,000 mujeres en edad fértil y 6,200 niños entre 0 a 6 años de vida.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	25%
Inmunizaciones:	15%
Nutrición:	21%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	12%
Otros: salud materna, SIDA, IRA, malaria y saneamiento básico y agua potable	27%

OBJETIVOS

TRO

- 1) 100% de los trabajadores voluntarios y 80% de las familias demostrarán capacidad para preparar SRO y sabrán como alimentar e hidratar a un niño durante y luego de un episodio de diarrea.

Inmunizaciones

- 2) Por lo menos 75% de los niños menores de un año tendrán el esquema completo de inmunizaciones.

Nutrición

- 3) 85% de todos los niños menores de cinco años entre las 36 comunidades objetivo, estarán participando en un programa de control de crecimiento regular.
- 4) 100% de los niños identificados con desnutrición de tercer grado.
- 5) Habrá un incremento del 10% en el número de niños creciendo mas rápido o al paso de los standares de UNICEF.

PUNTOS SOBRESALIENTES:

- 2,000 miembros de la comunidad recibieron orientación en la prevención del SIDA.
- 13 puestos de distribución de TRO en operación.
- 92% de los niños menores de uno en las áreas de impacto tienen el esquema completo de inmunizaciones.
- 82% de las mujeres en edad fértil en las áreas de impacto recibieron TT2

PROGRESOS HASTA FEBRERO DE 1991:

- El tercer reporte anual ha sido enviado. La evaluación final esta en camino.

PUNTOS DÉBILES:

- No se mencionan

PERFIL DE PROYECTO: WRC/Honduras - CS V
FUENTE DE INFORMACIÓN: Plan de implementación, primer
reporte anual y cuestionario CS&H 1990

PROPÓSITOS

Un proyecto de cinco años en dos áreas rurales de Honduras. La meta es mejorar la salud de los niños de 0-59 meses, y el cambio de las prácticas de las mujeres concernientes a su propia salud y la supervivencia de sus niños. La población total es de 104,136, incluyendo 18,824 niños menores de cinco y 19,136 mujeres en edad reproductiva.

INTERVENCIONES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

TRO:	15%
Inmunizaciones:	10%
Nutrición:	35%
Prevención de nacimientos de alto riesgo:	5%
Otros: IRA	10%
costos indirectos de la oficina central	25%

OBJETIVOS

TRO

- 1) Obtener una cobertura anual de 80% de las mujeres de 15 a 45 años capaces de preparar y administrar TRO/SRO.
- 2) Obtener una cobertura anual de 70% de madres que muestran evidencia de uso regular de TRO/SRO durante episodios de diarrea en los niños.

Inmunizaciones

- 3) Obtener una cobertura anual del 80% en niños de 0 a 11 meses, y 90% en niños de 12 a 59 meses, para las enfermedades prioritarias.
- 4) Obtener una cobertura anual de inmunizaciones de 80% en mujeres de 15 a 45 para TT2.

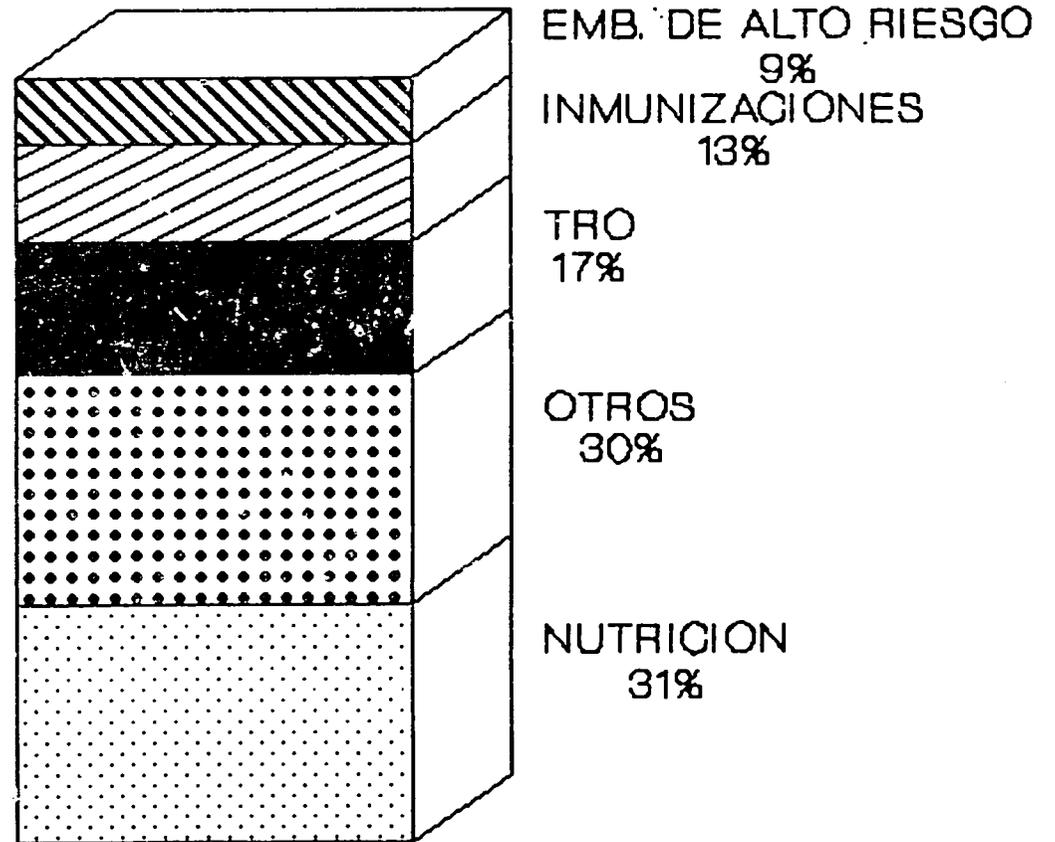
Nutrición

- 5) Obtener una cobertura anual de 70% de niños de 0 a 59 meses pesados regularmente cada mes.
- 6) Obtener una cobertura anual de 70% de mujeres de 15 a 45 años que hayan recibido instrucción en lactancia materna, destete apropiado y nutrición de los niños de 0 a 59 meses.
- 7) Obtener una cobertura anual de 70% de niños de 0 a 59 meses que reciban suplemento de vitamina A.
- 8) Obtener una cobertura anual de 70% de madres que en el post-parto hayan recibido una megadosis de vitamina A.

PUNTOS DÉBILES:

- Imposibilidad de obtener paquetes de SRO del gobierno de Honduras durante el primer año del proyecto.
- Demora en el la transcripción y análisis de los datos de base.

PORCENTAJE DEL COSTO TOTAL DE A.I.D. POR INTERVENCIONES PARA LOS OVP

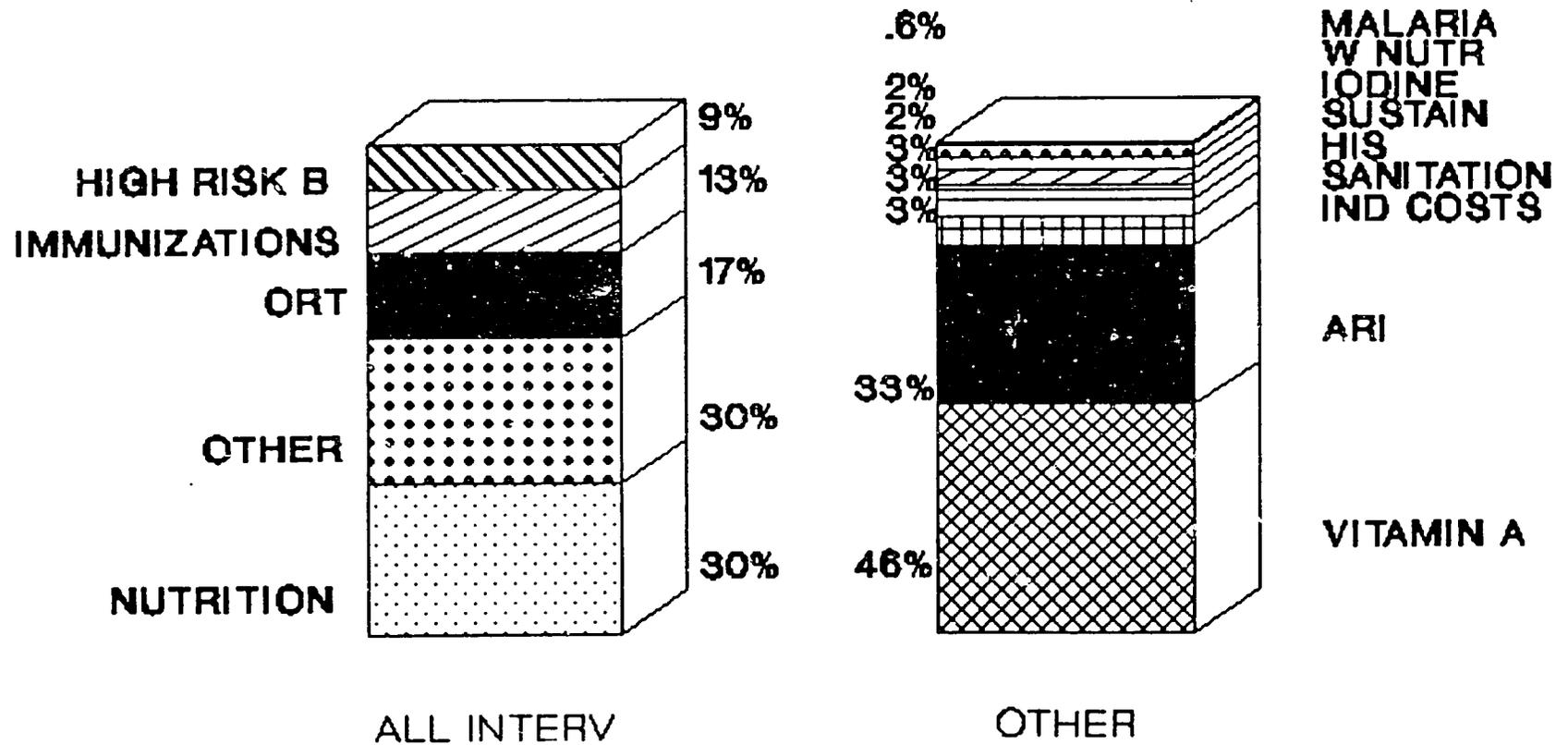


69

Fuente: 1990 CS&H questionnaire

107

PORCENTAJE COSTOS TOTALES AID POR INTERVENCIONES PARA TODOS OVP

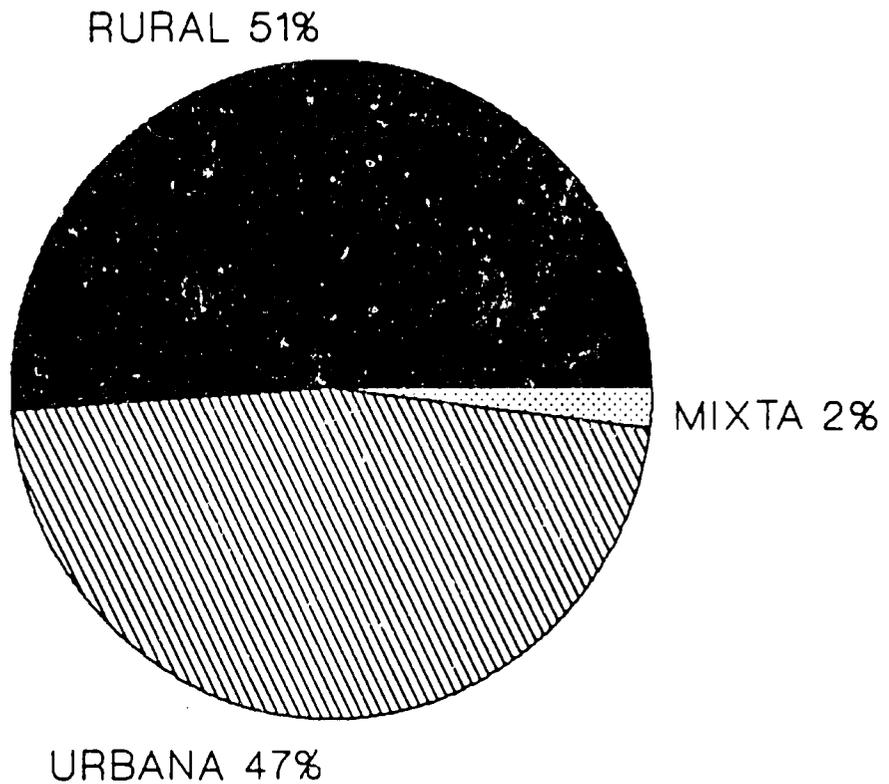


Fuente: 1990 CS&H questionnaire

104

LOCALIZACION DE BENEFICIARIOS POR GRADO DE URBANIZACION, 1990

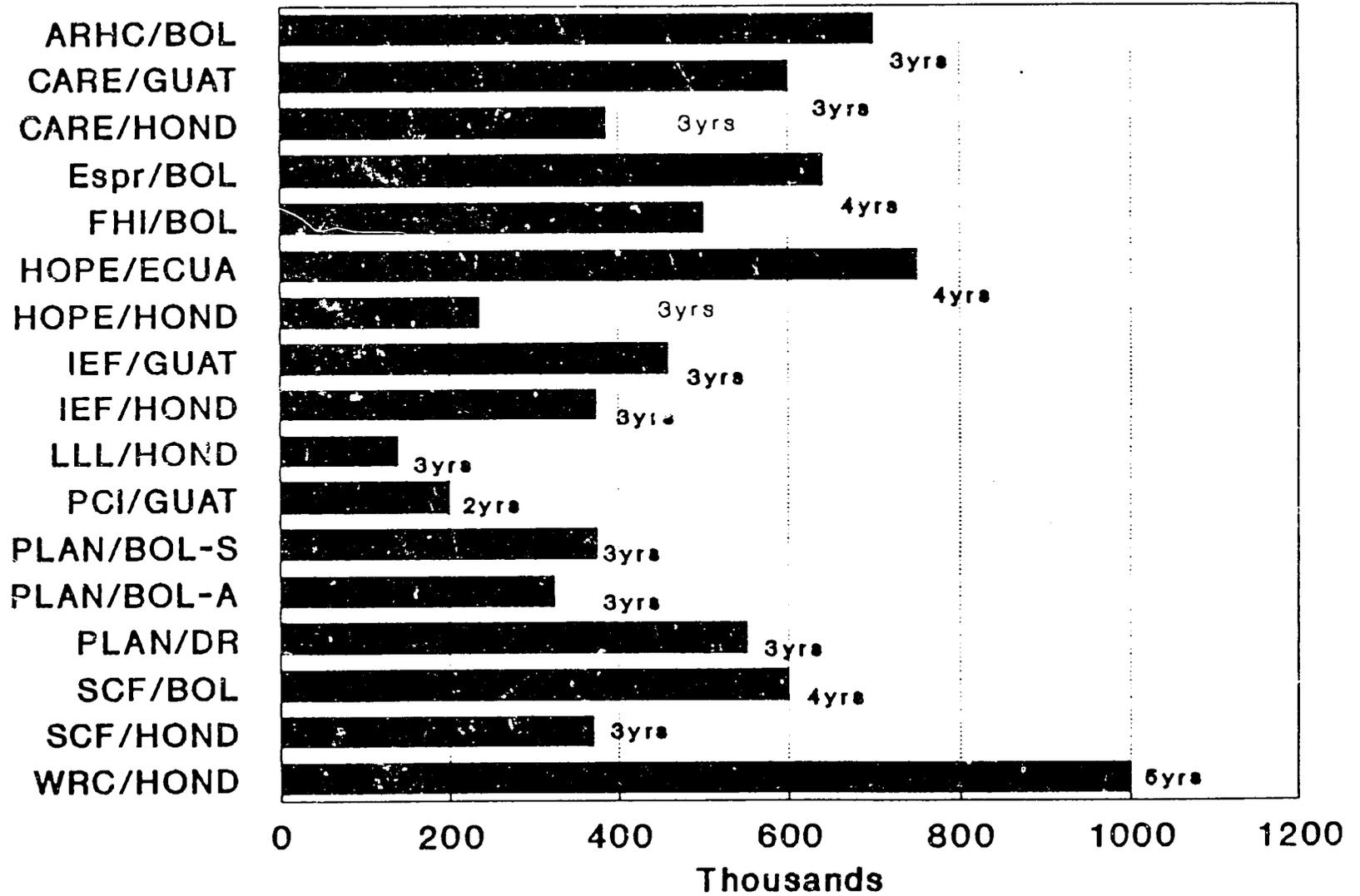
Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990



Urbana: PLAN/DR,PLAN/BA,PCI/GUA
Rural: ARHC/B,WRC/H,SCF/B-H,FFH/BA,CARE
/H-GUA-Mixta: HOPE/H-E,ESP/B,PLAN/BS

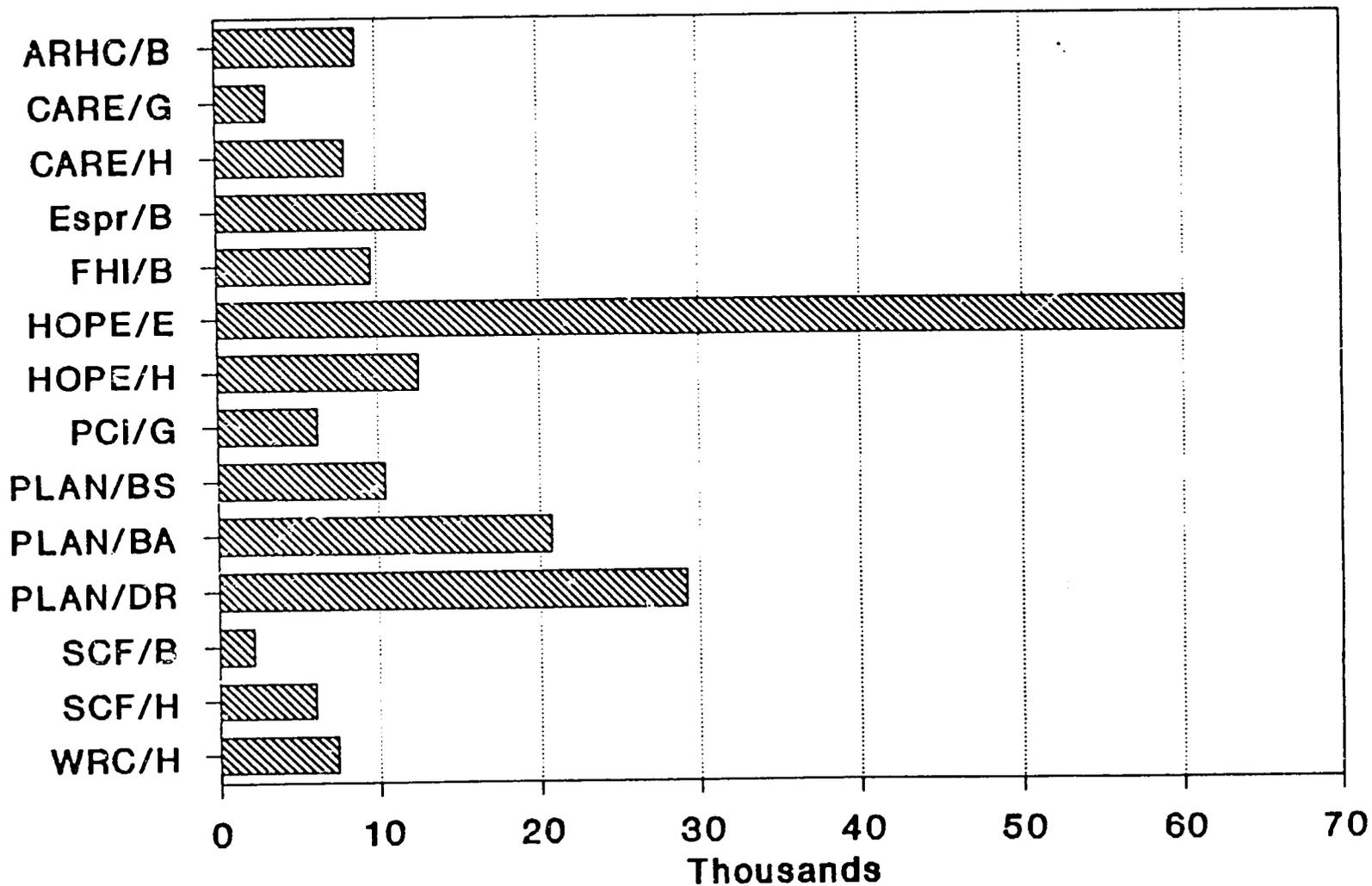
\$ DE AID PARA LOS OVP POR PAISES

Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990



BENEFICIARIOS POTENCIALES 15 A 49 ANOS PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990

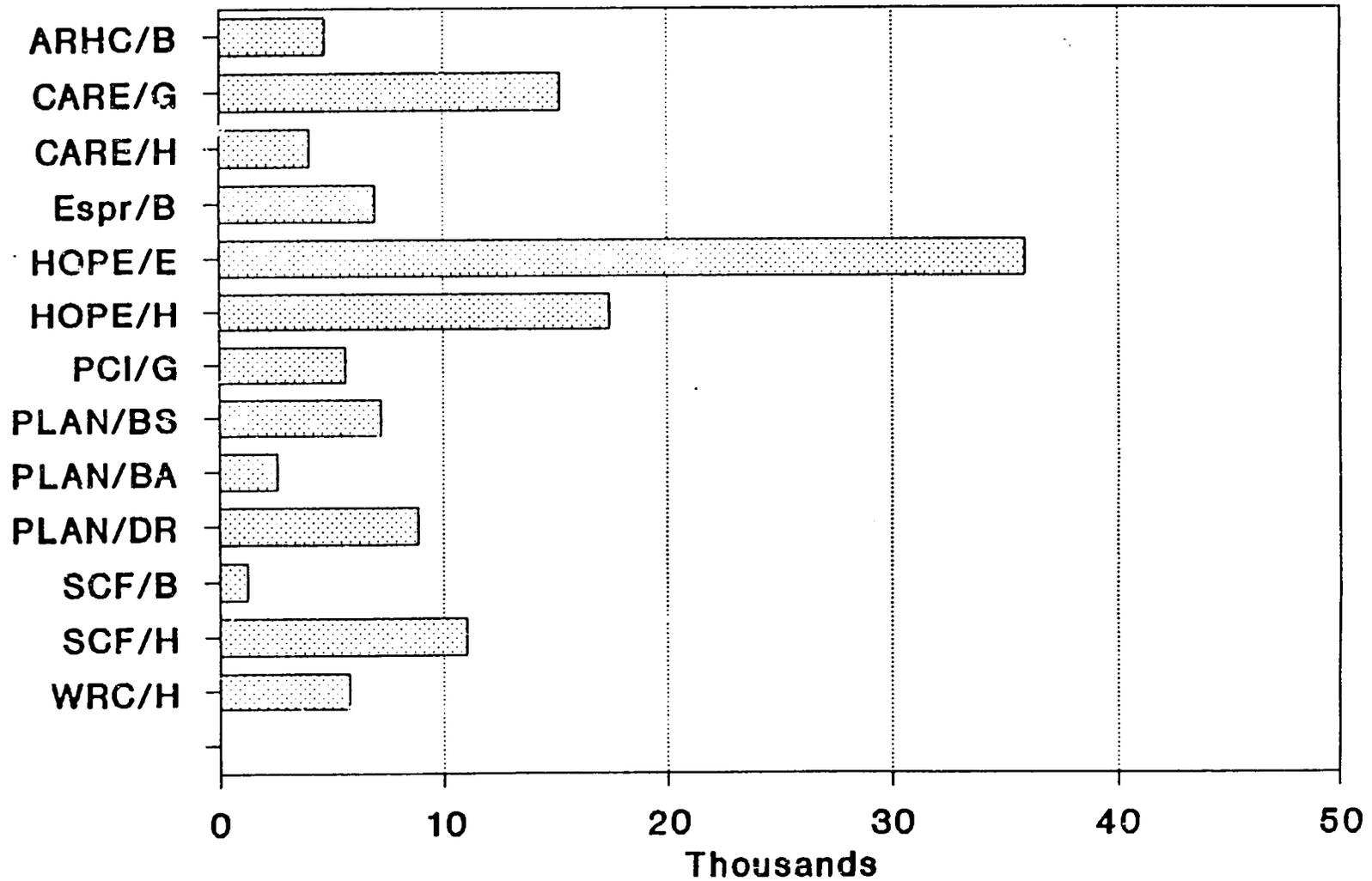


75

107

BENEFICIARIOS POTENCIALES 12 A 60 MESES PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

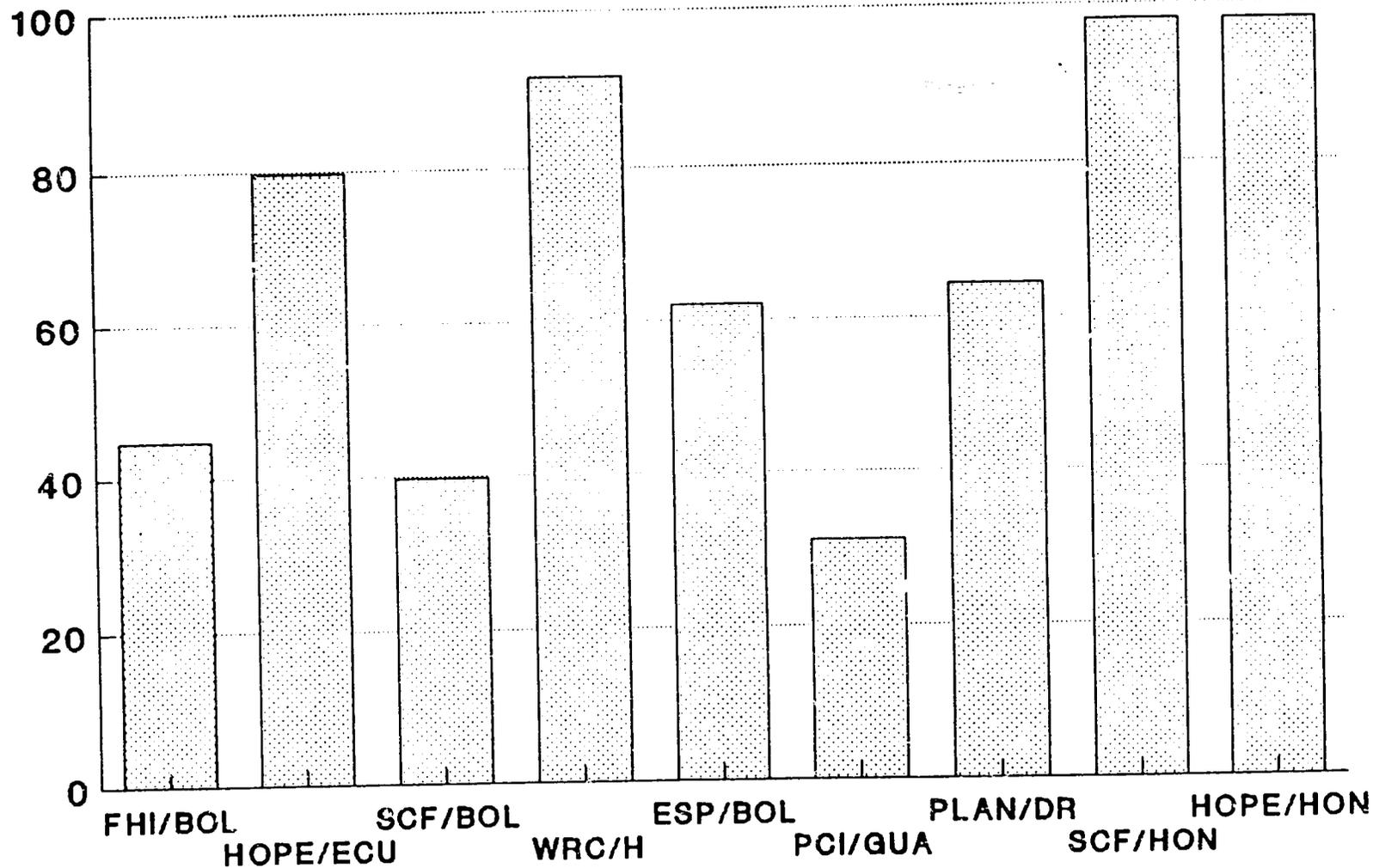
Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990



66

108

COBERTURA DE POLIO-3 DOSIS PARA NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD



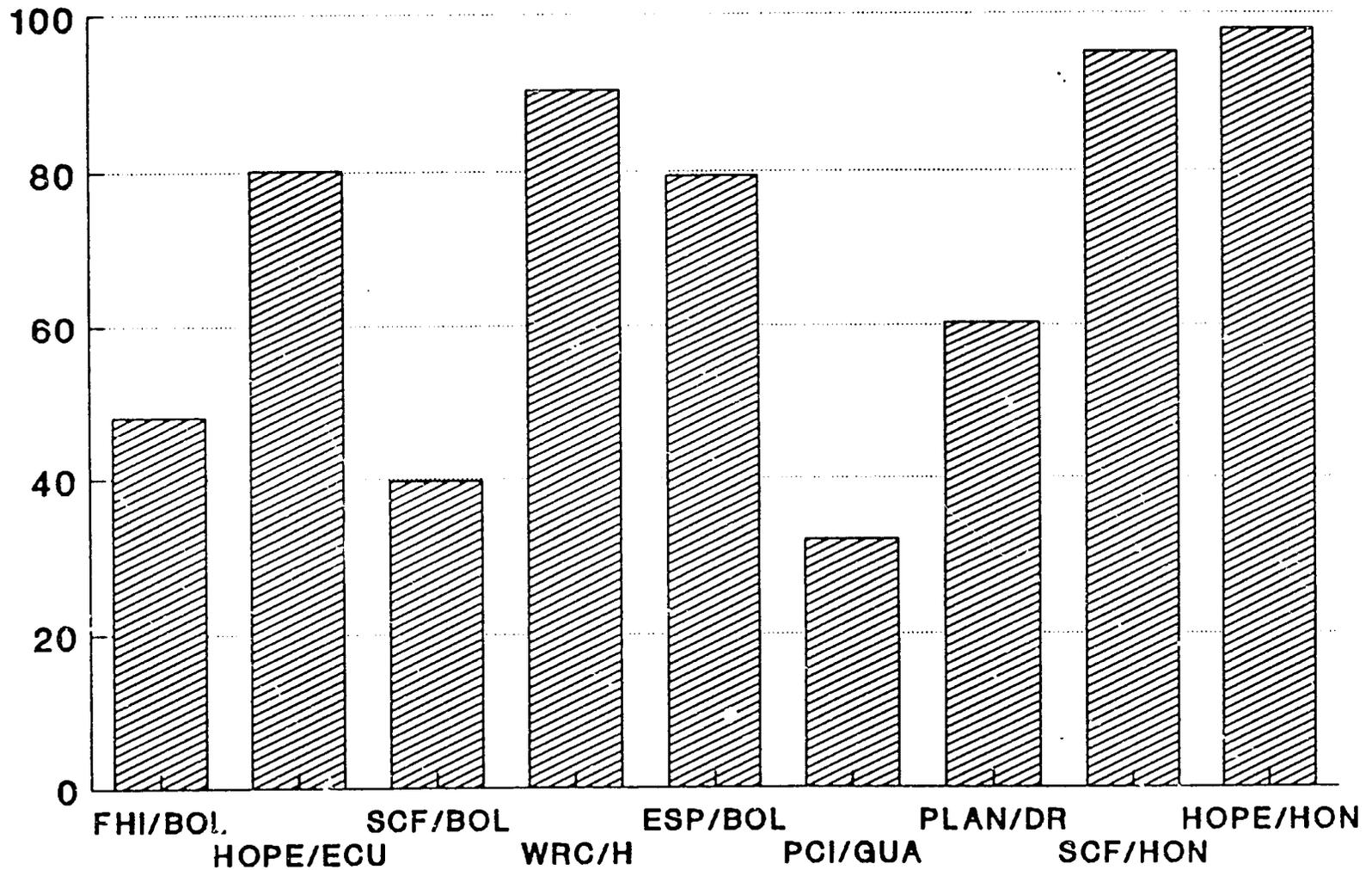
FUENTE: USAID CHILD SURVIVAL AND HEALTH
QUESTIONNAIRES, 1990

79

199

COBERTURA DE DPT-3 DOSIS PARA NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD

Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990

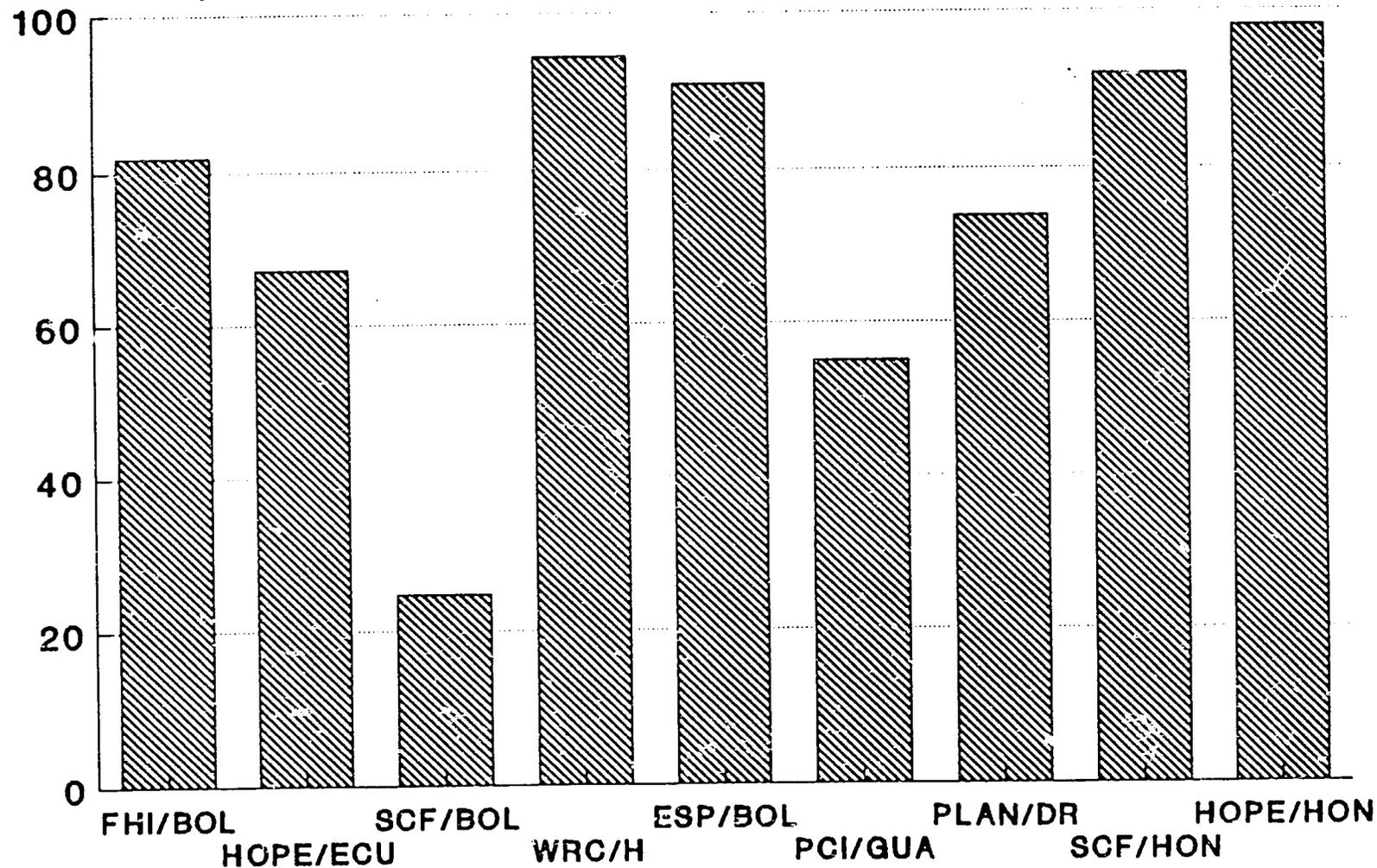


FUENTE: USAID CHILD SURVIVAL AND HEALTH
QUESTIONNAIRES, 1990

110

COBERTURA DE VACUNA ANTISARAMPION PARA NIÑOS DE 12 A 23 MESES

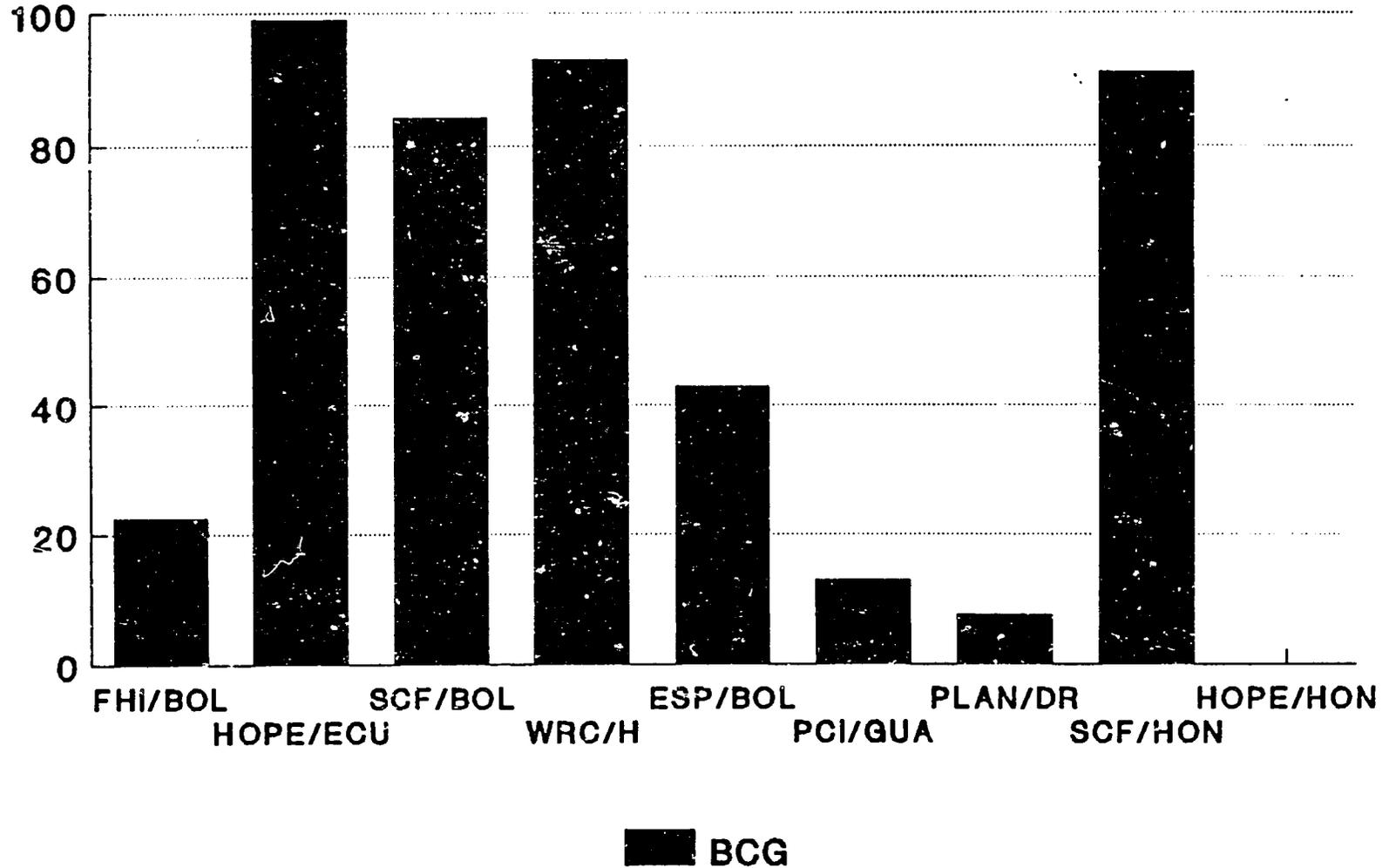
Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990



FUENTE: USAID CHILD SURVIVAL AND HEALTH
QUESTIONNAIRES, 1990

COBERTURA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD

Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990



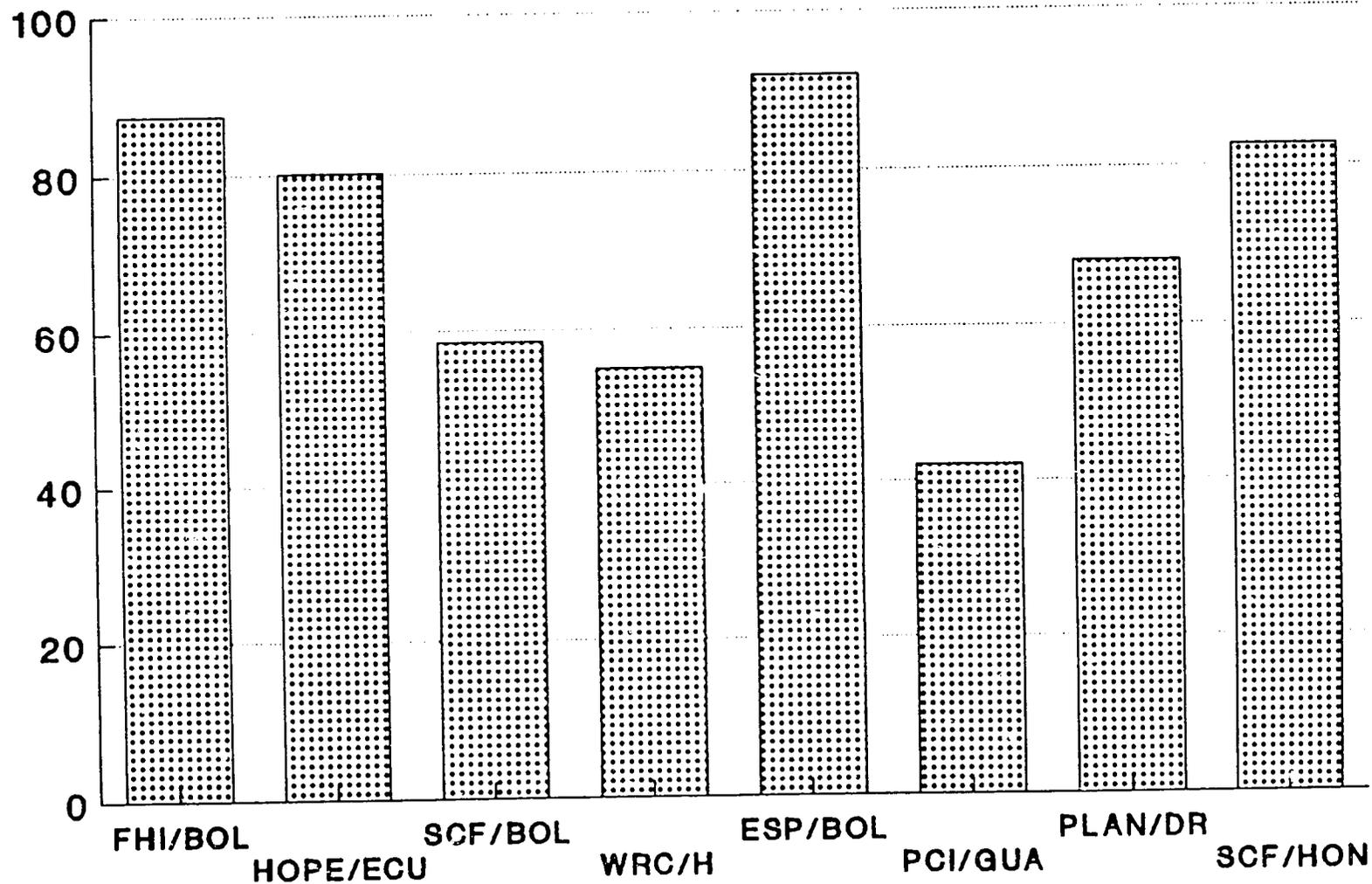
FUENTE: USAID CHILD SURVIVAL AND HEALTH
QUESTIONNAIRES, 1990

58

112

COBERTURA PARA TT PARA MUJERES EN EDAD FERTIL (15-49 AÑOS)

Taller Regional Latino Americano para OVP, 1990

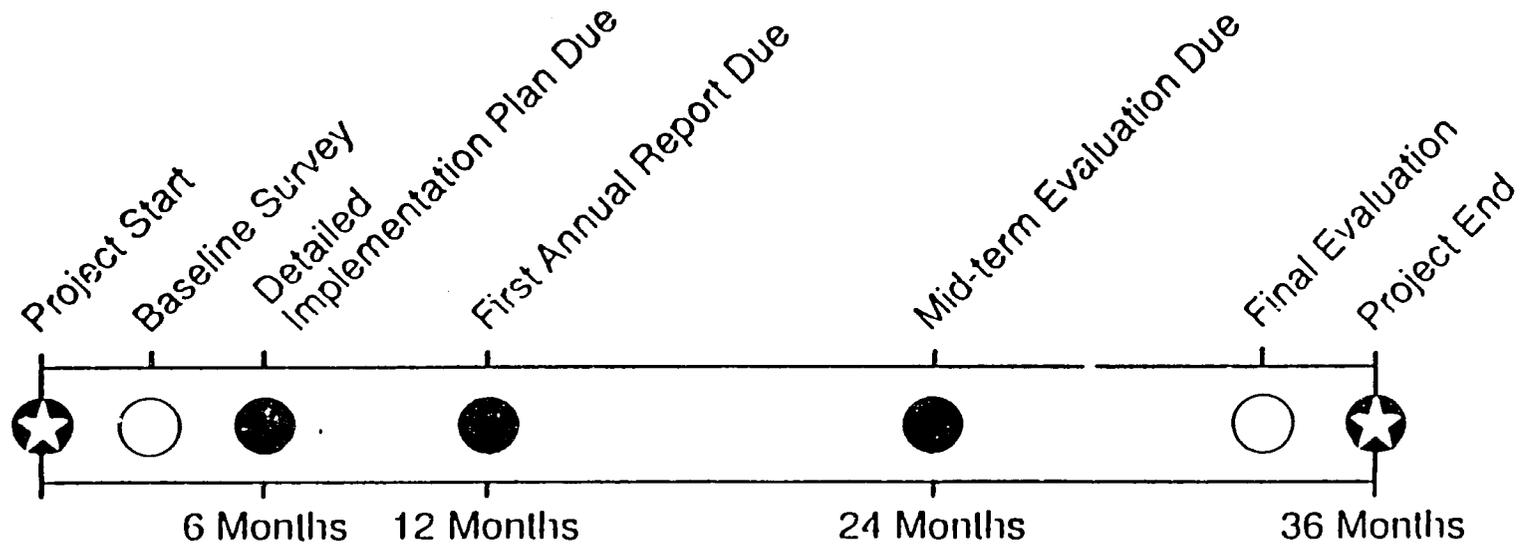


TETANUS TOXOID COVERAGE FOR WOMEN IS DEFINED AS 2 DOSES PER WOMAN FROM 15-44 YEARS OF AGE
SOURCE: USAID CHILD SURVIVAL AND HEALTH QUESTIONNAIRES, 1990

11/69

SECCION III. - DURACION DEL PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL
DE LOS OVP

PVO Child Survival Project Lifeline 36 Month Grants



* Project starts October 1 and ends September 30.

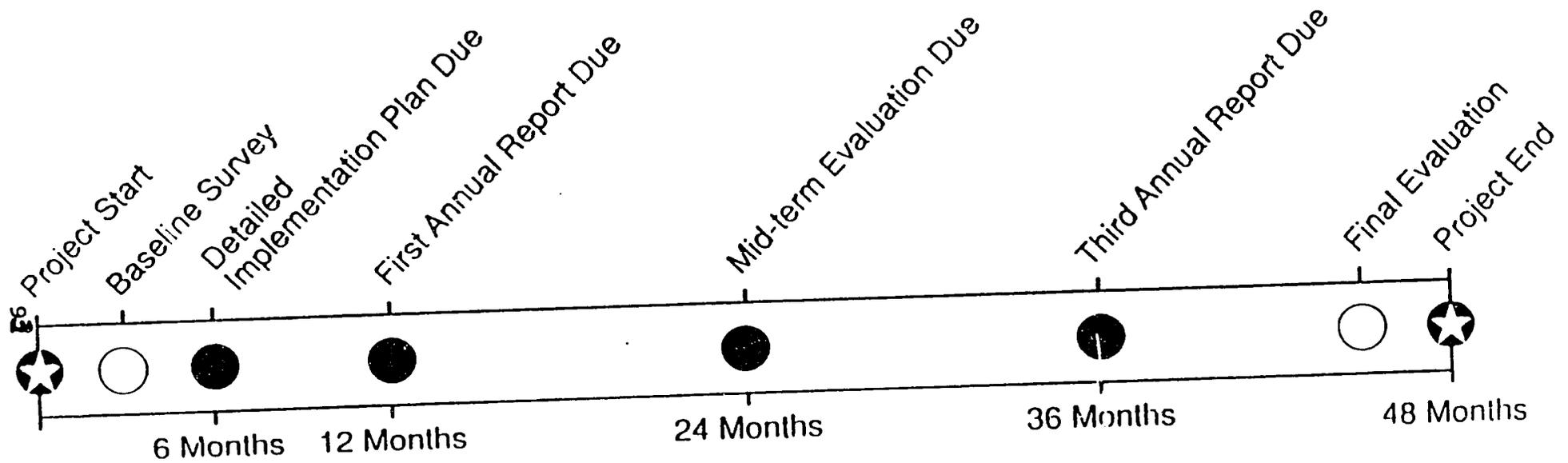
36 Month Grant

- CSIII: October 1, 1987 - September 30, 1990
- CSIV: October 1, 1988 - September 30, 1991
- CSV: October 1, 1989 - September 30, 1992
- CSVI: October 1, 1990 - September 30, 1993

165

115

PVO Child Survival Project Lifeline 48 Month Grants



• Project starts October 1 and ends September 30.

48 Month Grant

- CSIII: October 1, 1987 - September 30, 1991
- CSIV: October 1, 1988 - September 30, 1992
- CSV: October 1, 1989 - September 30, 1993
- CSVI: October 1, 1990 - September 30, 1994

1/16

SECCION IV. - TABLA DE LOS PROYECTOS FINACIADOS POR
FVA/PVC

RESUMEN DE LOS PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE IVA/PVC A LOS PVO : ACTUALMENTE EN EJECUCION

PVO	AFRICA										LATINO AMERICA					ASIA/PACIFICO					PVO							
	BF	CAM	KEN	MALA	MAI	MAUR	MOZ	NIGER	NIGERIA	SUDAN	UGA	ZIMB	BOLIVIA	IDR	ECU	GUATE	HAITI	HON	NIC	BANG	IND	INDO	NEP	PAK	PNG	SI	VAN	
ADRA				90				87		91							85/BR	91			87/IR	90	87/90R				ADRA	
AFRIC	90							86/9R																				AFRIC
AKF																								87/IR				AKF
AMREF				85/90R																								AMREF
ARMC												87/90R																ARMC
CARE	91*				86/90R		87		86/9R						89		90		91	87**	85/BR							CARE
CRS														85/BR														CRS
ESPER												87/9R																ESPER
FFN												87																FFN
FN1												89																FN1
FSP																									91	89		FSP
HKI							86/90R*																85/8/90R*					HKI
HOPE				90/IR										89	85/BR/90R*	88/IR/91						90						HOPE
IEF				85/9R*/IR*											90*	90*												IEF
LALACH															88/IR	88/IR												LALACH
MIMV				88/IR																								MIMV
PAIN																						90						PAIN
PCI													85/6/BR		86/9R/IR		91					85/BR/IR		90				PCI
PLAN					86/90R								86/90R/90R/89		88	90												PLAN
ROTIARY	91							87#														87#						ROTIARY
SCF	89			86/9R	88			86/9R	85/BR	85/9R/6*/7						87		85/BR		85/9R	87/IR							SCF
UNC																87	89			87/IR								UNC
VV			87	90	87/IR	89*	90	88		89	91			91		87/IR				88/IR/90				90				VV
TOTAL	11	13	15	16	11	11	12	14	12	12	12	19	12	12	17	14	16	13	14	13	18	13	13	11	11	11	11	TOTAL

*. Proyectos de vitamina A

** . Proyectos CSIII llegados al PL480/Titulo II

. Programas CSIII ROTARY Polio Plus

R . Proyectos refinanciados (proyectos de CSI recibiendo fondos de CSV para 3 años)

Nota: Los totales son son tomando los proyectos refinanciados o con financiamiento adicional como uno solo

Alicances: 78 proyectos de Supervivencia Infantil por 22 OVP en 27 países

8 Proyectos de vitamina A por 4 PVOs en 6 países

2 Proyectos Polio Plus en 2 países

1 Proyecto en oficina central (SCF)

Totales: 89 Proyectos por 24 PVOs en 28 countries

AFR: 31 proyectos, 13 PVOs, 13 países; AP: 24 proyectos, 13 PVOs, 8 países; LAC: 33 proyectos, 15 PVOs, 7 países.

Nota: Este total no incluye SCF/oficina central (CSV)

89

118

SECCION V. -- INDICADORES DE SEGUNDO ORDEN

PROGRAMA DE APOYO EN SUPERVIVENCIA INFANTIL A OVP

MARCO DE EVALUACIÓN Y MONITOREO EN SUPERVIVENCIA INFANTIL

A.I.D ha desarrollado un marco de evaluación y monitoreo para las actividades de supervivencia infantil financiadas por la agencia en tres ordenes o niveles. El sistema requiere que todas las actividades recolecten información de primer orden, y las actividades que tienen mas de un millón de dólares, recolecten información de segundo orden. El tercer orden de evaluación son seleccionados para proyectos seleccionados. La información de segundo orden puede ser recogida y resumida a nivel local, regional o nacional, dependiendo de la magnitud de la actividad que se esta reportando. Hay seis indicadores de desarrollo que serán usados para el segundo orden de evaluación y monitoreo. Estos están listados abajo.

- 1) Porcentaje de niños/lactantes (12 a 23 meses) que para el indicador peso para edad estén dos desviaciones estándares por debajo de la media.
- 2) Porcentaje de niños/lactantes (0 a 59 meses) con diarrea en las dos últimas semanas tratados con TRO.
- 3) Porcentaje de niños (12 a 23 meses) vacunados antes de los 12 meses con:
 - a) BCG
 - b) DPT 3
 - c) polio 3
 - d) sarampión
- 4) Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un parto en los dos últimos meses, hayan recibido dos dosis de toxoide tetánico.
- 5) Porcentaje de lactantes (0 a 11 meses) que hayan recibido lactancia materna y recibido otros alimentos a la edad apropiada.
- 6) Porcentaje de mujeres (15 a 49 años) en unión, que actualmente usen métodos anticonceptivos modernos.

APPENDIX F
 MANAGEMENT AND SUPERVISION
 FORMATO PARA SUPRVISORES
 VITAMINA " A "

Grupo # 1

1. Actividades Educativas	Adecuados	Inadecuados
Mensajes a las madres	-----	-----
Conocimiento de madres	-----	-----
Comportamiento de madres	-----	-----
2. Actividades de Suplementacion		
Distribucion	-----	-----
Edad	-----	-----
Dosis	-----	-----
Frecuencia	-----	-----
3. Participacion Comunitaria		
Grupos Organizados	-----	-----
Voluntarios de Salud	-----	-----
Lideres Comunitarios	-----	-----
Manejo	-----	-----
4. Deteccion de Casos		
Signos y Sintomas	-----	-----
Referencias	-----	-----
Seguimiento de Referencias	-----	-----
5. Inventario		
Disponibilidad de Vitamin "A"	-----	-----

121

FORMATO PARA SUPERVISION DE MANEJO DE DIARREA

Grupo # 2

Actividades del Trabajo de Salud

Conocimientos de signos y sintomas de diarrea

Conocimientos de sintomas de diarrea y
deshidratacion.

Clasificacion de los grados de des-
hidratacion.

Manejo de la TRO

Referencia de casos

Instrucciones a la madre

Habilidad para instruir a la madre

Conducta con la Madre

Seguimiento de casos

Control de Referencia

Conocimiento de la madre

. Uso de TRO

. Alimentacion

Logistica

. Disponibilidad de SRO

FORMATO DE SUPERVISION

Grupo # 3

Registro de Poblacion	Si	No
Croquis de la Comunidad	-----	-----
Visita Domiciliar	-----	-----
Tabulacion de Datos	-----	-----
Registro por Intervenciones	-----	-----
Sesiones Educativas (Registro de Actividades).	-----	-----
Registro de visitas domiciliarias P/seguir casos.	-----	-----

SISTEMA DE INFORMACION

Grupo # 4

Actividades:

Ojetivo con programas
 Estructurar un sistema con niveles
 de desarrollo instrumental
 Capacitacion de Personal
 Validacion previa capacitacio
 Implementacion del Sistema
 Evaluacion del Sistema

Formulario de Supervision Sistema informativo:

Utiliza fuente de informacion adecuada	-----	-----
Entiende el formato	-----	-----
Seguridad en el llenado de formularios	-----	-----
Datos recolectados precisos y consisos	-----	-----
Formulario legible	-----	-----

APPENDIX G
RECOMMENDATIONS

Grupo # 1

U.S.A.I.D.

1. Proveer comunicacion entre AID-OPVS locales en asuntos que son del conocimiento de la casa Matriz.
2. Coordinar con la casa matriz, la capacitacion tecnica del personal.
3. Visita anual a las OPV'S.
4. Promover y asegurar que la Casa Matriz reciba las publicaciones actualizadas y las envie a las OPV locales.
5. Estudiar mecanismos para hacer efectiva la Coordinacion y Cooperacion de las OPV'S locales.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

1. Escoger entre los temas que sugieran las PVO's locales (no mas de dos temas) a desarrollar en cada taller.
2. Informar a las OPV's locales con suficiente anticipacion los temas a tratar acompañados con la bibliografía correspondiente.
3. Dar asistencia Tecnica a la OPV's para la investigacion con el fin de publica experiencias importantes.

O.P.V.S.

1. Coordinar y cooperar en actividad comun tanto a nivel local como internacional.

Grupo # 2

U.S.A.I.D.

1. Prolongar a 5 anos como minimo el proyecto de financiamiento para integrar de manera efectiva, la parte de sostenibilidad.
2. Los eventos educativos se realicen en todos los niveles y se de seguimientao a los mismos.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

1. Asesoría Técnica más directa (sin trámites b).
2. Que se promueva la creatividad a través de las asesorías y apoyo a la ya existente.

O.P.V.S.

1. Integración de la OPVS en un organismo de coordinación que tiene intervenciones en Supervivencia Infantil.

Grupo # 3:

U.S.A.I.D

1. Que proporcione regularmente cursos intensivos a los gerentes de proyectos para la elaboración de DIP.
2. Que las OVP reciban documentación actualizada previa evaluación de su proyecto.
3. Que se realice este tipo de talleres más frecuentemente.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

1. Que las experiencias de los programas que han tenido éxito en sostenimiento se elabore un documento para ser distribuido a todas las OVP a fin de que puedan surgir ideas que se apliquen localmente.
2. Que continúen dando atención a este tipo de talleres.
3. Que las OPVS reciban información pertinente de nuevas investigaciones.

O.P.V.S.

1. Que formemos un comité regional (nacional) para tratar de unificar criterios, annual esfuerzos para un fin común.