PN-ABF-403

VIVA EL NIÑO

Report on:

FIRST CENTRAL AMERICAN IMPLEMENTATION WORKSHOP
FOR PVOs WORKING IN CHILD SURVIVAL

Quetzaltenango/Guatemala
August 5-12, 1989

A regional workshop for country national staff of PVOs implementing CS projects supported by The Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation of the Agency for International Development and coordinated by the PVO CS Support Program of the Institute for International Programs (Johns Hopkins University), Project HOPE, Millwood, Virginia, and Project HOPE, Quetzaltenango/Guatemala

Bettina Schwethelm, Ph.D.
Child Survival Coordinator
Project HOPE

with

Lois A. Schaefer, B.S.N., M.P.H.
Conference Facilitator

The Project HOPE
Health Sciences Education Center
Millwood, Virginia 22646
(703) 837-2100

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

ADRA	Adventist Development and Relief Agency
AED	Academy for Educational Development
A.I.D.	Agency for International Development
A.I.D./G	Agency for International Development, Guatemala
A.I.D./W	Agency for International Development/Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance/Office of Private Voluntary Cooperation, Washington, D.C.
AMREF	African Medical And Research Foundation
CS	Child Survival
CHV	Community Health Volunteer
DIP	Detailed Implementation Plan
EPI	Expanded Program on Immunization
FfH	Freedom from Hunger
FRS	Family registration System
INCAP	Institute for Nutrition of Central America and Panama
JHU	Johns Hopkins University
KAP	Knowledge, attitude, practice
MOH	Ministry of Health
ORT	Oral Rehydration Therapy
PCI	Project Concern International
PHC	Primary Health Care
PRITECH	Technologies for Primary Health Care
PVO	Private Voluntary Organization
WVRD	World Vision Relief and Development

TABLE OF CONTENTS

PAGE

I. INTRODUCTION

1. Executive Summary 1

II. DESCRIPTION OF THE WORKSHOP

1. Background 2
2. The Planning Process 3
3. Workshop Objectives 9
4. Workshop Budget 10
5. The Coordinating Team 10
6. Workshop Schedule 11
7. Evaluation 11

III. WORKSHOP CONTENT

1. Introduction, Expectations of the Participants, and Workshop Objectives 17
2. Sustainability 18
3. Information Systems 20
4. A.I.D. Reporting Requirements 21
5. Family Registration System 22
6. Field Supervision 23
7. Curriculum of the Community Volunteers 23
8. First Field Visit 24
9. Utilization of Data for Mid-course Changes . . . 25
10. Feedback to the Community 26
11. Preparation for the Second Field Visit 27
12. Second Field Visit 28
13. Wrap-up of the Second Field Visit 29
14. Round-tables 29
15. Communication in Health 32
16. Networking Luncheon 33
17. Development of Educational Materials. 33
18. 90-Day Action Plan 34
19. Cultural Activities 34
20. Closing Session 35

APPENDICES

A. First Workshop Correspondence

B. Second Correspondence

C. Correspondence of the JHU PVO Support Office

D. Workshop Evaluation

E. Expectations of the Participants

F. 90-Day Action Plan - Summaries

G. Project HOPE Family Registration System

H. Supervision

I. Curriculum of the CHV of Project HOPE

J. Focus Group Methodology

K. Results of the Focus Groups

L. Communication in Health

M. Development of Educational Materials

N. Poem to Project HOPE

O. Presentation of Mr. John McEnaney

P. Activities of the Participating PVOs in ORT and Nutricion

I. INTRODUCTION

1. Executive Summary

The Child Survival (CS) Implementation site of Project HOPE/Guatemala was chosen to host a regional workshop for country national staff of PVOs implementing CS projects supported by The Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation of the Agency for International Development (A.I.D./W). The responsibility for coordinating this First Central American PVO Implementation Workshop was shared by the PVO CS Support Program of the Institute for International Programs (Johns Hopkins University), Project HOPE, Millwood, Virginia, and Project HOPE, Quetzaltenango/Guatemala.

PVOs with CS Projects funded in 1987 (CS-III) or 1988 (CS-IV) from Guatemala, Honduras, and Ecuador were eligible to send two country national staff directly involved in program implementation, including the La Leche League (Guatemala and Honduras), Foster Parent Plan (Guatemala), Save the Children (Honduras), Catholic Relief Services (Ecuador), and Project HOPE (Guatemala and Honduras). In addition, Project Concern International (Guatemala, CS-II), Save the Children (Dominican Republic (funded by the A.I.D. Mission), and Rotary International (Honduras) were invited to send one representative. Two counterparts of Project HOPE/Guatemala from the Ministry of Health (MOH) also attended. International and national technical support to the Workshop was provided by A.I.D./W and A.I.D./G, the PVO CS Support Program of the JHU, PRITECH, Project HOPE, Virginia and Guatemala, the Ministry of Health, Guatemala; the Nutrition Institute of Central America and Panama (INCAP) in Guatemala, and the Academy for Educational Development, Guatemala. The Workshop was opened by the Minister of Health, Dr. Gehlert Mata, and the two Health Chiefs of the Departments of San Marcos and Quetzaltenango were present at the inauguration and/or closing of the Workshop.

The theme of the Workshop was "VIVA EL NIÑO" ("Long Live the Child" or "The Child May Live"). Workshop objectives were developed based on the needs and priorities of the PVO representatives. The format of the Workshop, i.e., large and small group discussions and work assignments, was designed to promote participatory learning, with an emphasis on sharing the experiences of participants and technical support staff and stimulating new ideas, creativity, and initiative.

The sessions covered topics such as A.I.D./W reporting requirements; project sustainability; management information

systems and the use of data for program changes and feedback to the community; training and supervision of staff and volunteers; survey methodology; social marketing and communication; and development of materials. Two field visits to some of the communities covered by Project HOPE's CS program and the development of a 90-Day Action Plan for each project provided participants with the opportunity to critique not only Project HOPE but also their own CS activities, compare limitations and strengths of various approaches, develop new ideas for improvements, and put into action some of the Workshop experiences. Collaboration and sharing expertise and materials among PVOs was encouraged informally and formally through the networking luncheon, round-table discussions, and the resource room.

The field visits and sessions received high ratings by the participants, and the ambitious objectives were, for the most part, reached. Aside from some complaints about logistics (i.e., accommodations and food), the participants agreed that the Workshop had been a worthwhile experience and were eager to participate in similar events in the future.

II. DESCRIPTION OF THE WORKSHOP

1. Background

The promotion of child health has been an important priority of the Agency for International Development (A.I.D.). Since 1985, A.I.D. has allocated more than $600 million for CS programs in more than 60 countries in Africa, Asia, and Latin America. Recognizing the contribution of private voluntary organizations (PVOs) to health activities in the Third World, A.I.D./W issues competitive grants every year for CS projects of 3 to 5 years duration. Through this form of collaboration and the financial contributions of the PVOs, A.I.D. has been able to broaden its activities in CS and provide some of the less accessible and needier areas of the world with preventive health care, particularly in the rural and marginal regions of less-developed countries.

Among A.I.D.'s principal objectives in CS are the continuation of these projects with national resources after the external funds of A.I.D. and the PVOs have ended and the exchange of "lessons-learned" among the national field staff of the different CS projects. To promote these objectives, A.I.D./W has earmarked special funds for regional workshops which offer the opportunity

to share methodologies and learn from each others' experiences. In 1986, A.I.D./W contracted with the Johns Hopkins University to provide technical assistance in CS. The PVO CS Support Office was established under the direction of Doris Storms, Sc.D., M.P.H. This office is mainly involved in the following activities:

- Technical assistance in program implementation;
- Workshops for representatives of PVO Headquarters and field implementation staff;
- Technical assistance to A.I.D./W in the reviewing and evaluation of the documents produced by the CS projects; and
- Assistance in solving special problems in monitoring and evaluation.

In the past, the PVO Support Office has organized several workshops for the representatives of PVO headquarters and four regional workshops in Africa (FfH in Sierra Leone, 1984; WVRD in Zimbabwe, 1987; ADRA in Rwanda, 1987; and AMREF in Kenya, 1988) and a national workshop in Bolivia (1987) for the national implementation staff. In each case, the CS project site of one of the participating PVOs was selected to host the event and to serve as a laboratory to illustrate and apply the lessons of the workshop. The workshops are planned in the socioeconomic environment of the participating countries and are characterized by low costs, simple accommodations, conducive to work, and, above all, by the use of regional resources (i.e., materials and consultants). Because A.I.D./W finances a new group of CS projects every year, and because projects using the same time-frame face similar tasks related to their stage of development, the general policy is to invite participants from projects located in one particular region of the same funding cycle.

The host PVO, its field project, and the PVO Support Office share the responsibility of the technical and logistical coordination of the workshop. They prepare a budget, a work plan, and a final report to A.I.D.. Generally, a representative of A.I.D./W attends the Workshop.

2. The Planning Process

a. Early Planning. In July, 1988, Dr. David E. Edwards from Project HOPE/USA suggested the CS project in Quetzaltenango/

Guatemala as a site for the first PVO Implementation Workshop of CS Projects in Central America to Dr. Dory Storms, PVO Support Office/Johns Hopkins University. In August of the same year, Mr. Martin Garcia-Bunuel (PVO Support Office) went to Guatemala to visit several of the implementation areas of Project HOPE's CS activities and concluded that:

> "HOPE/Guatemala is an excellent project to choose to host the 1989 Central America Region CS Workshop. The project is established and expanding, and HOPE has a strong in-country presence. Project HOPE has developed an open, working relationship with the Guatemalan MOH at both the national and municipal level, and the HOPE staff has an outstanding knowledge of the people, politics and resources of Guatemala."
> (Garcia-Bunuel, Trip Report - HOPE/Guatemala, 1988).

In September, 1988, representatives of Project HOPE/USA (Dr. David Edwards), Project HOPE/Guatemala (Dr. George Flores, Program Director), and the PVO Support Office (Dr. Dory Storms, Martin Garcia-Bunuel, and Cynthia Carter) met to review Workshop objectives and responsibilities.

In February, 1989, new staff members of Project HOPE - Bettina Schwethelm, Ph.D., Coordinator of CS Programs, Project HOPE/USA and Mark Papania, M.D., the new Program Director of Project HOPE in Guatemala - took over the coordination of the Workshop. Dr. Schwethelm met with Dr. Storms, Cynthia Carter Dr. Tambini, and Susan Emerson on March 10 at the JHU to review the specific responsibilities and roles of the members of the coordinating team and Workshop logistics (e.g., date of the Workshop, place, participating PVOs, consultants, etc.).

During her site visit to the CS project in Guatemala at the end of March, 1989, Dr. Schwethelm discussed potential Workshop implementation sites and the responsibilities of the field office with Dr. Papania. During this site visit, Guillermo Nowell, Supervisor of Project HOPE/Guatemala, was selected as the country national host of the Workshop.

The initial invitations to the headquarters of the PVOs were mailed on March 21, 1989. They included registration forms for the participating country nationals of each CS project and a brief "needs assessment" to be completed by both headquarter and field staff (see Appendix A).

At the beginning of May, a facilitator, Lois Schaefer, M.P.H. was hired. She had extensive work experience in Guatemala and is

knowledgeable in maternal and child health issues.

b. Pre-Planning Meeting in the USA. The first formal meeting of the Workshop coordinating team was held at Project HOPE's headquarters in Millwood, Virginia, May 16-18, 1989. The following individuals participated:

Project HOPE/U.S.A.:

Don Weaver, Vice President, International Division
Dr. John Wilhelm, Regional Director, The Americas
Dr. Bettina Schwethelm, Coordinator of CS Programs
Lois Schaefer, Workshop Facilitator

Project HOPE/Guatemala:

Dr. Mark Papania, Program Director
Guillermo Nowell, Field Supervisor

Johns Hopkins University:

Cynthia Carter
Dr. Gina Tambini
Dr. Bruno Lima

PRITECH Consultant:

Dr. Gary Smith

Mr. John McEnaney (Coordinator, CS and Health, A.I.D./FVA/PVC) and Susan Morawetz (Project Officer, A.I.D./FVA/PVC) participated during the last hours of this planning meeting. Lois Schaefer acted as the facilitator.

The main tasks for this first meeting of the coordinating team consisted of:

- A review of the recommendations of previous workshops;
- An evaluation of the needs assessment completed by field implementation staff planning to participate in the Workshop as well as the headquarters staff;
- The development of the objectives and theme for the workshop;
- The drafting of a first plan and schedule of activities; and

- The distribution of the responsibilities for planning specific activities and identification of resources among the members of the coordinating team.

Cynthia Carter reviewed the role of the PVO Support Office. After several years' experience working with CS projects, the PVO Support Offices noted that, even though technical assistance is very important for PVO headquarter CS coordinators, it is even more necessary for field implementation staff. During the early CS projects, consultants were used extensively. With the increase in the total number of CS projects and the similarities in the problems faced in program implementation, the PVO Support Office has developed "Implementation Workshops" to:

- Assure that certain standards in reporting are met;
- Promote networking and collaboration among PVOs;
- Improve the technical knowledge in the field of CS; and
- Provide opportunities to visit the implementation sites of other PVOs.

The major goals for these workshops are to:

- Help projects improve their objectives;
- Provide an opportunity to introduce necessary changes into projects;
- Develop an informal way of evaluating and providing feedback to projects by other PVO representatives; and,
- Formulate a 90-Day Action plan for each project.

The workshops use a participatory and interactive methodology, i.e., 'EIAG', practical Experience (visits to the implementation areas of the host PVO), Identification of project strengths and weaknesses, Analysis of causes and interrelationships, and Generalization of what has been learned.

Dr. Tambini presented the results from the needs assessment returned by program administrators and registered participants of the Workshop (see Appendix A for the format of the questionnaire). The priorities of the six administrators are displayed in Table 1.

Table 1. Needs Assessment of PVO Headquarters

NEED	NUMBER OF ADMINISTRATORS
Training and materials	5
Monitoring and reports	4
Administration and supervision	1
Sustainability	1
Birth spacing education	1
Strategies in education	1
Breastfeeding and nutrition education	1
Other	1

Eleven participants, representing seven PVOs rated the subjects listed in Table 2 by assigning a Value of 1 to the most important topic, and a 10 for the least important one. An 11 was assigned to any topic not selected. Three questionnaires arrived too late to be included in time for the planning meeting. However, as can be seen in Table 2, the ratings did not change significantly by including the additional questionnaires.

Workshop objectives and a time schedule were developed by taking into account the expectations of headquarters and participating field staff. **"VIVA EL NIÑO"** ("Long Live the Child!" or, "The Child May Live") was chosen as the Workshop theme.

Table 2. Needs Assessments of the Field Representatives

TOPIC	NUMBER OF QUESTIONNAIRES 11*	14**
Administration and supervision	3.7	3.2
Training and materials	4.0	4.1
Strategies in education	4.9	5.1
Project evaluation	6.4	6.3
Sustainability	6.7	6.4
Community organization	7.0	6.4

Monitoring and reporting	7.1	6.7
Coordination with the MOH	7.6	7.1
Growth monitoring	8.1	7.4
EPI	8.3	7.9
Survey Methodology	8.4	8.2
Breastfeeding and nutrition	9.2	8.1
Child spacing education	9.5	9.0
ORT	9.9	9.0
Vitamin A	10.7	9.9

* First Analysis ** Second Analysis

In July, 1989, more information was mailed directly to the Workshop participants (see Appendix B), including airline tickets for non-Guatemalans. In addition, the PVO Support Office prepared an information packet for the participants in Spanish, including summaries of the participating PVO projects, diagrams of reporting requirements during a project's lifetime, a table with all CS projects funded by A.I.D./W, a list of Tier II Indicators (see Appendix C), and a report of the lessons-learned from the first CS projects, prepared by Dr. David Pyle (1989). During the last few months before the Workshop, Dr. Tambini and Dr. Schwethelm collected additional materials in Spanish and English for the Workshop participants.

c. Planning in Guatemala. On Monday, July 31, less than one week before the opening of the First Central American PVO Implementation Workshop in CS, "VIVA EL NIÑO" in Quetzaltenango, several members of the coordinating team, Dr. Schwethelm, Dr. Smith (PRITECH Consultant), and Lois Schaefer, Workshop Facilitator, travelled to Guatemala for the final preparations. They met with Guillermo Nowell, Country Host, in Guatemala City.

Unfortunately, the whole team was not able to arrive on the same day. Dr. Tam arrived one day later (he was substituting for Dr. Tambini who, at short notice, was unable to come to the Workshop even though she had been involved in the entire planning process), and Dr. Bruno Lima (JHU) arrived one day after the participants. This complicated the work of those already in-country, not only because of a lack of manpower, but also because Dr. Tam had not participated in the pre-planning meeting in the U.S.

In addition, Dr. Mark Papania became ill during the last weeks before the Workshop. Even though he had completed many of his responsibilities, some of the finer details were, necessarily,

still pending. He also could not participate fully in the Workshop due to his illness.

The team remained in Guatemala City until Wednesday, reviewed the agenda, time-table, and methodology of the individual sessions, as well as the responsibilities of each team member, and made necessary changes to adapt the Workshop to the realities of the country situation. The team met with some of the contributors to the Workshop from AED and INCAP and briefed staff at the A.I.D./G

On Wednesday, the team moved to the conference site, the "Hotel del Campo" in Quetzaltenango. There they met with Dr. Papania and several rural health technicians of Project HOPE, Carlos Leal, Frederico Motta, and José Maria López, who were participating in the preparations for the field visits. The rural health technicians informed the team about the field sites which had been selected and made suggestions on how to facilitate the field experience. They also reported that one of the communities had had recent guerilla activities and recommended that the team develop an alternative plan in case the scheduled visits to this community would have to be cancelled. Fortunately, the situation calmed down, and it was possible to follow the original plan.

With the help of Project HOPE's country staff, the team made the final arrangements, reviewed plans and assigned responsibilities, prepared for sessions, finalized the logistics (transportation, rooms, etc.), arranged the conference room to make it more conducive to a participatory and interactive style of learning, and established and organized a resource room for the use of the participants during the Workshop.

3. Workshop Objectives

The overall goal of the Workshop was to strengthen the programming and management of the CS projects, with the following, more specific, objectives:

- Share CS materials and resources and foster networking among the PVO CS field staff;
- Share PVO experiences and strengthen strategies for training and supervision in CS projects;
- Share PVO experiences and improve strategies to foster sustainability of CS projects, including developing community participation and relationships with the Ministry of Health, other PVO organizations, and other

health and development organizations; income generation activities; and development of sustainability indicators, and

- Strengthen CS project information systems through the selection of appropriate project objectives and corresponding activities, indicators, targets, decision making, and feedback at the community level. Data use for monitoring, evaluation, and reporting will be discussed.

4. Workshop Budget

A budget was developed and submitted to A.I.D./W in February of 1989. A.I.D./W approved a budget of $45,000 and obligated the necessary funds.

5. The Coordinating Team

Dr. Bruno Lima. Dr. Lima was the Representative of the PVO Support Office/JHU. Dr. Lima is a psychiatrist with a Master in Public Health. His specialty is the role of mental health in the system of primary health care.

Guillermo Nowell. Project HOPE/Guatemala, country host of the workshop. Mr. Nowell has worked with Project HOPE for more than 10 years and has specialized in the training of community volunteers and traditional midwives. He presently is a field supervisor for the CS project.

Dr. Mark Papania. Project HOPE's Program Director in Guatemala, Dr. Papania is a physician with a residency in pediatrics and a Master in Public Health.

Lois A. Schaefer. Workshop Facilitator, Project HOPE/USA. Ms. Schaefer is a nurse with a Master in Public Health. She has 10 years of experience working in MCH programs in Latin America, including Guatemala. Her specialty is education and training.

Dr. Bettina Schwethelm. Dr. Schwethelm has a doctorate in psychology and a Master in Public Health, and she represented Project HOPE/USA in her role of Coordinator of CS Programs.

Dr. Gary Smith, PRITECH. Dr. Smith is a pediatrician with a Master in Public Health and ample experience in the development and evaluation of CS projects. He works in a pediatric emergency room and is investigating accident prevention in children.

Dr. Luis Tam. Dr. Tam represented the PVO Support Office/JHU. He is a surgeon and has a Master in Public Health. He has experience in program implementation in CS.

6. Workshop Schedule

All non-Guatemalan participants with the exception of a participant from Ecuador arrived in Guatemala City on August 4 and were welcomed by the country host, Guillermo Nowell and Dr. Bettina Schwethelm. The following day, they met with the Guatemalan PVO representatives and drove to Lake Atitlán where Project HOPE had planned a lunch to welcome the participants, the coordinating team, and John McEnaney from A.I.D./W.

On the evening of August 5, the Workshop was inaugurated. In attendance were Dr. Carlos Gehlert Mata, the Minister of Public Health and Social Assistance, Dr. Alma Zoemia Chew, Head of the Ministry of Health Office in the Department of San Marcos, John McEnaney, A.I.D./W, Dr. John Massey, A.I.D./G, the coordinating team, local consultants, and workshop participants. In his opening speech, Dr. Gehlert Mata discussed the role of CS in Central America and officially welcomed all individuals involved in the Workshop.

At the end of the Workshop on August 12, one of the Project HOPE representatives at the Workshop, Mr. Carlos Leal, accompanied the group of participants to Guatemala City while the coordinating team was involved in wrapping-up the Workshop.

The Workshop schedule is displayed on the following two pages. As in previous workshops, no activities were scheduled after dinner, to give participants time to rest, meet in small groups, review the materials in the Resource Room, or work on their 90-Day Action Plan. A secretary kept the Resource Room open, prepared materials and equipment for the presenters, and made copies of displayed materials for the participants.

A summary of the content of the individual sessions is provided in Section III of this Report.

7. Evaluation

During the last session, an opportunity was provided for an oral and written evaluation of the Workshop. The Workshop team participated only in the oral evaluation and made additional suggestions in this report.

PRIMER TALLER DE TRABAJO CENTROAMERICANO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES "VIVA EL NINO"

A.M.	DIA 1 4/8 VIERNES	DIA 2 5/8 SABADO	DIA 3 6/8 DOMINGO	DIA 4 7/8 LUNES	DIA 5 8/8 MARTES
7:00 8:00		DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
9:00		SALIDA DE GUATEMALA	INTRODUCCION	SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD	VIAJE AL CAMPO
9:30					
10:00			EXPECTATIVAS DE PARTICIPANTES	REQUISITOS DE REPORTES DE AID	SISTEMA DE REGISTRO FAMILIAR
10:30					
11:00			REVISION DE LOS OBJETIVOS	SISTEMA DE REGISTRO FAMILIAR	CURSO DE VOLUNTARIOS EN MUNICIPIOS
11:30			MERCADO DE ARTESANIAS QUETZALTENANGO		
12:00		ALMUERZO BIENVENIDA LAGO ATITLAN		ALMUERZO	ALMUERZO CAMPESTRE
12:30			(ALMUERZO CAMPESTRE)		
14:00 P.M.					
14:30				LA SUPERVISION EN EL CAMPO.	CURSO DE LOS VOLUNTARIOS
15:00					
15:30			SOSTENIMIENTO		
16:00	LLEGADA A GUATEMALA			CURSO DE VOLUNTARIOS	
16:30					
17:00		LLEGADA AL HOTEL DEL CAMPO		PLANES DE ACCION DE 90 DIAS	FINALIZACION DE CURSO DE VOLUNTARIOS
17:30					
18:00		CEREMONIA DE APERTURA Y CENA (MSPyAS)	PLAN DE ACCION DE 90 DIAS		
18:30	CENA		DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO
19:00					
20:00			CENA	CENA	CENA
21:00					

* Desayuno 6:00 a.m. A 7:00 a.m.

PRIMER TALLER DE TRABAJO CENTROAMERICANO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES "VIVA EL NINO"

DIA 6 7/8 MIERCOLES	DIA 7 10/8 JUEVES	DIA 8 11/8 VIERNES	DIA 9 12/9 SABADO	DIA 10 13/8 DOMINGO	A.M.
DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	7:00 8:00
FINALIZAR PROG.PAM.	VIAJE AL CAMPO	MESAS REDONDAS CONCURRENTES II		AEROPUERTO	9:00
RETROALIMENTACION SOBRE LA COMUNIDAD	E N C U E S T A C A P		PRESENTACION DE PLANES DE ACCION DE 90 DIAS		9:30
					10:00
UTILIZACION DE LOS DATOS		DESARROLLO DE MATERIALES EDUCATIVOS	FINALIZACION		10:30
					11:00
	ALMUERZO CAMPESTRE		EVALUACION ESCRITO		11:30
ALMUERZO		ALMUERZO	CLAUSURA		12:00
					12:30
			SALIDA		14:00
PREPARACION CAP		METODOLOGIA DE COMUNICACION EN SALUD	V I A J E A GUATEMALA AEROPUERTO		14:30
	PROCESANDO LAS VISITAS				15:00
	MESAS REDONDAS CONCURRENTES				15:30
					16:00
		PLAN DE ACCION PARA 90 DIAS			16:30
					17:00
					17:30
					18:00
DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO			18:30
					19:00
C E N A	C E N A	CENA NOCHE CULTURAL			20:00
					21:00

a. Oral Evaluation. Each person addressed the following questions: (1) What did you like most about the Workshop? (2) What did you like least about the Workshop? (3) What suggestions do you have to improve the Workshop?

Even though there was a great variety in the answers, the content of the Oral Evaluation was very similar to the written one. Among the strengths of the Workshop, the participants listed the exchange of experiences and strategies among projects and across countries as the most important. The building of networks and means of communications among the PVOs for the future also was mentioned by the majority. Three areas were listed as weaknesses of the Workshop. Most frequent were comments related to Workshop logistics (e.g., the hotel was too isolated, without adequate transport to town, and without a restaurant or public telephone service and laundry in the Annex where Workshop sessions were held). Second, the participants felt that the coordinating team did not integrate itself well enough during the first phase of the Workshop. Third, the Workshop program was too extensive, and this resulted in insufficient flexibility and a lack of free time. However, despite these limitations, the participants agreed that the Workshop addressed the original objectives and was successful.

b. Written Evaluation. The participants completed a formal questionnaire indicating their level of satisfaction with the content and logistics of the Workshop on a scale from 1 to 5, with a 1 as the lowest and a 5 as the highest rating. The mean ratings of the quantitative answers of the 19 participants are displayed in Appendix D.

The teaching methodology and achievement of objectives received high ratings. As in all previous workshops, the participants considered the field trips the most valuable experience of the Workshop. It is possible that these kinds of visits help the participants to see their own experiences in a different light, and that they stimulated a subsequent exchange of ideas. The participatory and interactive methodology was also successful.

In the open-ended questions (see Appendix D for a listing of all answers), 7 participants mentioned the field visits and 5 the session on communication and social marketing as the most useful experience of the Workshop. There was no agreement on what was considered least useful; on the contrary, 5 participants felt that the whole Workshop content was useful to them. Only 4 participants mentioned "least useful" aspects at all. It was suggested that a more thorough discussion of topics, better logistics, and more time to share experiences among the various

PVOs would improve the Workshop. Appendix D also contains suggestions for similar Workshops in the future and other relevant comments.

c. Recommendations of the Coordinating Team. (1) The nomination of a country host was considered very important for the planning and implementation of such workshops, because this individual contributes both knowledge of the project and the cultural setting. He/she serves as the liaison between the coordinating committee and the country national staff which is preparing the CS project for outside visitors. At the same time, the country host gains experiences and assumes new responsibilities which further his/her professional formation in accordance with the A.I.D. objective to train country nationals to promote the sustainability of CS programs.

Mr. Nowell was actively involved, almost from the very beginning of the planning process. His contribution became even more important during Dr. Papania's illness and because of the reduced number of the coordinating team during the final pre-workshop planning in-country.

(2) It is essential that the complete coordinating team arrive together before the Workshop to finalize all arrangements. Substitution of team members without sufficient lead-time makes it difficult to provide an in-depth orientation. It is easier to lose a team member than to orient and involve a new person at the last moment and address ideas which may have already been discussed.

(3) The coordinating team should meet daily to evaluate activities and review and modify those planned for the following day. Unfortunately, this was not always achieved due to the fact that sessions ended late, team members needed time for preparing individual sessions, and urgent and unforeseen logistical problems had to be resolved. Even though it did not seem possible to meet, in retrospect it is clear that without these meetings some details were lost.

(4) Each day, an opportunity should be provided for verbal evaluation. Even though this was planned, it was not done regularly. As a result, preoccupations of participants were not addressed immediately.

(5) Integration of participants among themselves and with the coordinating team was not achieved during the first phase of the Workshop, mainly because of logistics which had to be taken care

of. However, with the planning of more social activities and a more conscious effort on the part of the coordinating team this situation improved.

(6) A more in-depth coverage of a limited number of topics in similar or subsequent workshops for the same group of participants is considered preferable. Almost all participants felt that the time was too limited to discuss issues at greater depth and to exchange ideas and experiences more freely.

(7) The two field visits were considered to be the most important events of the Workshop. They provided the opportunity to put newly learned information into practice and to find out more about the methodology of the host PVO. Because ample time is needed for the preparation of the field visits and the visits themselves, more than two field visits are not feasible for a one-week workshop.

(8) Even though the participants received summaries of all projects before the Workshop and each PVO had the opportunity to display their materials in the Resource Room, participants felt the need for more formal presentations of each others' projects.

(9) The lodging and food for this Workshop were a source of tension. It is possible that in Latin America a more centrally located conference site with all available services would be received more positively. In addition, a separate area for socializing and for planned social activities after dinner might be helpful. However, one must consider that higher cost workshops would result in fewer workshop opportunities for CS field staff due to A.I.D.'s limited budget.

(10) Participants would like to receive more extensive information before the Workshop, especially an agenda. Even though this might be difficult because of last-minute adjustments, it is important to send a draft of the agenda.

(11) Participants arriving with children without prior notification the coordinating team in advance created unforeseen logistical problems. In addition, some participants complained about the interruptions and noise created by the young children during the sessions. In future workshops, this issue should be addressed in advance with potential participants.

III. WORKSHOP CONTENT

1. Introduction, Expectations of the Participants, and Workshop Objectives

As an initial "ice-breaker", participants, team members, and observers interviewed each other in pairs to get to know one another better and become more comfortable as a group. Each person had to seek information about their partners country and project, scope of work, some personal data, favorite foods, and expectations from the workshop. Participant expectations are listed in Appendix E.

Then needs-assessments results completed by PVO Headquarters and participating field staffs were presented, together with the derived objectives. (See Tables 1 and 2 in Section II.4.)

2. Sustainability (Dr. Gary Smith/PRITECH)

The participants provided a large number of definitions for sustainability:

- A process by which the future continuity of the process is assured;

- To try and maintain funds to assure the continuity of a defined program;

- The degree to which a program can be absorbed by the community and continues to demonstrate the behaviors that were taught;

- Assure the continuity and growth of a project by searching for and selecting strategies;

- The continuity of a project is necessary in order not to lose what has been achieved during the project time; I think we have to continue to monitor using resources of the community; an auto-evaluation in which trained people train others;

- Continuity and progress in effective interventions with internal resources and efforts when external resources have ended;

- Continuity; a mechanism used (e.g., community participation, fee-for-service) to assure that the implemented activities continue when the grant funds have run out;

- It is a continuing process of technical and financial assistance to assure the existence and success of a program;

- It is the continuation of the development of activities of a project after the financial and administrative contribution of a PVO has terminated;

Functional Definition of Sustainability: A continuation of the benefits which promote the health of the target population.

Three Reasons for Failure to Achieve Sustainability:

- o A lack of attention given to the process during the planning stages of the project.

- o The lack of adequate plans to mobilize necessary resources.

- o The lack of resources for key activities after the end of the initial financing of the project.

The participants suggested the following strategies to promote sustainability:

Collaboration with the MOH and other Agencies:
- coordination among national, international, and local agencies;
- strengthening the staff of the MOH;
- continuation of political support;
- promotion of legal indicators;
- absorption by the MOH;
- development of a good collaborative relationship with the counterparts of the projects and the public sector;
- implementation of activities using the technical norms of the MOH;
- integration of the CS project with other sectors.

Financing:
- Identification of other funding sources;
- Progressive independence from external financing;
- Design of projects or strategies which have a minimum of recurrent costs;
- Minimal fees for services;
- Creation of a system for administering resources;

Other:
- Transference of appropriate technology;
- multiplier effect;
- project extensions;

- decentralization of decision-making and resource allocation;
- promotion of traditional medicine;
- promotion of a redistribution of resources favoring primary health care;
- education of the public opinion;
- development of models or modules;
- promotion of work in cooperatives;
- involvement of the project in the sector of formal education;
- actualization of scientific and technical knowledge.

The participants discussed one of the following four topics in small groups: (1) community participation, (2) collaboration with the MOH, (3) income generation and cost recovery, and (4) collaboration with other PVOs.

Each group discussed what their project is doing (or could do) to promote sustainability in relation to one of the above topics. The first group emphasized that the community might have important ideas and reasons, and that the implementing staff needs humility and flexibility. Strategies to improve community participation included:

- selection of volunteers from the community they will serve;
- education of the community by the volunteers;
- involvement of the volunteers with the MOH;
- development of a work plan in line with community objectives;
- community independence;
- community participation in project monitoring and evaluation;
- continuous feedback of information to volunteers and community to update their knowledge;
- the need of the project staff to put themselves into the shoes of the community.

The group covering the second topic mentioned the importance of considering the role of the project within the country rather than only trying to achieve internally developed project objectives. Ideas for income generation included seed production, a community, family and demonstration garden, raising of small animals, and micro-industries. One problem associated with income generation mentioned is the expense women incur for child-care compared to the income generated.

Sustainability Indicators. After deciding what should be sustainable, it is important to establish sustainability indicators and plan the necessary activities to achieve the benchmarks. Activities are not the same as benefits, but activities are necessary to maintain benefits. The sustainability indicators provide data with which one can monitor the progress of the activities towards achieving sustainability. The objectives, activities, and sustainability indicators have to be a part of the information system of the CS projects.

2. Information Systems (Dr. Gary Smith/PRITECH)

Definition. It is a system to collect, compile, and analyze data and prepare reports. The information system is used to monitor progress, direct actions, and provide feedback to the project.

The information collected for a health information system serves to monitor, evaluate, and prepare reports. The MIS should provide timely information about the status of the project to guide the decision-making process and choice of appropriate actions, thus facilitating project evaluation.

There are three main differences between systems developed for monitoring and project evaluation: (1) the frequency with which data are being collected; (2) the amount of detail (the extent to which data are aggregated); and (3) the use of the data. Data collection for the purpose of evaluation is done less frequently than for monitoring; data are aggregated to a much higher level, and the information obtained is used to assess project impact and achievements.

The health information system serves purposes other than fulfilling A.I.D./W or headquarters reporting requirements; it is also an instrument for improving project management in the field. The information system serves us, not the opposite! It is not rigid, but flexible, and needs to be revised periodically, as needed by the project.

In small groups, the participants discussed concrete actions needed to coordinate the information systems with the MOH. Later, key definitions and a scheme for establishing an information
system were provided, using ORT as an example. This system developed by PRITECH is logical, useful, and clearly illustrates the major ideas and components underlying an information system.

Health Information System

Establish objectives
↓
Make a list of activities
↓
Select indicators
↓
Set up benchmarks
↓
Collect data
↓
Analyze data
↓
Produce report
↓
Make decisions, start activities
↓
Provide feedback to the system

Definitions

GOAL: A general statement of proposed project results. It is a way of stating what the project wants to achieve; normally they are not expressed quantitatively.

OBJECTIVE: A quantitative and time-limited statement of what the project wants to achieve. It should be realistic.

ACTIVITIES: The work that will be undertaken to achieve the objectives.

OUTPUTS: What has to be finished to complete an activity.

INDICATOR: A type of datum which is used to measure an objective, activity, or output.

BENCHMARK: The desired level of achievement.

An outline for the 90-Day Action Plan, using the above format was then provided (see Appendix F for individual PVO plans).

4. A.I.D./W Reporting Requirements (Mr. John McEnaney, A.I.D./W and Dr. Bruno Lima/JHU)

Each year, A.I.D. submits an Annual Report to Congress about its

activities in CS. This report is based, in part, on the data collected by the field offices of the PVOs and influences the allocation of funds for CS.

The reporting requirements for CS projects during their lifetime consist of a Detailed Implementation Plan (DIP), annual reports, a midterm and a final evaluation, and yearly completion of the Health Information System Questionnaire.

The guidelines for midterm and final evaluations from the previous year were discussed and the following main points emphasized: (1) Sometimes the reporting guidelines are presented as rigid outlines for the report. However, the field offices should adjust them to the reality of the situation of the project; (2) The importance of the Midterm Evaluation (originally translated in the A.I.D./W documents as a "partial" evaluation; however, the participants suggested that the name should be changed to "intermediate" evaluation in Spanish because the projects are conducting a complete, not a partial evaluation.) was discussed and clarifications provided; (3) The timeline for report to A.I.D./W was explained.

Because not all participants had reviewed the reporting guidelines, it was decided that they should read them during the course of the Workshop and ask consultants questions individually.

5. Family Registration System (Carlos Leal/Project HOPE/ Guatemala).

The Family Registration System (FRS) of Project HOPE/Guatemala was discussed (see Appendix G) in preparation for the field visit to Comitancillo, Department of San Marcos, the next day to observe how Community Health Volunteers (CHV) were completing these forms. Each CHV has a caseload of 20 households, which he/she visits monthly. The FRS is the basis of the information system and is completed only on the first visit. The CHV has other monthly forms which he/she returns to Project HOPE with updated information on the health status of his/her community.

The participants mentioned some potential problems of the FRS form. For example:

- difficulties with the section on immunization because of the complexity of the topic and the inability of families to provide exact information;

- the amount of information the CHV needs to obtain;
- definitions of certain terms used on the FRS ("diarrhea", "respiratory infections", "family", "what did he/she die of,");
- difficulties with determining the exact age of the family members;
- the fear some people have in providing personal information, taking into account the political past of that region of the country; and
- the question of who would be the appropriate person to provide information about the family.

6. Field Supervision (Dr. Edgar Hidalgo/INCAP)

Supervision is one of the most important elements in project administration because the success or failure of a project is related to the way staff is supervised. Supervision is not only beneficial for the project, but is important for those being supervised and the community. Only if supervision motivates the staff and this results in a dynamic process of teaching and learning can it induce changes and achieve the work required to make a project successful. Dr. Hidalgo developed the characteristics of the supervision process and the good supervisor, discussed the "seven capital sins" of supervisors, and compared good and bad supervisors (see Appendix H).

7. Curriculum of the Community Health Volunteers (Frederico Motta/Project HOPE, Guatemala)

In preparation for the field visit, the participants reviewed and discussed the didactic materials used during the first training module of the CHV. The content is adapted to a barely literate population (see Appendix I). The course duration is five days and consists of the following components: ORT, EPI, FRS, and community mapping. Before each individual unit, the CHV takes a pre-test with drawings and a minimum of words to evaluate their level of knowledge. This test is repeated after each component to measure what was learned. The methodology of the course is interactive and participatory and uses group discussions, whole group sessions, and group dynamics.

8. First Field Visit

The participants visited eight rural communities in the area of Comitancillo (Chixal, Molina Vielo, Tuichilupe, Piedra de Fuego, Las Cruces, Tatltimiche, y Agua Tibia) in small groups to observe how recently trained volunteers were completing the FRS. They also had an opportunity to observe a training course for volunteers in Comitancillo.

Only five of the communities are accessible by car. To get to the other three communities, the participants had to hike more than two hours each way.

After the field visit, the group discussed the use of the FRS from the point of view of the CHV and the person being interviewed. Several CHVs (who had returned with the group to Quetzaltenango to participate in a session on community feedback) participated in the wrap-up.

Everyone agreed that the opportunity to observe CHVs in their work had been very interesting. It was noted that the CHV identified strongly with their communities and completed the FRS with little difficulty. The fact that the CHVs spoke Mam like the rest of the community greatly facilitated their ability to obtain the needed information. The participants congratulated the CHVs for being so dedicated and wished them the best for their work.

With respect to the FRS form, many comments which had been made the previous day were voiced again. The section of the FRS covering immunizations was indeed the most difficult. Many families did not have the immunization passes of the MOH to confirm that their children already had been immunized. In addition, the CHV has some difficulty in interpreting the MOH immunization passes. It was suggested that Project HOPE provide more training in the use of the FRS and in the interpretation of the immunization pass. The CHV agreed with this.

Reliability of age determination was also discussed. Because the question of age could be answered in several ways, it was suggested that the CHV should always ask for the date of birth, especially for children under 5, and calculate the exact age. A calendar made up of important community events might be necessary to achieve the most accurate information.

To obtain more reliable and detailed information, the group agreed that the woman of the house should be interviewed because she cares for the children and is aware of what is going on. The CHVs said that they interview other household members only when

the mother is not available, or together with the mother. In the other cases, it was suggested that the CHVs should note on the FRS who was interviewed and verify this information with the mother on a subsequent visit.

The last recommendation was that Project HOPE should continue to train both women and men as CHVs, and that women and men should work together to increase the confidence mothers have in the CHV and to improve quality of the obtained information.

Not all participants had sufficient time to observe the training course of the CHVs, so the training was not discussed in much detail. Those who had an opportunity to observe the course were impressed with the dynamic teaching techniques used, the amount of independent learning, and the enthusiasms of instructors and students.

9. Utilization of Data for Mid-course Changes (Dr. Bruno Lima)

Three points of the Mid-Term Evaluation Guidelines were discussed. The evaluation should: (1) provide an opportunity to monitor the progress of each project and assess the possibility of achieving the established objectives; (2) involve outside individuals; and (3) be the basis for the Annual Report of the second year and include and address the following: (a) the impact of the project; (b) the infra-structure which supports the key CS activities; (c) technical assistance; (d) the information system; (e) modifications in the proposed work plan and budget; (f) sustainability issues; (g) recurrent costs and ways to recover them; and (h) recommendations how to achieve the objectives within the established time-frame.

Course corrections after the Mid-Term Evaluation using lessons-learned and data collected were discussed in small groups. Mid-term evaluations provide an excellent opportunity to consider project implementation, and the participation of an external consultants provides the benefit of more objectivity and promotes self-criticism of the evaluation team. It is important to not only focus on the successes of the project but also consider ways to overcome obstacles and difficulties and adjust the DIP to the reality of the situation. The participants were reminded that at the point of the midterm evaluation, availability of A.I.D./W funds was not affected by the difficulties reported.

It is important to evaluate the situation as soon as possible and/or request a special technical consultant if important problems emerge which would require significant changes in the DIP.

10. Feedback to the Community (Dr. Bettina Schwethelm)

The participants were given the opportunity to exchange ideas with some community leaders and volunteers of Project HOPE about the importance of providing feedback to the community. The following questions were addressed in small group discussions: (1) What is the role of community leaders in health? (2) Aside from providing information to Project HOPE, what are some other reasons for collecting data? (3) Project HOPE gives periodic updates to the volunteers. What information do community leaders need to improve the health status of their communities? How are they going to share this information with their communities?

(4) What do the volunteers need to better carry out their work?

(5) How does the community feedback system work in some of the other CS projects?

The community leaders in health of Project HOPE perceive their role as follows:

- work in community health;
- make home visits;
- promote EPI and ORT;
- educate the community in health issues; e.g., give talks;
- coordinate activities with other persons;
- serve as a model in the community;
- coordinate activities with the health post/clinic;
- serve as the liaison between the community and Project HOPE;
- organize groups to improve the community;
- determine specific community needs.

It was felt that the responses to questions 2 and 3 were not well defined by the community leaders. They stated that they need feedback to better identify the needs of their communities, to understand the level of mortality, and to be able to share the information with other volunteers in their area.

The CHVs also stressed that their opinions had to be taken into account during project planning. The participants had well-defined ideas about what would help them to better carry out their objectives: more extensive training in community work; more ORS packets, immunizations, and training. They also expressed the need for more ancillary activities to the program, e.g., home gardens to improve nutritional status, latrines, and drinking water. There was not sufficient time to address the last question.

During the same session, data entry from the FRS into the computer was demonstrated. The program allows entering the data into files, editing or erasing them, and displaying the data in graphs. To improve the reliability of the data, the program can detect errors which are then reviewed with the CHVs during supervision.

11. Preparation for the Second Field Visit (Elena Hurtado, INCAP)

In this session, the advantages and limitations of formal interviews and ethnographic interviews were discussed to help the participants in their choice of a methodology for a KAP survey (knowledge, attitude, and practice) and to prepare for the following day's interview of trained CHVs in the community of Sibilia.

	Formal Interview	Anthropological Interview
Advantage	quantitative, acceptable as a proof	depth, type of information
	specific information	flexibility
	many variables	economical
	relatively fast (many per day)	slow (2 per day)
Limitations	lack of depth and follow-up questions	not quantitative
	requires extensive resources	potential for bias in selection of participants and bias of the investigator
	effect of the formal interview	

The focus group methodology combines speed, low cost, and more active interviewee participation. To stimulate an in-depth discussion, it was recommended that the moderator use techniques such as being silent, rephrasing statements of the participants in the form of a question, requesting clarification, and using neutral statements.

A focus group consists of:

(1) An explanation of the purpose of the meeting:
- introduction;
- review of the purpose;
- explanation of the procedure;
- introduction of the participants;

(2) Discussion:
- the various topics;
- sub-topics;
- specific questions;

(3) Conclusion:
- summary of the new information obtained;
- thank you to the participants.

The circumstances where focus groups are most appropriate were discussed and the responsibilities of the transcriber and the moderator reviewed (see Appendix J).

Each group selected a methodology for the KAP study and developed an instrument. All groups selected the focus group approach and one group, in addition, chose to make observations about the personal hygiene of the CHV.

12. Second Field Visit

The participants, coordinating team, and Elena Hurtado and Sonia Massey (INCAP) visited the town of Sibilia, a Ladino community, to conduct the KAP surveys designed on the previous day. The surveys centered over the content of the training course of the CHV to assess the knowledge they had acquired and obtain information about their actual practices. A total of 79 CHVs from the following communities participated:

1. Chuikabal	7. Las Brisas	13. El Progreso
2. La Selva	8. El Barrial	14. El Rincón
3. Nuevo Belén	9. Monte Bello	15. Piedra Grande
4. Rachimaché	10. La Laguna	16. Los Pocitos
5. San Luis	11. El Cerro	17. El Paraíso
6. La Union	12. La Libertad	18. Los Angeles

The CHVs prepared a celebration for the foreign visitors, starting with speeches of welcome by community representatives, traditional dances, and marimba music in the town hall.

The focus groups took place close to the town hall with 8-10 CHV per group of participants. After the interviews, the CHVs

invited the Workshop participants to a typical lunch with marimba music. The visit of the participants acted as an incentive to the CHVs, and the interchange of ideas among "brothers and sisters" from different countries was a special experience for all involved.

13. Wrap-up of the Second Field Visit

Each group presented their objectives, methodology, instrument used, summary of the results, and self-critique (see Appendix K).

The participants noted that the focus group methodology requires special conditions and skills to obtain optimal results. The groups had to meet on benches and inclines, outside, with noise and other distractions making the situation less than ideal. It also was not always easy to manage heterogeneous groups because of several more domineering individuals. However, all participants enjoyed the field visit and were eager to use focus groups for obtaining qualitative information to improve their programs.

14. Round-Tables

Four round-tables, two led by participants and two by members of the coordinating team were organized:

a. Breast-feeding (Irma Chavarría de Maza, La Leche League/Guatemala);

b. Educational Materials for Illiterate People (Dr. Maria Angélica Bixcul Cortez, Project Concern International/ Guatemala);

c. The Role of Mental Health in Primary Health Care (Dr.Bruno Lima); and

d. The Use of Computers for Management Information Systems (Dr. Mark Papania, Project HOPE/Guatemala).

a. Breastfeeding. The goals and objectives of the La Leche League and its emphasis on the promotion of exclusive breast-feeding was discussed. The major activity of the League is the creation of support groups for mothers in some of the marginal urban areas of Guatemala City who would like to breastfeed. Other activities include the provision of breastfeeding inform-

ation, training, mother-to-mother support groups, promotion of legislation favorable to lactating mothers, and monitoring of the market for commercial infant formulas and of hospital practices. The profile of the project promoters was described (their characteristics, functions, training, supervision, etc.), their difficulties of working in marginal areas, and the process of creating support groups. Finally, educational materials which the La Leche League has developed for its projects were distributed.

b. Educational materials for illiterate people. Dr. M. Angelica Bixcul described the experiences of Project Concern International (PCI) of developing materials for their illiterate volunteers in Santiago Atitlán, Guatemala.
The process began with focus groups which determined the level of knowledge, attitudes, and practices of mothers in the target population regarding the treatment of diarrheal episodes of their children. Then a series of drawings depicting the main messages obtained through the focus groups was developed. The drawings focused on the necessary attitudes, knowledge, and practices which the population had not yet acquired and on strengthening the existing beneficial ones. Then the drawings were validated with groups of women, and six radio spots (each corresponding to a series of drawings), were developed. Dr. Bixcul also showed the materials used for the health information system which use the same types of drawings as the educational materials. PCI received technical assistance from INCAP in the development of these materials.

Stimulated by this round-table, the 90-Day Action Plan of the La Leche League, Guatemala includes the creation of an information system using materials with drawings for illiterate volunteers.

c. Mental health in Primary Health Care. WHO is promoting PHC as the strategy to achieve "Health for All in the Year 2000" in its member nations. In qualitative and quantitative terms, mental health is playing an important role in health.

Quantitatively, in developing and developed countries, 20-30% of children and adults who visit a health center or health post have emotional difficulties which could result in a psychological diagnosis. Because manpower in mental health is scarce, there is a large discrepancy between availability and actual need of the population.

From a qualitative point of view, mental health gives purpose and meaning to human life and is, therefore, of vital importance to

health overall. Because of their bio-psycho-social complexity, human beings need an integrated approach to health which manages the physiological, psychological, and social aspects of illness. PHC workers are in the best situation to identify and manage this traditional health problem. They provide integrated, accessible, individualized, participatory, and continuing health care to their community.

As was shown in Brazil, Colombia, India, and other countries, the PHC worker is capable of handling simple mental health activities in the areas of promotion, disease prevention, detection and management of symptoms, including treatment, rehabilitation, and referral to a higher level of care. For example, in the area of health promotion, the PHC worker could ask mothers some basic questions about the psychomotor development of the child and teach them simple techniques of early childhood stimulation. In the area of preventing mental illness, especially in urban areas, he/she could, for example, share with the parents the dangers of lead paint, which, when ingested by a young child, seriously affects the central nervous system. In terms of detection, simple questions could be asked about the alcohol consumption of the spouse or partner. A discussion of emotional problems (e.g., anxiety or depression) or the initiation of self-help groups could help in the management of mental health problems. To promote rehabilitation, the PHC worker can work with the community to facilitate the acceptance of individuals with psychosis, mental retardation, or seizure disorders to reduce naturally existing prejudices and to achieve the integration of the patient in the social and work setting. In the area of referral, the PHC worker should be able to judge the relative severity of cases (e.g., risk of suicide in a depressed person) and know how to effectively refer patients to a higher level of care in the health system.

To achieve this, it is necessary that the mental health sector adjust itself to a new model of assistance. To provide help to patients, the mental health specialist has to be a facilitator and multiplier of mental health activities, and for that, he/she has to be specially trained. Consultation, training, and supervision for PHC workers need to be developed, and patients referred to a higher level of care have to receive treatment. In this model, mental health specialists primarily provide assistance to the PHC sector which differs significantly from their traditional role.

Successful CS programs can, as a side effect, produce an "excess" of children entering adolescence and the educational system and labor market. Children surviving with mental/emotional problems

(e.g., minimal brain dysfunction) contribute to the excessive number of cases with neuropsychiatric disorders. At any rate, the inclusion of mental health activities into CS programs is fundamental to assure child health today and adult health in the future. The full development of a child can only be assured with an integrated approach to health.

d. Computer use in health information systems. The components of the health information system of Project HOPE, with its different types of files and the ability to relate files to each other, was discussed in this round-table. The participants learned how to create a small file to enter some of the data they had collected in the KAP survey, using dBase IV, and to display it on the screen for data entry and codification.

The participants then were actively involved in doing a simple frequency analysis. Some participants had never worked on a computer, and all felt that the session provided an interesting and useful exercise.

15. Communication in Health (Dr. José Romero, Mercedes de Castillo, and Eugenia de Pratdesaba/AED and MOH)

After presenting information about traditional approaches to communication, the presenters discussed a new "evaluation-based" strategy which is sensitive to evaluation input. First, the knowledge of the target audience is assessed to determine what is known, which mass media are available to the community, and other characteristics of the audience. The more is known about the target audience, the better the obtained results. In this process, the objectives of the communication and basic concepts or ideas become defined. Before developing the final message, a social marketing analysis has to be conducted to assure a successful outcome of the communication activities and to determine the most appropriate channels for effectively transmitting the message to the target audience. In this manner, a creative strategy can be developed and messages are validated prior to their release. The validation of messages is one of the most important and most often forgotten steps in the process. The next step focuses on the development of plans for an effective use of modern and traditional mass media to transmit the message to the target audience. In addition, a plan for monitoring and supervision of the health promotion efforts to feed into the evaluation process has to be designed. The activities in health promotion have to be evaluated by assessing both the increase in knowledge and the motivation to engage in new practices (see Appendix L).

The team showed the group examples of health promotion materials to clarify and emphasize what they had discussed and finished the session with a number of TV commercials, asking the participants to identify the intended target audience, the message, and other characteristics.

16. Networking Luncheon

The participants divided into groups by country (Honduras, Guatemala; Ecuador and the Dominican Republic together) to develop strategies for maintaining and promoting national collaboration. The following topics were discussed:

- Information exchange;
- Exchange of educational materials;
- Communication by phone or in person, whenever possible;
- Mutual support;
- Compliance with the local integrated health system;
- Organization of national workshops to discuss technical issues; and
- Development of a national directory of PVOs to be up-dated periodically, including key staff, a brief program description, and target areas.

In addition to these strategies at the national level, the three groups considered it necessary to establish an international forum for exchange and suggested:

- An exchange of listings of national workshops and workshops in neighboring countries and
- A bi-annual information bulletin produced by A.I.D. to provide relevant information to PVOs.

17. Development of Educational Materials (Maria Elena Claros Calderón/INCAP)

This session followed the session on communication, providing practical experience in the development of educational materials to communicate health messages. Before dividing the participants into groups to work on small assignments, Ms. Claros explained

the steps for material development: investigation of the target population for whom the materials are intended, development and preparation of the materials, validation of the materials, with the target population, and modification of the materials taking into account the results of the validation process. She also provided handouts with information about different types of educational materials and criteria for their development, testing, modification, and utilization (see Appendix M).

The groups worked on one of the following: a poster board, pamphlet, illustrations to stimulate thought, and a cassette recording. These were presented to the whole group with a discussion of what the participants had learned in the process of producing them. A key point mentioned was that each person can develop educational materials without special abilities and one should not be fearful to try this.

18. 90-Day Action Plan

The main objective was to identify a problem within the scope of work of the participants and develop an action plan to address the problem within the next 90 days. The plan had to include the following: details of the problem, goals, key activities, person in charge, outputs and benchmarks, and the necessary resources.

The representatives of each PVO prepared such a plan during the week of the Workshop, using a guideline provided in the session on information systems. The plans were presented on the morning of the last day, and are enclosed in Appendix M.

19. Cultural Activities

On Sunday, August 6, the first cultural activity took place, a visit to the Handicraft Market in the Central Park of Quetzaltenago. The group then had a picnic lunch in the Baúl Park before continuing with the formal sessions of the Workshop in the Hotel del Campo. On the night of August 9, an internationally known Guatemalan poet recited his own poems and some of other Latin authors.

The cultural evening for the participants, coordinating team, and special invited guests took place on Friday, August 11, at the end of the Workshop. Dr. Alma Zoemia Chew de Carcamo, Dr. Raúl Chinchilla (Health Chiefs of the Departments of San Marcos and Quetzaltenango), consultants or staff of A.I.D./G (Ms. Lynn Gorton and Susan Hewes de Calderón), AED, and the MOH were among the invited guests. Dr. Papania began the evening with a toast, followed by a brief speech by Dr. Chinchilla. In the name of all

participants, Irma Chavarría de Maza thanked for the opportunity to attend the Workshop, and Elías Ignacio Fuentes Monzón presented Dr. Schwethelm with a poem he had written about Project HOPE (see Appendix N). The evening ended with a typical Guatemalan dish and Marimba music. Even though it was sad to see that the end of the Workshop had arrived, and with it the hour of saying good bye to new friends, all enjoyed this final opportunity to learn about the culture of Guatemala.

20. Closing Session

The Workshop ended by presenting the participants, members of the coordinating team, observers, and consultants with their certificates. Guillermo Nowell, the country host, presented the first certificate to a participant who then presented the next one to the following participant, until all had received their certificates and a copy of the group photo.

Mr. McEnaney provided words of encouragement to the participants to continue on with their work, applying what they have learned in the Workshop and offered the support of his office (see Appendix O). He also presented a plaque of recognition to Mr. Nowell for his tireless effort on behalf of the implementation of the Workshop.

Central America
Regional PVO
Child Survival Implementation Workshop

PARTICIPANTS

HONDURAS

Save the Children de Honduras

Elena Ritha Chimilio
Apartado Postal 333 3-09-58 y 32-58-69

Ernesto Godoy Romero
Colonia Alameda
Avenida Julio Lozano Diaz
Apartado Postal 333
Tegucigalpa, D.C.
Honduras, Centro America

La Liga de la Leche

Ada Josefina Rivera de Romero

Daisy de Handal 533737
c/o La Leche League de San Pedro Sula
Apartado Postal #512
San Pedro Sula, Honduras

Project HOPE

Carol Elwin
Marlen Espinal
Project HOPE
P.O. Box 3505
Tegucigalpa, Honduras

Rotary International

Marcio Rene Sanchez Chirinos
No. 2102, Calle Venecia, S.E.
Colonia "Ruben Dario" 32-75-68

DOMINICAN REPUBLIC

Save the Children Federation
Dr. Monica Ortega
Save the Children Federation

54 Wilton Road (203) 226-7272
Westport, CT 06880

Oficina: Calle Santiago #352 2o. piso
Gazcue, Santo Domingo
Republica Dominicana
(809) 687-6321

ECUADOR

Catholic Relief Services
Licda. Rosa Moran 566-054 y 500-808
Licda. Gloria Guevara
Av. America #1866 y La Gasca
Quito, Ecuador Casilla 226-A

La Liga de la Leche Materna

Irma Chavarria de Maza 26916
Maria de Lourdes Coronado Villatoro de Ruano

La Liga de la Leche 8a Calle 33-08,
Zona 7, Tikal II
0 16 Calle 14-39, Zona 10 681440
Ciudad de Guatemala

Project Concern International

Maria Angelica Bixcul Cortez
Santiago Atitlan
Solola, Guatemala

Foster Parents Plan International

Gustavo Tapia
OFICINA:
11 Calle 1-34, Zona 9, Guatemala 31-72-89
CASA:
25 Calle 10-50, Zona 11 76-48-16
Guatemala, Ciudad

Alba Valdez de Carrillo
OFICINA:
11 Calle 1-23, Zona 9, Guatemala
CASA:
8a. Calle y 8 Avenida Casa No. 4
Colonia La Felicidad 0310341
Vallanueva, Guatemala

Project HOPE

Carlos Guillermo Leal Fernandez
Federico Guillermo Motta de Paz
Project HOPE
Apartado Postal 128 061-4559
Quetzaltenango, Guatemala

Federico Motta (Casa)
21 Ave. 1-72 zona 1.
Quetzaltenango, Guatemala

Guillermo Alejandro Nowel
Programa HOPE
Apartado Postal 128
Quetzaltenango

Mark Papania, M.D., M.P.H.
Apartado Postal 128
Zona 1
Quetzaltenango, Guatemala

JEFATURA AREA SALUD DE QUETZALTENANGO

Licda. Nora Judith de Morales
Trabajadora Social
Quetzaltenango, Guatemala

JEFATURA AREA DE SALUD SAN MARCOS

TSR. Elias Ignacio Fuentes Monzon
Tecnico en Salud Rural de Area
Direc. Particular: 5a. Calle 2-80
Zona 4 San Pedro Sac. San Marcos

CONSULTANTS:

U.S.A.:

Bruno Lima, M.D.

188 Meyer Bldg.
Johns Hopkins Hospital
600 N. Wolfe Street
Baltimore, MD 21205 (301) 955-2238

Bettina Schwethelm, Ph.D., M.P.H.
Project HOPE
Health Sciences Education Center
Millwood, VA 22646 (703) 837-2100

Lois A. Schaefer, B.S.N., M.P.H.
10225 Shiloh Street
Fairfax, VA 22030 (703) 591-3188

Luis Tam, M.D.
1350 W. Bethune #310
Detroit, MI 48202

Gary A. Smith, M.D., Ph.D.
5844 Fontana Drive
Fairway, KS 66205 (913) 831-3655

John McEnaney
A.I.D./W
FUA/PVC Room 320 SA-8
Dept. of State
Washington, DC 20523

GUATEMALA:

Ministry of Health and AED:
Dr. José Romero
Mercedes de Castillo
Eugenia de Pratdesaba

INCAP
Dr. Edgar Hidalgo
Elena Hurtado
Maria Elena Claros Calderón

A.I.D. Mission/Guatemala:
Dr. J. Massey
Peter Lara
Lynn Gorton
Susan Hewes de Calderón

Resources

C. Quinby Rush, C. & White, K. (1988). **Control of Diarrheal Diseases: An Annotated Bibliography of PRITECH Holdings.** The PRITECH Project, Management Sciences for Health.

Griffiths M., Piwoz, E., Favin, M., & Del Rosso, J. (1988). **Improving Young Child Feeding During Diarrhea: A Guide for Investigators and Program Managers.** The Weaning Project, Manoff International, Inc., for PRITECH.

Brown, K.H., & Bentley, M.E. (1988). **Improved Nutritional Therapy of Diarrhea: A Guide for Program Planners and Decision Makers.** The Johns Hopkins University, Dept. of International Health, Div. of Human Nutrition.

Grant, J.P. (1989). **The State of the World's Children 1989.** United Nations Children's Fund (UNICEF). Oxford University Press

Rasmuson, M.R., Seidel, R.E., Smith, W.A., & Mills Booth, E. (1988). **Communication for Child Survival.** HEALTHCOM, Academy for Educational Development with Annenberg School of Communications, Univ. of Pennsylvania.

AED. (1985). **HEALTHCOM -- Communication for Child Survival Lessons from Five Countries: Honduras, The Gambia, Swaziland, Ecuador, Peru.** Academy for Educational Development

AID Science and Technology in Development Series. (1988). **Oral Rehydration Therapy: A Revolution in Child Survival.** Oelgeschlager, Gunn & Hain, Publishers, Inc.

LeSar, J., Harrison, P., & Buxbaum, A. (1985). **Manual for Assessment and Planning of National ORT Programs.** PRITECH Technologies for Primary Health Care.

Vitamin A Supplements: A Guide to their use in the treatment and prevention of Vitamin A deficiency and xerophthalmia. (1988). WHO/UNICEF/IVACG Task Force.

The treatment and prevention of acute diarrhoea. Practical guidelines. (1989). World Health Organization.

Northrup, R (Ed.). (Marzo de 1989). **Actualización de Literatura Técnica Sobre la Diarrea.** Vol. IV, No. 3. PRITECH Technologies for Primary Health Care.

Technical Literature Update Order Form. PRITECH.
Como Puede PRITECH Ayudar a las Misiones de USAID? PRITECH.

AIDSCOM. **SIDA: Disminuir la Transmisión del VIH A Través de la Educación y la Comunicación.** AIDSCOM Academy for Educational Development.

SIDA ALERTA 5. Numero 5 1989/**SIDA ALERTA 6.** Numero 6 1989

UNIDOS PARA UN MUNDO SIN SIDA. AIDSCOM.

Noticiero de la Red Internacinal de Mujeres en Salud Pública, (WIPHN). 7100 Oak Forest Lane, Bethesda, MD 20817 Volumen 3 1988.

Resources for Child Health, REACH. Servicios de asistencia tecnica en: Inmunización, financiación de los servicios de salud y apoyo a sistemas de atención primaria. REACH, John Snow, Inc.

Facts About ... Project HOPE.

Realidades Acerca del Programa HOPE.

XEROPHTHALMIA. (1985). Teaching Aids at Low Cost.

Ross, D.A., Vaughan, J.P. (1986). **Health Interview Surveys in Developing Countries: A Methodological Review.** Studies in Family Planning 17 (2): 78-94.

PRITECH (1989). **Talking with Mother about Diarrhea.** PRITECH, USA.

CIEC. (1989). **Evaluación del proyecto de sobrevida infantíl. CARE-Bolivia.** CIEC, La Paz.

Hendrata, L., Rohde, J.E. (1987). **Ten Pitfalls of Growth Monitoring and Promotion.** Cearing House on Infant Feeding and Maternal Nutrition. Washington, D.C., APHA.

Galazka, A.M., et al. (1984). **Indications and Contraindications for Vaccines used in the EPI.** Bull. WHO, 62 (3): 357-366.

Steinglass, R. (1988). **Monitoring TT Coverage through Routine Reporting.** REACH, USA.

Rifkin, S.B., Muller, F., et al. (1988). **Primary Health Care: On Measuring Participation.** Soc. Sci. Med., 26 (9): 931-940.

Bentley, M., et al. (1988). **Applications in a Diarrhea Management Program.** Soc. Sci. Med., 27(1): 107-116.

Mc Mahon, R., et al. (1987). **On Being in Charge.** WHO, Geneva.

Shorr, T.J. (1989). **A Critique of four Hanging Spring Scales Suitable for Field Use.** IIP/JHU, Baltimore.

Ministerio de Salud Pública - Guatemala. (1987). **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantíl.** INCAP/DHS, Guatemala.

Tam, L. 1989. **Primary Health Care and Socioeconomic Development in Peru. A Personal Perspective.** JHU, Baltimore.

Rotary Club International. **POLIO PLUS: Un Programa del Rotary International para Inmunizar a los Niños del Mundo.**

OPS. **Boletín Informativo PAI.** (1988). Año 10, núumeros 5 y 6.

Catholic Relief Services (Ecuador). (1989). **Manual para el Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño.** Quito, CRS.

INCAP. (1987). **Lo que todo Trabajador de Salud Debe saber sobre los Asientos y sus Tratamientos.** INCAP, Guatemala.

INCAP. (1988). **Lo que toda Mamá debe saber sobre el crecimiento de su Hijo.** INCAP. Guatemala.

INCAP. (1987). **Lo que toda Mamá debe saber sobre los Asientos.** INCAP, Guatemala.

INCAP. (1988). **Revista Avances en Superviviencia Infantíl.** Volumen 6, Números 3 y 4.

Proyecto HOPE-Honduras. (1989). **Control de Enfermedades Diarreicas para el Personal Voluntario de Salud.** HOPE, Honduras.

Proyecto HOPE-Honduras. (1989). **Programa Ampliado de Inmunizaciones para el Personal Voluntario de Salud.** HOPE, Honduras.

Proyecto HOPE-Guatemala. (1989). **Manual de Deshidratación-Diarrea-Suero Tomado.** HOPE, Guatemala.

Proyecto HOPE-Guatemala. (1989). **Manual del Programa Ampliado de Inmunizaciones.** HOPE, Guatemala.

Proyecto HOPE-Guatemala. (1989). **Manual para la Elaboración de Bosquejos.** HOPE, Guatemala.

Project Concern International-Guatemala. (1989). **Rotafolios para la Promoción de la Terápia de Rehidratación Oral y Formularios de Reporte para Poblaciones Analfabetas.** Project Concern, Guatemala.

Save the Children - Honduras. (1989). **Formularios para el Calculo de la Edad y el Uso del Carnet de Control de Peso.**

Liga Internacional de la Leche. (1988). **El Arte Femenino de Amamantar.** Diana, Mexico.

INCAP. (1989). **Paquete Documentos Liga de la Leche.** INCAP, Guatemala.

Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. (1988). **Manual de Técnicas Participativas.** Guatemala.

Ministerio de Educación. (1984). **Guía Curricular de la Lactancia Materna.** Guatemala.

Save the Children - República Dominicana. (1989). **Metodología y Estratégia de Capacitación en Supervivencia Infantíl.** SCF, República Dominicana.

Lesar, J., et al. (1987). **Monitoring and Evaluation of Child Survival Programs.** MSH, Boston.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable. (1987). **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Ecuador-** IRD/Westinghouse, U.S.A. (version completa e informe résumido).

Varios: **Revista Niños Número 4:** Lactancia Materna, Agosto 1988. Prisma, Lima.

Folletos sobre **Alimentación del Destete, Lactancia Materna y Planificación Familiar, Nutrición de la Mujer Embarazada y Lactante,** Proyecto PROALMA II.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Honduras. (1981). **Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos.** Honduras

Consejo Nacional de Población y Familias, 1986. República Dominicana Encuesta Demográfica y de Salud. IRD/Westinghouse

Institute for International Studies in Natural Family Planning. (1989). **Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs.** Georgetown University, Washington

Comité Peruano pro Alimentación Infantil. **¿De dónde vienen los Biberones?** Perú.

Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer. CEPAM, Ecuador.

Madres y Niños. **Integración del Desarrollo Infantil en las Actividades de Salud y Nutrición.** Volúmen No. 8; número 1, 1989.

Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. **Técnicas y Cuidados para Lograr una Lactancia Exitosa.** Guatemala.

Kaufer, M.P. **Guía Práctica para la Lactación: Los Principales Pasos.**

Perez, A. **Manual de Obstetrica y Ginecología, Capítulo XIII: Lactancia.**

Madres y Niños. (1988). **Boletín sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna.** Vol 7 (1).

INCAP. **Avances en Supervivencia Infantil.** Vol. 6(4).

Diálogo sobre la Diarrea. No. 30, Avril, 1988.

Noticias sobre IRA. No. 1-3, Avril, 1987.

OPS. (1989). **Programa de Cooperación Técnica entre la OPS y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).** Tema 8 del Programa Provisional. SPP 12/4.

Population Reports. (1981). **La Terápia de Rehidratación (TRO) en el Tratamiento de la diarrea Infantil.** Serie J, Número 2.

Population Reports. **Salvando las Vidas de Madres Y Niños. IMPACT,** Washington, D.C., 1986.

Population Reports. (1985). **Madres y Niños más sanos mediante la Planificación Familiar.** Serie J, Número 27.

Population Reports. (1987). **Inmunización para todos los Niños del Mundo.** Serie L, Número 5.

Population Reports. (1982). **La Lactancia Materna, la Fecundidad y la Planificación Familiar.** Serie J, Número 24.

APPENDIX A

FIRST WORKSHOP CORRESPONDENCE

THE PROJECT HOPE HEALTH SCIENCES EDUCATION CENTER, MILLWOOD, VIRGINIA 22646 (703) 837-2

March 21, 1989

(PVO Coordinator)
(PVO)
(Address)

Dear (Name):

It is a pleasure to announce that the Central America Regional PVO Child Survival Implementation Workshop will be held August 5 to August 12, 1989 in Quetzaltenango, Guatemala. The workshop will be hosted by Project HOPE/Guatemala with technical and organizational support from Project HOPE headquarters and the Johns Hopkins University PVO Child Survival Support Program.

The purpose of the Central American Regional Workshop is to improve the effectiveness and the sustainability of child survival interventions. The workshop format will be interactive and provide an opportunity for project staff to learn from one another, as well as from resource people who will be available during the workshop. This Child Survival Implementation Workshop, the first to be held in Central America, will be funded by the Agency for International Development, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation (AID/FVA/PVC) as part of its implementation support for PVO Child Survival grant recipients.

Since 1986, A.I.D. has funded four Africa Regional Implementation Workshops in Sierra Leone, Rwanda, Zimbabwe, and Kenya. These workshops were hosted by and conducted at the Child Survival field sites of FfH, ADRA, WV, and AMREF (respectively). In addition, one PVO/MOH Collaboration Workshop in Bolivia was jointly sponsored by FAV/PVC and USAID/Bolivia. In April 1989 the 1st Asia Regional PVO Child Survival Implementation Workshop will be held in rural Nepal, hosted by SCF/Nepal.

As you make plans and contact your Child Survival IV project staffs in Honduras and Guatemala, please consider the following:

1. Child Survival Field Project Representative: You are invited to send two representatives from your Child Survival IV, Guatemala and two from your Child Survival IV, Honduras project to this workshop. In order to promote sustainability, the project representatives should be field-based, country national staff who are most directly involved in Child Survival implementation and who are likely to continue working in the project area in the future.

Please choose two participants from each project and send me their names and contact addresses as soon as possible. Also, please complete the Needs Assessment for HQ. I have enclosed separate envelopes to forward to your PVO field representatives directly. These contain workshop registration forms and a more detailed PVO Field Staff Needs Assessment. HQ and Field Staff Needs will assist the workshop organizing team as it plans for appropriate topic areas to be addressed during the workshop.

2. Workshop Design: The workshop will be conducted totally in Spanish. The Project HOPE/Guatemala Child Survival field site in Quetzaltenango will be used as a "classroom". This opportunity to experience and share in modest surroundings is often the most unforgettable aspect of these field-based workshops, as has been the experience in the four regional PVO Child Survival workshops which have taken place over the past two years.

The workshop content will be designed using information from the Detailed Implementation Plans submitted by each PVO field project, your identification of priority interests, and participants expressed needs and expectations. Therefore, it is important that both participants and staff fill out the Needs Assessment forms.

3. Transportation and Per Diem: Under the provisions of the AID/FVA/PVC workshop assistance grant, Project HOPE will be able to provide air fares and per diems for your field representatives. Project HOPE/Guatemala will be responsible for local travel to the project site, meals, and accommodations. Project HOPE headquarters will make flight arrangements and forward tickets through each airline to the city from which the participant's flight originates. In order to expedite communications, please forward all requested information to me. Any applicable visa requirement will be the responsibility of each workshop registrant.

4. Resource Materials: In the past, workshop participants have enjoyed looking at materials (e.g., posters, survey forms, reports, training materials, etc.) from other project sites. These materials (finished, or in the process of being developed), can provide new and interesting approaches or elicit suggestions from other workshop participants. Please urge your representatives to bring whatever they feel might be useful for display in our on-site resource room.

Thank you for your assistance in making this a successful worksho for your Child Survival project field staff. If you have ar questions or comments, please call me at 703/837-2100, ext. 317.

Sincerely,

Bettina Schwethelm, MPH, PhD
Coordinator, Child Survival
Programs

/sdm
Enclosures

cc: G. Van der Vlugt, FVA/PVC
Dory Storms, JHU/PVO CSP
J. McEnaney, FVA/PVC
C. Carter, JHU/PVO CSSP
W. B. Walsh, Jr., Project HOPE/HQ
D. G. Weaver, Project HOPE/HQ
J. Wilhelm, Project HOPE/HQ
M. Papania, Project HOPE/Guatemala

PVO HEADQUARTERS NEEDS ASSESSMENT

Please identify your preference for the three topic areas, to be discussed at the workshop, that will most greatly assist your Child Survival project's implementation.

1.

2.

3.

COMMENTS:

PLEASE RETURN BY April 7, 1989. THANK YOU.

Bettina Schwethelm, M.P.H., Ph.D.
Coordinator, Child Survival
Project HOPE
Health Sciences Education Center
Millwood, Virginia 22646

THE PROJECT HOPE HEALTH SCIENCES EDUCATION CENTER, MILLWOOD, VIRGINIA 22646 (703) 9

21 de Marzo de 1989

Estimado participante:

Es nuestro placer invitarle a Ud. al primer "Taller de traba Centro Americano sobre la implementación de programas d Supervivencia Infantil" que se llevará a cabo del 5 al 12 d Agosto de 1989 en Quetzaltenango, Guatemala, C.A. La oficir central de su organización en los E.E.U.U. recomendó su nombre .

Este taller de trabajo es parte de un programa de asistenci técnica de la Oficina de Cooperación Privada Voluntaria de la AI con el objetivo de proveer entrenamiento en las áreas técnicas d implementación de programas de supervivencia infantil. Estc talleres promueven la colaboración nacional e internacional as como el intercambio de información entre programas patrocinad por la AID. Se han dado talleres similares en Bolivia, Zimbabwe Rwanda, Kenya, Sierra Leone, y Nepal.

El Programa Hope, con su proyecto de supervivencia infantil e Quetzaltenango/Guatemala será el anfitrión de este taller. Lo participantes van a tener la oportunidad de discutir y comparti los éxitos, problemas, y restricciones de sus programas co participantes de programas similares en Guatemala, Hondura Ecuador, Belize, y la República Dominicana. También podrá disfrutar del intercambio de sus experiencias de trabajo. Lo consultores técnicos a este taller van a proveer informació sobre problemáticas y temas de implementación y el contenido d los proyectos. Como parte importante del taller se incluirá visitas a los locales de implementación del proyecto d supervivencia infantil del Programa HOPE en Guatemala.

Las necesidades y prioridades de Uds., los participante influirán la selección de los temas principales del taller d trabajo. Por eso, solicitamos que nos devuelven su formulario d participación adjunto y la lista de prioridades lo más ante posible.

La oficina central del Programa HOPE va a ocuparse de lo arreglos del viaje (vuelos y alojamiento). Anticipamos que la llegadas de los vuelos de los participantes en la Ciudad d Guatemala serán por la tarde del 4 de agosto y la salida el 1 por la tarde o temprano el día 13 de agosto. Cada participante proveniente de otro país fuera de Guatemala tendrá l responsibilidad de asegurar que sus documentos cumplen con lo

Board of Directors: [illegible] Lewel S. Lafontant, [illegible] Robert P. [illegible] William B. Walsh, M.D. [illegible] Joseph D. Williams. Officers: [illegible] Joseph D. Williams, [illegible] Walsh, M.D., President [illegible] Henry, Treasurer [illegible] Edward Day, Secretary

requisitos necesarios para pasar la imigración al llegar a Guatemala.

En la próxima carta le enviaremos una invitación más formal que le pueda servir par obtener su visa, y información sobre los temas del taller de trabajo, una lista preliminar de participantes, consultores técnicos, y actividades, y información sobre alojamiento, clima, etc. Le pedimos también de avisarnos si no puede participar para darle la oportunidad a otro participante de su proyecto.

Si tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto conmigo, por escrito, o por teléfono (703-837-2100, extensión 317), o FAX (703-837-1813).

Espero verle a Ud. en Quetzaltenango este Agosto.

Sinceramente,

Bettina Schwethelm, M.P.H. Ph.D.
Coordinadora,
Programas de Supervivencia Infantil

CC: G. van der Vlugt, USAID FVA/PVC
J. McEnaney, FVA/PVC
D. Storms, JHU/PVO Child Survival Support Program
C. Carter, JHU/PVO Child Survival Support Program
W. B. Walsh, Jr.
D. G. Weaver, Project HOPE
J. Wilhelm, Project HOPE
M. Papania, Project Hope

PARTICIPANTE No. 1

Participante: _____

Organización: _____

CONTENIDO DEL TALLER DE TRABAJO: <u>ENFASIS O PRIORIDADES</u>

Favor de indicar su preferencia de los siguientes problemáticos en orden de importancia para la implementación de su proyecto c supervivencia infantil. 1 = el problemática más preferido, 10 = el problemática menos preferido. Favor de llenar volvermelo lo más pronto posible. Gracias!

_____Actividades en Imunización (implementación/educación/ promoción)

_____Dirección y supervisión de los voluntarios y personal

_____Metodología en entrenamiento y materiales

_____Monitoreo de crecimiento en salud

_____Metodología de encuestas

_____Terapia de Rehidración Oral (implementación, educación, y promoción)

_____Sostenabilidad del proyecto

_____Educación en el espaciamiento de nacimientos

_____Evaluación del proyecto

_____Vitamina A

_____Monitoreo y sistemas de vigilancia

_____Estrategias en educación

_____Coordinación con el gobierno e otras agencias e instituciones

_____Organización comunitari

_____Lactancia maternal y nutrición

_____Otra: _____

*** Favor de describir brevemente un aspeto exitoso de su proyecto

*** Favor de describir brevemente un aspeto algo problemático de de su proyecto

*** Favor de describir un ejemplo de un problema en su proyecto que se resolvió.

Por favor, volver antes del 25 de Abril de 1989 a:

Bettina Schwethelm, Ph.D., M.P.H.
Child Survival Coordinator
Project HOPE
Health Sciences Education Center
Millwood, Virginia 22646

PARTICIPANTE NO. 1

Nombre_____
Nombre Apellido

Título:_____ Organización/País_____

Dirección:_____

_____

Aeropuerto más cercano:_____

_____

¿Cuántos años ha trabajado Ud. con su organización?

Su nivel educativo o experiencias de trabajo (salud, educación etc.)

Favor de indicar restricciones en su dieta:

_____

Para asignar una persona para compartir su cuarto, favor d llenar lo siguiente:

Su edad:_____ masculino:____ femenino:_____

_____

Dirección local del Proyecto:_____

_____

Nombre del Director:_____

Telex:_____ Teléfono:_____

Fax:_____

FAVOR DE LLENAR Y VOLVER LOS FORMULARIOS ANTES DEL 25 DE ABRIL DE 1989 A:

Bettina Schwethelm, Ph.D., M.P.H.
Child Survival Coordinator
Project HOPE
Health Sciences Education Center
Millwood, Virginia 22646

APPENDIX B

SECOND CORRESPONDENCE

HOPE
THE PROJECT HOPE HEALTH SCIENCES EDUCATION CENTER, MILLWOOD, VIRGINIA 22646/(703)837

July 6, 1989

[Nombre]
[Ong]
[Dirección]

Estimada [Nombre]:

Agradecemos mucho su cooperación en retornar los materiales de inscripción a HOPE Center. Es nuestro placer confirmar su inscripción en el primer "Taller Centro Americano sobre la Implementación de Programas de Supervivencia Infantil" financiado par la AID/Washington, EEUU que se llevará a cabo del 5 al 12 de Agosto de 1989 en Quetzaltenango, Guatemala.

Adjunto se incluyen el siguiente material:

- boleto aéro
- información general sobre el taller
- información sobre la organización, temas y problemáticas de taller,
- una monografia de Quetzaltenango

Por favor averiguar si necesita visa para entrar a Guatemala u otres parses en transito.

Si tiene alguna pregunta, favor de contactarme por teléfono EEUU: (703) 837-2100, or por FAX (703) 837-1813.

Espero verle en Guatemala en Agosto.

Sinceramente,

Bettina Schwethelm
Coordinadora,
Programas de Supervivencia Infantil

BSc/sdm

Board of Directors: Joseph F. Abely, Jr., J. Patrick Barrett, Herbert J. Bloom, D.D.S., Ph.D., Robert E. Campbell, Mrs. Edward N. Cole, J. Edward Day, William L. Henry, Gene F. Jankowski, Irwin Lerner, Edwin A. Locke, Jr., Robert P. Luciano, Fred W. Lyons, Jr., Mrs. Emil Mosbacher, Jr., John O'Neil, Jerry E. Robertson, Ph.D., Mrs. John Regan, William B. Walsh, M.D., Richard J. Whalen, Joseph D. Williams. **Officers:** Joseph D. Williams, Chairman; William B. Walsh, M.D., President and Chief Executive Officer; William L. Henry, Treasurer; J. Edward Day, Secretary

I. OBJETIVOS DE TALLER

(Véase el Informe)

II. INFORMACION GENERAL

Un representante le esperará en el aéropuerto de la Ciudad de Guatemala la tarde del día 4 de Agosto y le acompañará a su hotel (Hotel Plaza, 15 Avenida 16-57, Zona 13, Tel. 363173). Al día siguiente el grupo de participantes se reunirá en el Hotel y saldrá a las 8:30 de la mañana hacia Quetzaltenango. El Taller empezará con un almuerzo de bienvenida para los participantes y el equipo de coordinadores en un restaurante del Lago Atitlán.

Las reuniones del taller se llevarán a cabo en el Hotel del Campo (P.O. Box 39, Tel. 061-2064 y 8082) en Quetzaltenango, con dos visitas a las areas de implementación del Proyecto de Supervivencia Infantil del Programa HOPE. Debido al clima de Quetzaltenango y a la dificultad de llegar a los pueblos, recomendamos zapatos cómodos, un paraguas, y una chaqueta. El Hotel del Campo proveerá la alimentación durante su estancia en Quetzaltenago.

Regresarán a la Ciudad de Guatemala el día 12 de Agosto al medio día con un representante del Programa HOPE que le acompañará al aeropuerto el día siguiente.

III. FECHAS IMPORTANTES

Viernes, 4 de Agosto tarde	- Llegada de participantes estranjeros a la Ciudad de Guatemala
Sábado. 5 de Agosto 8:30 de la mañana	- Salida a Quetzaltenago vía el Lago Atitlán
Sábado, 12 de Agosto	- Salida a la Ciudad de Guatemala
Domingo, 13 de Agosto	- Salida de Guatemala

IV. RECURSOS/MATERIALES

Reservamos una habitación para recursos y materiales de los proyectos de Superviviencia Infantíl. El Taller brindará la oportunidad de compartir los manuales de entrenamiento, adiestramiento, sistemas de información o registro de familias y otros materiales e información elaborados por su proyecto, así como de aprender otras técnicas y estratégias. Sírvase traer cualquier información importante y, si es posible, copias para distribuirlas a los demás participantes.

"VIVA EL NIÑO"
Primer Taller Centro Americano de Implementación
en Supervivencia Infantil

Quetzaltenango

5-12 de agosto de 1989

Participantes y Coordinadores

COORDINADORES DEL TALLER:

Guillermo Nowell, Anfitrión national (Guatemala)
Supervisor, Project HOPE

Mark Papania, M.D., M.P.H. Host (Guatemala)
Director, Project HOPE/Guatemala

Bettina Schwethelm, Ph.D., M.P.H. Coordinadora de los Programas de Supervivencia Infantil

Luis Tam, M.D.
Consultant

Lois Schaeffer, M.P.H.
Facilitadora del Taller

Bruno Lima, M.D.
Johns Hopkins University

Gary Smith, M.D.
Consultor/ PRITECH

REPRESENTATIVES AID/JHU:

John McEnaney, Senior Health Officer, AID

John Massey, AID Mission/Guatemala

Dory Storms, Sc.D./M.P.H.
Johns Hopkins University

PARTICIPANTES:

HONDURAS:

Margio Rene Sanchez Chirinos
Rotary International

Ernesto Romero Godoy
Save the Children Federation

Daisy de Handal
La Leche League de San Pedro Sula

Ada Josefina Rivera de Romero
La Leche League de San Pedro Sula

Elena Ritha Chimilio
Save the Children Fed.

Marlee Espinal
Project HOPE

Carol Elwin
Project HOPE

GUATEMALA:

Gustavo Tapia
Foster Parents Plan International

Carlos Guillermo Leal Fernandez
Project HOPE

Frederico Guillermo Motta de Paz
Project HOPE

Alba Valdez de Carillo
Foster Parents Plan

Maria Angelica Bixcul Cortez
Project Concern International

Irma Chararria de Maza
La Leche League

Maria de Lourdes Coronado
Villatoro de Ruano
La Leche League

EUCADOR:

Licienciada Rosa Moran
Catholic Relief Services

Licenciada Gloria Guevara
Catholic Relief Services

REPÚBLICA DOMINICANA:

Dra. Monica Ortega
Save the Children Federation

APPENDIX C

CORRESPONDENCE OF THE JHU SUPPORT OFFICE

MATERIALES PRELIMINARES

Para el Primer Taller de Trabajo Regional Centroamericano
de Supervivencia Infantil
de las Organizaciones No Gubernamentales
1989

"Viva el Niño"

PERFILES DE LOS PROYECTOS

DATOS DEMOGRAFICOS Y COSTOS

Un taller de trabajo enfocado en la implementación de proyectos de Supervivencia Infantil de las ONG en Ecuador, Guatemala y Honduras. El anfitrión es el Proyecto HOPE, Quetzaltenango, Guatemala.

Julio 1989

MATERIALES PRELIMINARES

Para el Primer Taller de Trabajo Regional Centroamericano
de Supervivencia Infantil
de las Organizaciones No Gubernamentales
1989

"Viva el Niño"

CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. PERFILES, HOJAS DE INFORMACION DEMOGRAFICA Y COSTOS

Ecuador
Servicios Católicos de Alivio

Guatemala
Liga de La Leche Internacional
PLAN Internacional
Proyecto Concern Internacional
Proyecto HOPE

Honduras
Liga de La Leche Internacional
Proyecto HOPE
Asociación Salva a Los Niños

III. DIAGRAMAS DE DURACION DE LOS PROYECTOS

SI-II, SI-III (duración del proyecto: 36 meses)
SI-IV (duración del proyecto: 48 meses)

IV. CUADRO DE PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LAS ONG FINANCIADOS POR FVA/PVC

V. INDICADORES A NIVEL II

INTRODUCCION

Julio 1989

Estimado Participante:

Incluídos encontrará los perfiles de los proyectos y los datos demográficos y costos de cada proyecto que estará representado en el Taller de Trabajo Regional Centroamericano de Supervivencia Infantil de las Organizaciones No Gubernamentales en 1989. Los siete proyectos financiados por AID/Washington durante los ciclos SI-III y SI-IV estarán representados en el taller de trabajo: seis están en el primer año de implementación y el séptimo está en el segundo año (y preparándose para una evaluación parcial). Al taller asistirá un representante de uno de los proyectos del ciclo SI-II.

Dos proyectos - CRS/Ecuador y HOPE/Guatemala - son ampliaciones de las actividades anteriormente financiadas bajo SI-I. Estos proyectos han estado implementando intervenciones de supervivencia infantil por varios años y han aprendido lecciones valiosas que pueden compartir con los proyectos más nuevos.

Los últimos reportes entregados a AID/Washington proveyeron los datos incluídos en la información sobre los proyectos. Los Planes Detallados de Implementación de los proyectos constituyen la fuente de información utilizada en los resumenes de los proyectos de SI-IV, mientras que los reportes anuales de 1988 y los cuestionarios de Supervivencia Infantil y Salud son las fuentes para las descripciones de los proyectos de SI-II y SI-III.

Deseamos agradecer especialmente a la Srta. Susana Emerson, a la Dra. Gina Tambini y a la Dra. María Elena León-Roux por la asistencia en desarrollar las Hojas de Información Demográfica y Costos y los Perfiles de los Proyectos que serán utilizados en el taller de trabajo.

Por favor, déjenos saber si la información incluída es útil, y si necesita correcciones o revisiones. Esperemos sus sugerencias para así mejorar los materiales preliminares que se usuarán en futuros talleres de trabajo. Muchas gracias.

Dory Storms, ScD
Director, Child Survival Support Program
Institute for International Programs
103 East Mount Royal Avenue
Baltimore, Maryland 21202 U.S.A.
Tel.: 301-659-4100
Fax: 301-659-4118
Telex: 401168 INTL PROGRAMS UD

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
OTROS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y CUANDO ADMINISTRAN								
Vitamina A Superbarra (pan con gran contenido calórico)							x	
Alimentos/Vitaminas En DPC II y III & Anemia			x					
Ninguno	x	x		x		x		
LUGAR DE CONSUMO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL								
Es llevado a la casa			x				x	
Se consume en el proyecto o Centro de Recuperación/Educación Nutricional						x	x	
Ninguno	x			x				

Explicación de Abreviaturas:

CRS/E: Catholic Relief Services/Ecuador
HOPE/G: Programa HOPE/Guatemala
MSP/G: Ministerio de Salud de Guatemala
LL/G: La Liga de la Leche/Guatemala
LL/H: La Liga de la Leche/Honduras
PCI/G: Project Concern International/Guatemala
S/H: Save the Children/Honduras
S/RD: Save the Children/República Dominicana

PERFIL DEL PROYECTO: CRS/Ecuador - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Expansión de un proyecto de SI-I para mejorar el estado de salud y nutrición de 3,240 niños de 0-5 años en 90 comunidades en las áreas rurales de Cotopaxi, Manabi y Azuay, con un financiamiento por tres años

INTERVENCIONES DE SI:

TRO: 20%
Inmunización: 10%
Nutrición: 20:
Nacimientos de Alto Riesgo: 10%
Otro: 40% (IRA 20%, Generación de Ingresos 20%)

OBJETIVOS:

TRO

1) El uso de ZAAS (3 zanahorias pequeñas, 1/2 tasa de arroz o avena, 3 cucharaditas de azúcar y una pizca de sal) o solución casera 118 (1 litro agua hervida, 1 cucharadita de sal y 8 cucharaditas de azúcar) como "terapia preventiva de deshidratación" en 80% de los episodios diarréicos

2) 80% de las madres practicarán la alimentación continua del niño durante la etapa aguda de un episodio diarréico

Inmunización

3) 80% de los niños menores de 1 año recibirán dosis completas de las vacunas de DPT, BCG, sarampión y polio, en los 90 centros de madres/niños
4) 50% de las embarazadas recibirán dosis completas del toxoide tetánico

Nutrición

5) Prevenir la malnutrición en 50% de los niños menores de 2 años
6) Alcanzar un aumento adecuado del peso en 60% de los niños menores de 2 años y en 70% de los niños mayores de 2 años
7) Recuperación del estado nutricional en 60% de los niños malnutridos menores de 2 años y 20% de los mayores de 2 años

Nacimientos de Alto Riesgo
No se reportan objetivos

Otro
No se reportan objetivos

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Las oficinas de la diocesis serán responsables del manejo de las actividades y la coordinación de la asistencia técnica después de que termine el financiamiento externo; se espera que contribuyan con recursos
- Todo el personal del proyecto es ecuatoriano
- Clubes locales de madres desarrollarán actividades y los fondos económicos del proyecto ayudarán a financiar actividades
- Proyectos agrícolas de generar ingresos

DETALLES A RESALTAR DEL PROYECTO DE SI-I:

- Organización de grupos locales de madres
- El establecimiento de proyectos de generación de ingresos exitosos
- Entrenamiento de 68 trabajadores comunitarios de salud en inmunización
- Entrenamiento de 85 trabajadores comunitarios de salud, 2,640 lideres de la comunidad y madres en TRO
- Entrenamiento de 85 trabajadores comunitarios de salud y 2,726 madres en las prácticas de alimentación del recién nacido/niño
- Implementación de un sistema de control de epidemias (incluye monitoreo del crecimiento y ocurrencia de enfermedad diarreica)
- Entrenamiento de 74 trabajadores comunitarios de salud y 780 madres en actividades para generar ingresos

DETALLES A RESALTAR DEL PROYECTO SI-IV:

- Apoyar el programa de salud y nutrición en los grupos locales de madres
- Conducir un censo familiar
- Planear encuesta de CAP
- Trabajadores comunitarios de salud harán visitas domiciliares
- Monitoreo del crecimiento mensual de 90% de 3,240 niños menores de 6 años en las 90 comunidades
- Entrenar 180 trabajadores comunitarios de salud y 11 técnicos del proyecto en la promoción de espacimiento de nacimientos (la lactancia materna, salud maternal, etc.)
- Entrenar 180 trabajadores comunitarios de salud en la prevención y el tratamiento temprano de IRA; también entrenarán en la cría de animales pequeños

AVANCES HASTA FEBRERO DE 1989 (LOS PRIMEROS 6 MESES):

- Preparación del Plan Detallado de Implementación

LIMITACIONES:

No existe un acuerdo escrito con el Ministerio de Salud para coordinar actividades
No hay colaboración con otras ONGs
Inacesibilidad geográfica de algunas comunidades
Migración continua de familias
Falta de recursos económicos para proveer las necesidades de los niños
Insuficiencia de producción de alimentos por sequías y erosión de la tierra
Dificultades en recolectar los datos, asuntos de control de calidad
Reducción en el número de trabajadores comunitarios de salud
Posible conflicto con la Iglesia Católica sobre intervenciones en el espaciamiento de nacimientos

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: CRS/Ecuador - SI-IV
Fuente: Cuestionario de SIyS 1988 y Plan Detallado de Implementación

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 3 años	$250,000
Financiamiento Proporcionado por la ONG (25%)	$ 82,000
A.I.D. $ por beneficiario por año	$9.63
¿Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Rural
¿Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	1,421,603
¿Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	No responde
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántos infantes menores de 12 meses hay?	28,432 (2%)
¿Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavía no tienen 60 meses de edad?	184,809 (13%)
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	51,178 (4%)
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántas mujeres están en edad reproductiva? (15-49 años)	248,780 (17%)
¿Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
¿Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
TRO/Enfermedades Diarréicas	20%	$ 50,000
Inmunización	10%	$ 25,000
Nutrición:	20%	$ 50,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Vitamina A		
Nacimientos de Alto Riesgo	10%	$ 25,000
Otro: ARI	20%	$ 50,000
Generación de Ingresos	20%	$ 50,000

Esfuerzos para recolectar información a Nivel II: No descritos

PERFIL DEL PROYECTO: LLI/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Un nuevo proyecto para mejorar la salud y nutrición de la población infantil marginal de la ciudad de Guatemala a través de la promoción de prácticas apropiadas de la lactancia materna, inmunización, TRO, monitoreo del crecimiento y espaciamiento de nacimientos, con un financiamiento por cuatro años. El proyecto esta dirigido a aproximadamente 1,700 embarazadas y madres practicando la lactancia materna.

INTERVENCIONES DE SI:

Nutrición: 100%

OBJETIVOS:

1) Proveer la información y el apoyo a aproximadamente 1,700 nuevas madres

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- La promoción/el apoyo para la lactancia materna es una parte formal del Plan Nacional de Salud; las metas del proyecto son consistentes con el compromiso nacional
- Integrar la lactancia materna en otras actividades de SI y APS
- Fuerte apoyo del sector privado
- Decentralizar el desarrollo y la implementación del proyecto
- Participación al nivel de la comunidad
- Entrenamiento para todos los niveles de recursos humanos

DETALLES A RESALTAR:

- Entrenar 120 voluntarios en la lactancia materna, reclutados directamente en las areas por las comunidades y/o agencias locales (referidos por las unidades de salud, por sí mismos y por comadronas locales)
- Conducir 3 talleres de trabajo sobre la lactancia materna
- Establecer 60 grupos de apoyo a madres en la lactancia materna en la ciudad de Guatemala, inscribiendo las embarazadas/las que practican la lactancia materna a través de voluntarios entrenados en la lactancia materna y grupos de apoyo de madres
- Identificar madres en alto riesgo dentro de los grupos de apoyo de madres que practican la lactancia materna, personal de la comunidad, o referencia de profesionales en salud o de los servicios comunitarios de salud
- Enfatizar un fuerte proceso de motivación entre amigas; intercambio de información, experiencia y apoyo de madre-a-madre

- El voluntario en la lactancia materna se comunicará con embarazadas/madres que están practicando la lactancia materna a través del mitin mensual del grupo de apoyo de madres, visitas domiciliares y contacto personal en la comunidad
- El registro de la información y el sistema del monitoreo serán establecidos por los voluntarios de la lactancia materna
- Incentivos no-económicos serán utilizados para motivar a 120 voluntarios de la lactancia materna
- Se ha realizado una encuesta de línea de base de CAP en Santa Fé en referencia a la lactancia materna
- El mantenimiento del conocimiento y de las habilidades del voluntario en la lactancia materna serán actualizados y fortalecidos por una educación continua durante el desempeño de actividades
- Se enfatizará el valor del apoyo de madre-a-madre por televisión, radio y prensa
- Colaboración íntima con otras actividades de SI para asegurar que se apliquen las prácticas apropiadas de la lactancia materna junto con la provisión de inmunización existente, el manejo de diarrea, el mejoramiento de la nutrición y el espaciamiento de nacimientos
- El proyecto recibirá asistencia técnica de los Socios Médicos de La Liga de Leche de Guatemala

AVANCES HASTA FEBRERO 1989 (PRIMEROS 6 MESES):

- 21 instituciones y agencias en areas urbanas marginales que demuestran interés y apoyo para la lactancia materna han sido identificadas
- Se ha revisado el Primer Plan Detallado de Implementación de 6 Meses
- Se han identificado Santa Fé y La Esperanza como áreas iniciales de impacto

LIMITACIONES:

- Dependencia en los voluntarios, falta de personal pagado para llevar a cabo el proyecto
- Areas urbanas marginales están en contínua transición, siempre cambiando
- Contaminación del agua
- Falta de sanemiento adecuado
- Condiciones de vida son apretadas
- Alto costo de la vida
- Empleo de la madre fuera del hogar

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: LLI/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación Revisado

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 4 años	$102,835
Financiamiento Proporcionado por la ONG (22%)	$ 28,100
A.I.D. $ por beneficiario por año	$15.12
¿Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Urbana
¿Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	9,673
¿Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	No responde
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántos infantes menores de 12 meses hay?	No responde
¿Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavía no tienen 60 meses de edad?	No responde
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	No responde
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántas mujeres están en edad reproductiva? (15-49 años)	1,700 (18%)
¿Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
¿Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
Nutrición: Lactancia Materna	100%	$102,835

Esfuerzos para recolectar información a Nivel II:	No descritos

PERFIL DEL PROYECTO: PLAN/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Un proyecto para mejorar la condición de la salud materno-infantil en las comunidades de Amatitlán, San Vicente de Pacaya y Villa Canales, incluyendo 4,197 recién nacidos, 18,153 niños de 12-59 meses y 46,166 mujeres de 15-49 años, con un financiamiento por cuatro años

INTERVENCIONES DE SI:

TRO: 20%
Inmunización: 20%
Nutrición: 40% (incluye 20% vitamina A)
Nacimientos de Alto Riesgo: 10%
Otro: 10% (Infección Respiratoria Aguda)

OBJETIVOS:

TRO

1) Reducir en un 75% el número de niños recibiendo rehidratación intrevenosa en todas las unidades del MS
2) Cubrir 85% de los episodios de diarrea con el uso de líquidos preparados en casa y sobres de SRO en 50% de las comunidades

Inmunización

3) Aumentar la tasa de cobertura de los infantes 0-11 meses: de 26.37% a 80% para DPT; de 41.75% a 80% para Polio; de 40% a 80% para Sarampión

Nutrición

4) Aumentar a 50% la cobertura del programa regular de promoción del monitoreo del crecimiento
5) Incluir en las actividades del proyecto 80% de las familias con niños que presenten retraso en el crecimiento
6) Reducir la incidencia del retardo del crecimiento en un 40%
7) Aumentar la cobertura de cápsulas de vitamina A a niños menores de 6 años

Nacimientos de Alto Riesgo

No se reportan objetivos

Otro

8) Reducir en un 20% cada año la incidencia de casos graves de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años
9) Reducir en un 15% cada año la mortalidad causada por infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años
10) Reducir en un 10% cada año el número de muertes infantiles; reducir en un 5% cada año el número de muertes de niños menores de 5 años

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Llevar a cabo la planificación del programa de salud junto con las organizaciones comunitarias
- Dar apoyo y fortalecer el MS y otras organizaciones locales en los esfuerzos de SI

- Transferir gradualmente las actividades de PLAN de SI al MS y a otras organizaciones locales
- Reducir el número de empleados extranjeros trabajando en la oficina del campo
- Poner consultores externos con contrapartes locales para transferir la tecnologia y edificar o fortalecer la capacidad local de trabajo
- Incorporar la generación de recursos al nivel comunitario

DETALLES A RESALTAR:

- Se harán 7,000 visitas domiciliares para apoyar a las familias de alto riesgo
- Realizar 24 talleres de trabajo para personal clave de SI; entrenar todo el personal del PLAN y algunos del MS en SI
- Realizar 120 sessiones de entrenamiento comunitario
- 85% de las comunidades servidas desarrollarán unidades comunitarias de salud
- Apoyo de la unidad comunitaria de salud/TRO por organizaciones comunitarias a través de la educación intensiva de los lideres
- Desarrollar 50 centros de distribución de SRO/IRA
- Fomentar el uso de liquidos populares como "atoles" (basados en el cereal)
- Rediseñar programa con el MS para entrenar a las comadron s incluyendo conceptos de alto riesgo y espaciamiento de nacimientos
- Fomentar la educación en salud de niños escolares
- INCAP proveerá la asistencia técnica, distribuirá la información técnica y científica y entrenará al personal de PLAN
- Desarrollar un sistema de 2 tarjetas para el registro de datos de inmunización, uno mantenido por la familia y el otro por el personal de PLAN

AVANCES HASTA FEBRERO 1989 (PRIMEROS 6 MESES):

- Acuerdo alcanzado con el Comité Nacional de Reconstrucción
- Finalización de los procedimientos rápidos de evaluación para determinar el comportamiento de las madres con respeto a la inmunización, el tratamiento de diarrea y las actitudes en referencia a las prácticas del destete

LIMITACIONES:

- Datos insuficientes de salud en las comunidades propuestas
- Falta de información confiable sobre la fertilidad y el uso de contraceptivos
- Puntos débiles en la cadena de frío

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: PLAN/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 4 años	$425,000
Financiamiento Proporcionado por la ONG (112%)	$475,116
A.I.D. $ por beneficiario por año	$1.30
¿Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Urbana
¿Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	104,924
¿Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	4,321
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántos infantes menores de 12 meses hay?	4,197 (4%)
¿Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavía no tienen 60 meses de edad?	18,153 (17%)
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	3,673 (4%)
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántas mujeres están en edad reproductiva (15-49 años)	46,166 (44%)
¿Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
¿Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
TRO/Enfermedades Diarréicas	20%	$ 85,000
Inmunización	20%	$ 85,000
Nutrición: (30%)	40%	$170,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Vitamina A (10%)		
Nacimientos de Alto Riesgo	10%	$ 42,500
Otro: ARI	10%	$ 42,500

Esfuerzos para recolectar información a Nivel II:
Estudio de línea de base finalizado, Marzo - Mayo 1989.
Procedimientos Rápidos de Evaluación ejecutados, Febrero 1989.

PERFIL DEL PROYECTO: PCI/Guatemala - SI-II
Fuente: Segundo Reporte Anual de 1988 y
el Cuestionario de SIyS 1988

PROPOSITO:

Un proyecto para reducir la morbilidad y mortalidad en 3,000 niños de 0-59 meses y reducir morbilidad materna y perinatal de 5,000 mujeres entre 15-49 años en las areas indigenas alrededor de Santiago Atitlán, con un financiamiento por tres años

INTERVENCIONES DE SI:

TRO: 25%
Inmunización: 15%
Nutrición: 40%
Nacimientos de Alto Riesgo: 15%
Otro: 5% (Agua y Saneamiento)

OBJETIVOS:

TRO
60% del personal de PCI y del Ministerio de Salud (MS), voluntarios de atención materno-infantil (VAMI), trabajadores comunitarios en salud (TCS) y comadronas definirán diarrea, demonstrarán como mezclar y preparar el SRO y la solución de sal/azúcar correctamente y declarar cuando se debe referir casos de diarrea, con 80% exactitud
60% de los padres de niños de 0-59 meses podrán definir diarrea, usar líquidos de la casa apropiadamente, demostrar la preparación correcta de sobres de SRO y soluciones de sal/azúcar y decir cuando se debe traer al niño a la clínica

Inmunización
Vacunar a 80% de los niños de 0-11 meses, con dosis completas de polio, DPT, sarampión y BCG
Vacunar a 50% de todas las mujeres en edad fértil con 3 dosis de toxoide tetánico

Nutrición
Aumentar por 50% el número de los niños de 0-59 meses inscritos en el monitoreo del crecimiento
80% del personal entrenado de PCI y del MS, los VAMI, los TCS y las comadronas identificarán, con 80% exactitud, acciones que promueven la salud del niño: prácticas apropiadas del destete, higiene de la casa, el tratamiento de diarrea, el monitoreo del crecimiento y vacunación completa

Nacimientos de Alto Riesgo
80% del personal entrenado de PCI y del MS, los VAMI, los TCS y las comadronas proveerán información sobre varios métodos de espaciamiento de nacimientos, con 80% exactitud
60% de las comadronas entrenadas identificarán prácticas seguras para el nacimiento (lavar las manos, higiene de la madre, cuidado del cordón, expulsión de la placenta), nacimientos de alto riesgo, dosis de vacunación materna necesarias durante el embarazo y cuando referir a la madre a la clínica
60% de todas las mujeres en edad fértil identificarán prácticas seguras del nacimiento y la razón y el horario correcto para la obtención del toxoide tetánico para embarazadas, con 60% exactitud

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Participacion comunitaria en el diseño\la implementación del proyecto
- Colaboración con el MS en actividades de SI
- Transferencia gradual del proyecto a los trabajadores guatemaltecos
- Costo y recuperación del cuidado curativo
- Cobrar por tarjetas adicionales en la Clínica de los Niños
- La comunidad pagará por los métodos de la planificación familiar, como incentivo para los TCS o los VAMI

DETALLES A RESALTAR:

- Comités de madres/padres apoyan a las actividades de SI
- Tres clínicas, dos centros de recuperación nutricional y una unidad de consulta son disponibles en las comunidades cercanas
- Centros comunitarios sirven como estaciones para pesar donde las madres pueden intercambiar experiencias sobre la crianza de los niños
- Las clínicas y los TCS proveen métodos modernos para evitar el embarazo (la píldora, el condón, supositorias vaginales y los DIUs)
- MS provee suficientes sobres de SRO gratis
- Desarrollo/refinamiento de letrinas secas para mejorar el saneamiento; el uso de la estufa lorena en la casa
- Los VAMI son mujeres; casi todas son analfabetas
- El sistema de cupones de referencia con dibujos correspondientes a un problema es especialmente para la población analfabeta
- La radio local pone mensajes educacionales de salud en dialectos

AVANCES HASTA OCTUBRE 1988 (SEGUNDO AÑO):

- Se ha firmado un acuerdo básico con el MS al nivel nacional
- Acuerdo con el MS al nivel departamental facilitará la comunicación entre el MS y las ONG trabajando en el sector de salud en el Departamento de Sololá
- Seleccionar, entrenar y supervisar a los TCS, los VAMI y las comadronas en colaboración con el MS
- Se ha firmado un acuerdo con APROFAM para conseguir métodos de control de embarazos a bajo costo y entrenamiento
- Entrenamiento de 30 médicos, enfermeras y TCS en el monitoreo de la cadena de frío e inmunización
- Entrenamiento de 95 TCS en vacunaciones, espaciamiento de nacimientos y prácticas seguras del parto
- Entrenamiento de 6 trabajadores de salud en agua y saneamiento
- El equipo de salud de INCAP/PCI ha determinado los mensajes educativos en salud más efectivos en relación al manejo de diarrea en el niño
- Voluntarios de atención materno-infantil proveen sobres de SRO

LIMITACIONES:

- La escasez de agua y la mala higiene son prevalentes
- La pobreza y el alcoholismo empeoran la malnutrición
- La tradición cultural de amamantar a los niños por más de 2 años, sin introducir alimentos del destete a una temprana edad
- Obstáculos de lenguaje, la población habla principalmente dialectos
- La violencia esporádica ha interrumpido la implementación del proyecto
- Cambios de personal del MS a los niveles centrales y distritales han causado demoras a través de falta de contactos y cambio de prioridades
- Las comadronas más viejas resisten el entrenamiento de asistencia en el parto del MS y se oponen a entrenar a las comadronas nuevas y más jovenes
- Razones religiosas/culturales contra los métodos modernos para evitar el embarazo

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: PCI/Guatemala - SI-II
Fuente: Cuestionario de SIyS 1988

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 3 años	$400,000
Financiamiento Proporcionado por la ONG (30%)	$169,938
A.I.D. $ por beneficiario por año	$13.30
¿Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Mixta
¿Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	23,000
¿Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	1,000
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántos infantes menores de 12 meses hay?	1,000 (4%)
¿Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavía no tienen 60 meses de edad?	2,000 (9%)
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	1,000 (4%)
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántas mujeres están en edad reproductiva? (15-49 años)	5,000 (22%)
¿Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	1,000
¿Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	1,000

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
TRO/Enfermedades Diarréicas	25%	$100,000
Inmunización	15%	$ 60,000
Nutrición:	40%	$160,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Nacimientos de Alto Riesgo	15%	$ 60,000
Otro: ARI, Agua Potable y Saneamiento	5%	$ 20,000

sfuerzos para recolectar información a Nivel II:
Encuesta de línea de base finalizada, Febrero 1987, se recolectaron todos los indicadores a Nivel II. PCI/Guatemala planea realizar una segunda encuesta al final del proyecto.

PERFIL DEL PROYECTO: HOPE/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Expansión de un proyecto de SI-I para reducir la mortalidad de los recién nacidos/niños enfocando principalmente a 47,621 mujeres de 15-49 años, 9,864 recién nacidos y 26,181 niños de 12-59 meses en las áreas rurales del altiplano de Guatemala, con un financiamiento por tres años

INTERVENCIONES DE SI:
TRO: 30%
Inmunización: 20%
Nutricion: 35% (incluye 5% vitamina A)
Otro: 15% (5% IRA y 10% Agua/Saneamiento)

OBJETIVOS:

TRO

1) 90% de las familias recibirán educación en TRO en agosto 1991
2) 80% de las madres serán competentes en mezclar y administrar TRO
3) 45% de los niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas 2 semanas recibirán el tratamiento de sobres de SRO o soluciones caseras

Inmunización

4) Alcanzar los siguientes niveles de inmunización en niños de 12-23 meses que hayan sido vacunados previamente en el primer año de edad: BCG 80%; DPT3 70%; Polio3 70%; Sarampión 80%
5) 50% de las mujeres entre 13-49 años recibirán 2 dosis del toxoide tetánico

Nutrición

6) 90% de todos los recién nacidos amamantarán y 75% recibirán alimentos apropiados de destete
7) Reducir en un 10% el número de niños entre 12-23 meses con peso por edad menor a dos desviaciones estandard por debajo del peso promedio
8) Monitoreo del crecimiento continuo cubrirá 50% de los niños entre 0-23 meses en agosto 1991
9) 80% de los niños entre 12-71 meses cuyas familias usan solamente panela recibirán suplementos de vitamina A

Otro

10) 80% de las familias recibirán educación en higiene, eliminación apropiada de basura y metodología para solucionar problemas de agua y saneamiento a largo plazo; 80% de las familias recibirán instrucción continua de SI

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Colaboración con el Ministerio de Salud, OPS, Comité Nacional para Prevenir la Ceguez, INCAP, UNICEF, las escuelas de Medicina y Trabajo Social de la Universidad de San Carlos, Agua del Pueblo, Servicios Comunitarios y el Cuerpo de Paz

Dos trabajadores guatemaltecos como supervisores del campo estarán envueltos en la orientación intensiva de la administración/planificación/evaluación del proyecto
Reducción del presupuesto asignado para la participación del personal extranjero
Transferencia gradual de actividades de HOPE SI-I y SI-IV al MS
Esfuerzos del desarrollo de la comunidad se esperan que resulten en un aumento de ingresos a través de negocios de pequeña escala, talleres comunales y agricultura mejorada.

DETALLES A RESALTAR:

Desarrollar un Sistema de Información en Salud basado en un listado de familia del formato de MS/PAI
Establecer un Sistema de Registro Familiar para identificar individuos en alto riesgo
Establecer un sistema mensual de registrar/reportar la actividad de trabajadores comunitarios de salud e instrucción familiar
Realizar una encuesta anual de CAP en referencia al manejo de diarrea, condición nutricional, creencias y actividades
Hacer un estudio antropológico sobre percepciones locales y el tratamiento de diarrea
Entrenar 1,300 voluntarios comunitarios, promotores y comadronas en SI y Sistema de Registro Familiar
Los TCS proveerán instrucción/visitas domiciliares continuas a 90% de las familias en alto riesgo; los TCS harán reuniones con grupos de la comunidad y de madres en referencia al saneamiento ambiental
Los TCS recibirán incentivos como talco, sobres de SRO, etc.
Los TSR anunciarán mensajes de SI en las escuelas y por la radio
Los TSR proveerán semillas de vegetales a TCS y a comunidades locales para promover hortalizas
Se espera que las actividades de la promoción de vacunación estarán en marcha en 100% de las comunidades de SI-IV para febrero 1990
Establecer un sitio centinela y otro en asignados puestos de salud del MS
Se espera que 80% de los TCS reconocerán y referirán casos de IRA
Preparar nuevos manuales de entrenamiento para TRSs y TCSs
Desarrollar un programa de entrenamiento para trabajadores analfabetos

AVANCES HASTA FEBRERO DE 1989 (PRIMEROS 6 MESES):

Encuesta de línea de base finalizada, análisis en marcha

LIMITACIONES:

Sitios del campo son remotos y difícil llegar
Problemas existen en el sistema de inmunización del MS
Inscripción familiar es voluntaria

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: HOPE/Guatemala - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 3 años	$600,000
Financiamiento Proporcionado por la ONG (25%)	$200,000
A.I.D. $ por beneficiario por año	$1.97
¿Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Rural
¿Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	232,749
¿Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	9,864
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántos infantes menores de 12 meses hay?	7,953 (4%)
¿Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavía no tienen 60 meses de edad?	26,181 (11%)
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	7,353 (3%)
De la gente que vive en el area de servicio, ¿cuántas mujeres están en edad reproductiva? (15-49 años)	47,621 (20%)
¿Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
¿Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
TRO/Enfermedades Diarréicas	30%	$180,000
Inmunización	20%	$120,000
Nutrición: (incluye 5% Vitamina A)	35%	$210,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Otro: ARI	5%	$ 30,000
Agua Potable/Saneamiento	10%	$ 60,000

Esfuerzos para recolectar información a Nivel II: Encuesta de línea de base finalizada. HOPE está determinando el % de niños de 12-23 meses que tienen un peso por edad mayor que dos desviaciones estandard por debajo del promedio y que estén vacunados a la de edad de un año con BCG, DPT3, Polio3 y sarampión; el % de recién nacidos/niños de 0-59 meses con diarrea durante las últimas dos semanas tratados con TRO; el % de mujeres de 15-49 años que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibieron 2 dósis de toxoide tetánico; el % de bebés de 0-11 meses que están amamantando y recibiendo otros alimentos a una edad apropiada.

PERFIL DEL PROYECTO: LLI/Honduras - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Un nuevo proyecto para mejorar la salud y nutrición de recién nacidos en los barrios marginales de bajos ingresos de San Pedro Sula y el barrio semi-rural Villanueva para servir aproximadamente 7,000 embarazadas y 14,000 madres que están dando de amamantar a los niños de 0-11 meses, con un financiamiento por cuatro años

INTERVENCIONES DE SI:

Nutrición: 100% (Lactancia materna)

OBJETIVOS:

1) Proveer información y apoyo a aproximadamente 2,400 nuevas madres a través de los voluntarios en la lactancia materna y los grupos de apoyo

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Coordinación con el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Ministerio de Salud (MS) y la Asociación Hondureña de la Lactancia Materna (ALACHMA)
- ALACHMA desarrollará una red de supervisión con la infraestructura para asegurarse que los grupos de apoyo continúen después de finalizado el proyecto
- Colaboración con LLI/Guatemala y LLI/México
- La organización indígena/de la comunidad se involucrará en la selección de los voluntarios de la lactancia materna de un grupo de posibles promotores
- Consulta íntima con el personal del centro de salud
- Establecimiento de enlaces con otras ONG que estén trabajando dentro del país
- Los cursos para el entrenamiento y la retroalimentación de información recolectada en las evaluaciones periódicas y las reuniones serán mecanismos importantes para mejorar el manejo del programa del personal de las instituciones locales
- El personal incluye trabajadores hondureños, un coordinador extranjero; la posición de coordinador será transferida gradualmente a un trabajador hondureño
- La posibilidad de la generar ingresos - cobrando tarifas por servicio

DETALLES A RESALTAR:

- El proyecto se ha desarrollado de las actividades previamente existentes en la lactancia materna
- Reclutar y entrenar 120 voluntarios de la lactancia materna

- Establecer 60 grupos de apoyo de madres en la lactancia materna
- Conducir 24 campañas de conocimiento y 4 conferencias anuales sobre la lactancia materna
- Planear anuncios por la radio y la televisión para promover el conocimiento de la lactancia materna

AVANCES HASTA FEBRERO 1989 (LOS PRIMEROS 6 MESES):

- El proyecto está en una fase preliminar de organización
- Se está escogiendo el personal del proyecto
- El plan original de 6 meses ha sido revisado
- Se está buscando apoyo de UNICEF para la preparación y publicación de materiales educativas para los grupos de apoyo de madres
- Se está recolectando la información de la línea de base

LIMITACIONES:

- Disponibilidad de fondos reducidos para el proyecto
- No se reconoce La Liga de Leche Internacional como una ONG oficial
- Dependencia en los voluntarios, falta de personal pagado para llevar a cabo el proyecto
- Un programa basado en la atención clínica puede tener problemas en alcanzar a los grupos de alto riesgo en la comunidad que no acudan a la asistencia clínica
- La posible adopción de una tarjeta de crecimiento brasileña en vez de una de Honduras puede debilitar la relación con el MS

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: LLI/Honduras - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación Revisado

inanciamiento total de SI-A.I.D. por 4 años	$102,834
inanciamiento Proporcionado por la ONG (22%)	$ 28,400
.I.D. $ por beneficiario por año	$10.71
Es el area del proyecto principalmente rbana, rural o mixta?	Urbana
Cuántos habitantes viven en el area geográfica ervida por el proyecto?	467,511
Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año n el area del proyecto?	15,900
e la gente que vive en el area de servicio, cuántos infantes menores de 12 meses hay?	13,700 (3%)
Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero odavia no tienen 60 meses de edad?	50,600 (11%)
e los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 2-23 meses de edad?	No responde
e la gente que vive en el area de servicio, cuántas mujeres están en edad reproductiva? .5-49 años)	2,400 (0.5%)
Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están n el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva stán en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

tividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
Nutrición: Lactancia Materna	100%	$102,834

fuerzos para recolectar información a Nivel II:
Encuesta de CAP finalizada, Marzo - Abril 1989.

PERFIL DEL PROYECTO: HOPE/Honduras - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Un proyecto para reducir la morbilidad y mortalidad de 9,947 niños de 0-59 meses, incluyendo 3,787 niños de 0-23 meses, en veinte comunidades/barrios de Las Crucitas, una área marginal de Tegucigalpa, con un financiamiento por cuatro años

INTERVENCIONES DE SI:

TRO: 25%
Inmunización: 20%
Nutrición: 25%
Nacimientos de Alto Riesgo: 15%
Otro: 15% (Infección Respiratoria Aguda)

OBJETIVOS:

TRO

1) Alcanzar una cobertura de 80% en el uso de TRO en casos de diarrea en niños de 0-59 meses, haciendo énfasis en niños de 0-23 meses
2) Reducir la tasa de mortalidad de recién nacidos y niños de 0-23 meses, a causa de diarreas

Inmunización

3) Cobertura de 80% de niños 0-11 meses con dosis apropiadas de polio, DPT, BCG y sarampión
4) Reducir en un 50% la incidencia de enfermedades prevenibles por vacuna en los recién nacidos y niños
5) 50% de mujeres en edad fértil recibirán dos dosis de toxoide tetánico

Nutrición

6) 60% de los niños 0-23 meses estarán inscritos en un programa del monitoreo del crecimiento, con seguimiento 4 veces al año
7) 60% de las madres con niños de 0-23 meses estarán educadas en la lactancia materna y la nutrición
8) Aumento de 30% en el número de los recién nacidos y niños que han pasado a tener el peso normal según edad o que hayan mejorado en un grado el nivel de malnutrición por la escala de Gomez

Nacimientos de Alto Riesgo

9) 60% de las madres con niños de 0-23 meses, con seis o más niños o que tengan menos de 18 o más de 40 años, estarán educadas en el espaciamiento de los nacimientos

Otro

10) Tratar/referir a las facilidades de salud hasta 1,500 casos de infecciones respiratorias agudas en niñor de 0-59 meses

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Planificar, discutir e integrar todas las actividades de SI con los objetivos de trabajo del contraparte
- Discutir el programa con el MS y la comunidad

INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: HOPE/Honduras - SI-IV
Fuente: Plan Detallado de Implementación

nanciamiento total de SI-A.I.D. por 4 años	$500,000
nanciamiento Proporcionado por la ONG (32%)	$236,397
I.D. $ por beneficiario por año	$4.40
s el area del proyecto principalmente bana, rural o mixta?	Urbana
ántos habitantes viven en el area geográfica rvida por el proyecto?	42,496
ántos recién nacidos nacen vivos cada año el area del proyecto?	No responde
la gente que vive en el area de servicio, ántos infantes menores de 12 meses hay?	2,045 (5%)
ántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero lavía no tienen 60 meses de edad?	7,902 (19%)
los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 23 meses de edad?	1,742 (3%)
la gente que vive en el area de servicio, ántas mujeres están en edad reproductiva? -49 años)	12,530 (29%)
ántas de las mujeres en edad reproductiva están el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	No responde
ántas de estas mujeres de la edad reproductiva án en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

ividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
RO/Enfermedades Diarréicas	25%	$125,000
nmunización	20%	$100,000
utrición:	25%	$125,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Vitamina A		
acimientos de Alto Riesgo	15%	$ 75,000
tro: ARI	15%	$ 75,000

uerzos para recolectar información a Nivel II:
Encuesta de línea de base finalizada, Noviembre 1988.

- Coordinación con AID/Honduras, UNICEF, CARE, PANI, Club de Rotary, PROALMA, ASHONPLAFA, JNBS, Epidemiología del MS, Departamentos de Salud Materno-Infantil y Saneamiento Ambiental y el Departamento Nacional del Agua
- Tranferencia gradual de todas las actividades del proyecto al personal contraparte de Las Crucitas después de finalizar el financiamiento externo
- Absorpción progresiva del personal supervisorio

DETALLES A RESALTAR:

- Intentos de alcanzar a la población peri-urbana de alto riesgo
- Servicios globales extramurales basados en la comunidad para promover y monitorear la condición de salud, enfatizando la atención rápida en la casa y referencia al servicio apropiado del MS
- Proyecto de SI basado en el Centro de Salud de Las Crucitas
- La comunidad seleccionará a los voluntarios de salud
- Entrenar a 175 voluntarios comunitarios de salud para ser promotores locales de TRO, inmunizaciones, la lactancia materna, prácticas nutricionales mejores e intervenciones del espaciamiento de nacimientos
- Entrenar y organizar a los grupos comunitarios (organizaciones voluntarias, maestros de primaria, mujeres y clubes de jóvenes) para promover intervenciones de supervivencia infantil y reportar sobre diarrea, IRAs y enfermedades prevenibles por vacuna
- Colaborar con CARE, JNBS, UNICEF y PANI para crear Lactarios, Guarderías Infantiles y Comedores Infantiles
- Desarrollar materiales de enseñanza y formularios del manejo de información en Supervivencia Infantil

AVANCES HASTA FEBRERO 1989 (PRIMEROS 6 MESES):

- Se ha establecido coordinación básica y acuerdos con las autoridades de la Región Metropolitana de Salud y del Centro de Salud de Las Crucitas
- Se ha finalizado el reclutamiento del personal, la orientación y el entrenamiento
- Se ha realizado la encuesta de línea de base
- Se ha diseñado e implementado el sistema funcional del registro familiar

LIMITACIONES:

- Población migratoria
- Alta tasa de malnutrición de niños
- Dependencia en los voluntarios para hacer diagnosis/tratamiento/referencia, aún cuando los voluntarios solamente pueden invertir un tiempo limitado en dichas actividades

PERFIL DEL PROYECTO: SCF/Honduras - SI-III
Fuente: 1988 Primer Reporte Anual, Cuestionario de SIyS 1988 y el Plan Detallado de Implementación de 6 Meses

PROPOSITO:

Un proyecto para mejorar la supervivencia infantil en 31 comunidades de Perspire y La Esperanza, áreas rurales de Honduras, sirviendo a una población de 1,000 infantes, 2,000 niños de 12-59 meses y 4,000 mujeres entre 15-49 años, con un financiamiento por cuatro años

INTERVENCIONES DE SI:

TRO: 20%
Inmunización: 20%
Nutrición: 40%
Nacimientos de Alto Riesgo: 10%
Otro: 10% (Agua Potable y Infección Respiratoria Aguda)

OBJETIVOS:

TRO

1) 100% de los voluntarios comunitarios de salud (VCS) serán competentes en mezclar TRO y alimentar/hidratar al niño durante/después de la diarrea
2) 80% de las familias en todas las 54 comunidades recibirán entrenamiento en TRO
3) 80% de las familias serán competentes en mezclar TRO y alimentar/hidratar al niño durante/después de la diarrea

Inmunización

4) Inmunización completa de 75% de los niños de 0-11 meses
5) Inmunización completa de 90% de los niños de 0-59 meses
6) Inmunizar dos veces a 75% de las mujeres de 15-49 años con toxoide tetánico

Nutrición

7) Se inscribirán 85% de todos los niños menores de 5 años en programas regulares del monitoreo del crecimiento en las 30 comunidades iniciales
8) 100% de los niños identificados con tercer grado de malnutrición (según la clasificación Gómez) recibirán el seguimiento apropiado
9) Habrá un aumento de 10% cada año en el número de los niños presentando un crecimiento de acuerdo al criterio de UNICEF

Nacimientos de Alto Riesgo

10) 80% de las embarazadas sabrán donde recibir atención prenatal
11) 80% de las embarazadas serán vistas y sus posibles riesgos evaluados por una comadrona entrenada
12) En 60% de los nacimientos la madre habrá realizado por lo menos una visita clínica prenatal

Otro

13) Construcción de sistemas protegidos de agua en 8 comunidades al año hasta Diciembre 1988

14) 100% de los voluntarios y promotores de salud y 80% de las familias reconocerán los síntomas de pulmonía y serán competentes en obtener el tratamiento o referir a los casos

PLAN DE ACCION PARA EL SOSTENIMIENTO:

- Los trabajadores hondureños dirigirán completamente el proyecto
- Transferencia gradual de las actividades a las comunidades
- Las comunidades tomarán las responsabilidades de SI
- Participará en las campañas del Ministerio de Salud (MS)
- Las comunidades mejorarán en la habilidad de buscar y obtener recursos externos para sostener el proyecto de SI

DETALLES A RESALTAR:

- 28 de las 30 comunidades tienen agua limpia filtrada de las manantiales; cada casa tiene un grifo y un inodoro
- Comités comunales operan los centros para criar los pollitos, peces y conejos y para producir huertas de vegetales
- Las comunidades celebraron "Festivales del Niño Sano," juegos comunales para las familias que practican los comportamientos de protección del niño
- Realización de competencias comunales para inmunizar a más niños
- Voluntarios del Cuerpo de Paz juntaron a los equipos de SI para dar charlas y demostraciones escolares en nutrición
- Mensajes por la radio sobre la nutrición, TRO, el espaciamiento de nacimientos e higiene
- Entrenamiento del personal de ASCH para educar a los pueblos remotos sobre el SIDA

AVANCES HASTA OCTUBRE 1988 (EL PRIMER AÑO):

- Finalización del censo familiar (100%) en 36 comunidades
- El monitoreo/reportaje continuo de estadísticas vitales (los embarazos, los nacimientos, las muertes y las migraciones)
- Finalización de los listados para monitorear la participación de cada comunidad en intervenciones de SI
- Entrenamiento de 125 enfermeras y trabajadores de salud en TRO, inmunización, prácticas de alimentación de recién nacidos y niños, el monitoreo del crecimiento, nacimientos de alto riesgo y el diagnóstico/tratamiento de malaria
- Entrenamiento de 1,289 madres, otros miembros de la familia, comadronas, maestros y líderes de la comunidad en TRO e inmunización
- Entrenamiento de 876 madres, otros miembros de la familia, comadronas y maestros en las prácticas de la alimentación de recién nacidos y niños
- Entrenamiento de 515 madres, otros miembros de la familia, comadronas y líderes de la comunidad en el monitoreo del crecimiento
- Entrenamiento de 509 madres, otros miembros de la familia, comadronas y maestros en el espaciamiento de los nacimientos

LIMITACIONES:

- Retraso en la impresión y utilización de los listados
- Cambio de directores médicos ha retrasado el proyecto

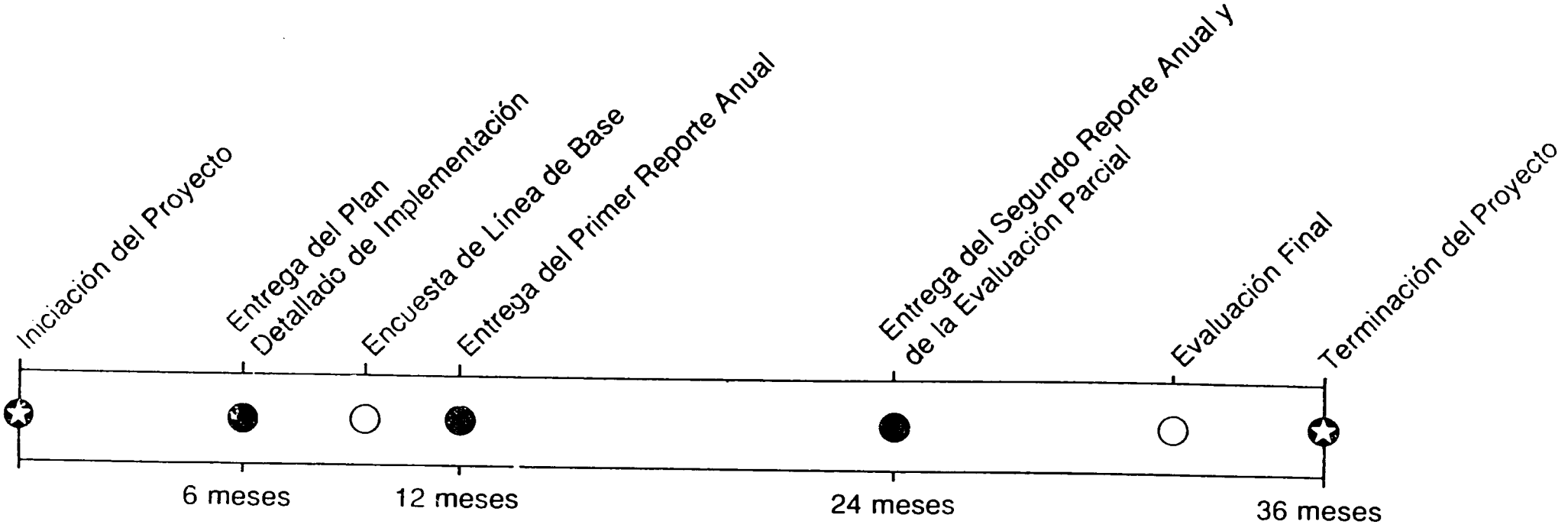
INFORMACION DEMOGRAFICA Y ESTADISTICA: SCF/Honduras - SI-III
Fuente: Cuestionario de SIyS 1988

Financiamiento total de SI-A.I.D. por 4 años	$370,000
Financiamiento Proporcionado por la ONG (25%)	$123,000
A.I.D. $ por beneficiario por año	$9.25
Es el area del proyecto principalmente urbana, rural o mixta?	Rural
Cuántos habitantes viven en el area geográfica servida por el proyecto?	23,000
Cuántos recién nacidos nacen vivos cada año en el area del proyecto?	1,000
De la gente que vive en el area de servicio, cuántos infantes menores de 12 meses hay?	1,000 (4%)
Cuántos niños tienen por lo menos 12 meses, pero todavia no tienen 60 meses de edad?	2,000 (9%)
De los niños entre 12-59 meses, ¿cuántos tienen 12-23 meses de edad?	1,000 (4%)
De la gente que vive en el area de servicio, cuántas mujeres están en edad reproductiva? (15-49 años)	4,000 (17%)
Cuántas de las mujeres en edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 15-19?	1,000
Cuántas de estas mujeres de la edad reproductiva están en el grupo de edad de alto riesgo entre 35-49?	No responde

Actividades de Intervención:	% Asignado	A.I.D. $
TRO/Enfermedades Diarréicas	20%	$ 74,000
Inmunización	20%	$ 74,000
Nutrición:	40%	$148,000
Lactancia Materna		
Monitoreo del Crecimiento		
Alimentación de recién nacidos/niños		
Nacimientos de Alto Riesgo	10%	$ 37,000
Otro:	10%	$ 37,000
ARI		
Agua Potable y Saneamiento		

Esfuerzos para recolectar información a Nivel II:	No descritos

Duración de un Proyecto de Supervivencia Infantil de ONG
(Donación por 36 Meses)

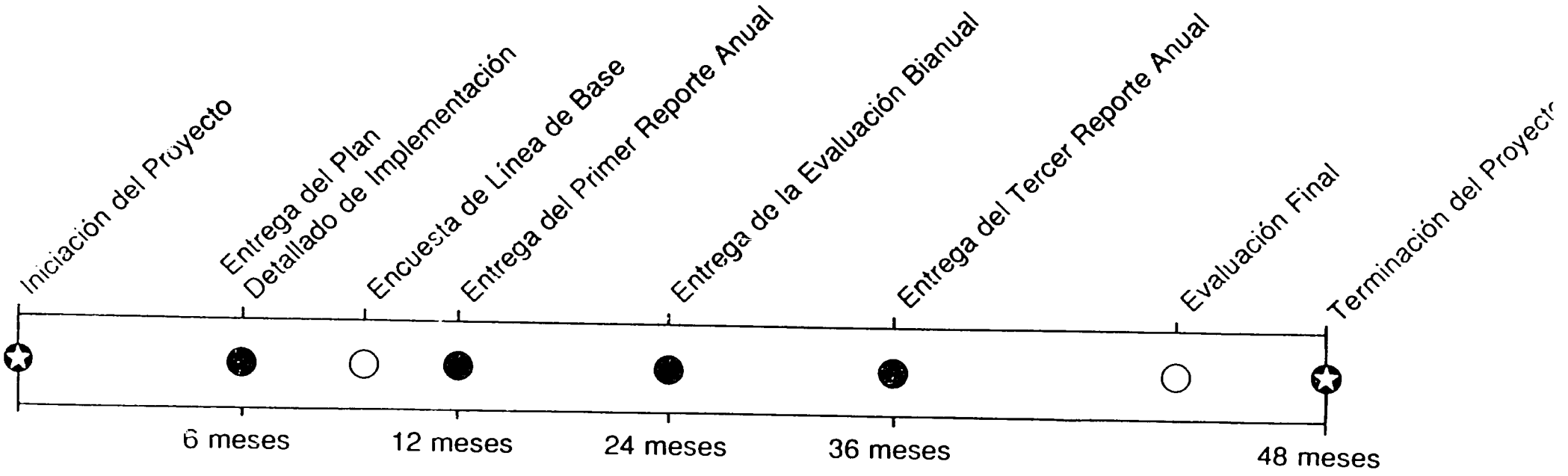


Donaciones de 36 Meses

SI-I 1 de Octubre, 1985 - 30 de Septiembre, 1988
SI-II 1 de Octubre, 1986 - 30 de Septiembre, 1989
SI-III* 1 de Octubre, 1987 - 30 de Septiembre, 1990

*Asociación Salva a Los Niños/Honduras termina el 30 de Septiembre, 1991

Duración de un Proyecto de Supervivencia Infantil de ONG
(Donación por 48 Meses)



Donación de 48 Meses

SI-IV* 1 de Octubre, 1988 - 30 de Septiembre, 1992

*Proyecto HOPE/Guatemala termina el 30 de Septiembre, 1991
*Servicios Católicos de Alivio/Ecuador termina el 30 de Septiembre, 1991

ONGS/PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL--FVA/PVC AF1985,1986,1987,1988,1989 (INCLUYE 1986 Y 1989 VITAMINA A, 1987 TITULO II Y 1987 PROYECTOS DE POLIOPLUS)

ONG	A F R I C A													L A C						A S I A/Cercano Este						ONG
	BF	Came	Keny	Malawi	Mali	Maur	Niger	Nigeria	Rwan	Sene	Sudan	Ugan	Zimba	Bolivia	RD	Ecuad	Guate	Haiti	Hond	Bangl	India	Indon	Nepa	Paki	Vanu	
ADRA				85				87	85		87**							85/8R				87		87		ADRA
AFCARE								86/89R																		AFCARE
AKF																								87		AKF
AMREF			86																							AMREF
ANDEAN														87												ANDEAN
CARE					86		87				86	85		85			89	85			87**	85/8R				CARE
CRS																85/8R										CRS
ESPERA														86/89R												ESPERA
EYECAR																		86*								EYECAR
FFH														87		88							87			FFH
FHI														89												FHI
FPSP																									89	FPSP
HKI							86*													85		85/6*				HKI
HOPE																89	85/8R		88							HOPE
ICC																		85								ICC
IEF				85/9R*																						IEF
LALECHE																	88		88							LALECHE
MIHV			88									85														MIHV
PCI														85/6/8R			86/9R					85/8R				PCI
PLAN					86									86	89		88	85								FPPLAN
ROTARY								87#													87#					ROTARY
SAWSO			85															85		85				85		SAWSO
SCF	89	86		86/89R	88						86/9R		85/8R	85/9R/6*/7		85			87	85/8R		85/9R	87			SCF
WRC																		87	89	87						WRC
WVRD			87		87	89*		88		86		89	85					87		88						WVRD
TOTAL	1	1	4	3	4	1	2	4	1	1	3	3	2	11	1	4	5	8	4	5	2	6	2	3	1	TOTAL
	BF	Came	Keny	Malawi	Mali	Maur	Niger	Nigeria	Rwan	Sene	Sudan	Ugan	Zimba	Bolivia	RD	Ecuad	Guate	Haiti	Hond	Bangl	India	Indon	Nepa	Paki	Vanu	

86*, 6 proyectos de vitamina A en 6 países, incluye HKI/Asistencia Técnica Regional - Africa, 5 ONGs

87**, proyectos de SI con lazos a Título II

87#, 2 Programas de ROTARY PolioPlus en 2 países

88R, AF85 Proyectos de SI (donaciones de 3 años) concedidos financiamiento de renovación del AF88

89R, AF85 y AF86 Proyectos de SI (donaciones de 3 años) concedidos financiamiento de renovación del AF89

Esfera: 75 Proyectos de Supervivencia Infantil en 25 países [16 SI I/85, 6 SI II/86, 18 SI III/87, 16 SI IV/88(8+8 85/8R), 19 SI V/89 (9+3 85/9R+7 86/9R)], 23 ONGs

4 Proyectos de vitamina A en 4 países, 4 ONGs; 2 Programas de Rotary PolioPlus en 2 países

AFR: 28 proyectos [6 AF85, 4 AF86, 5 AF87, 4 AF88 (3+1 85/8R), 9 AF89 (3+1 85/9R+5 86/9R)], 10 ONGs, 13 países

LAC: 30 proyectos [6 AF85, 2 AF86, 6 AF87, 8 AF88 (4+4 8588R), 15 ONGs, 5 países

ACE: 17 proyectos (5 AF85, 0 AF86, 7 AF87, 1 AF88 + 3 AF88R), 10 ONGs, 5 países

PROGRAMA DE APOYO A LAS ONGS TRABAJANDO EN SUPERVIVENCIA INFANTIL

ESQUEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

A.I.D. ha desarrollado un esquema de tres niveles para monitorizar y evaluar las actividades de supervivencia infantil financiados por la Agencia. El sistema requiere que todas las actividades recolecten y reporten la información al nivel I, y que actividades con más de un millón de dólares de financiamiento recolecten y reporten información al nivel II. Evaluaciones al nivel III están reservadas para unos cuantos proyectos seleccionados. Información al nivel II puede ser recolectada al nivel local, regional o nacional, dependiendo de la variedad de la actividad particular reportada. Hay seis indicadores de ejecución que van a ser usadas para monitoreo y evaluación al nivel II. Son los siguientes:

1) Porcentaje de infantes/niños (de 12-23 meses) que tienen un peso por edad mayor que dos deviaciones bajo el mediano.

2) Porcentaje de infantes/niños (de 0-59 meses) con diarrea en las últimas dos semanas que fueron tratados con TRO.

3) Porcentaje de niños (de 12-23 meses) que recibieron vacunas hasta la edad de 12 meses:

   a) BCG
   b) DPT3
   c) polio3
   d) sarampión

4) Porcentaje de mujeres de 15-49 años que dieron a luz en los últimos 12 meses y recibieron dos dósis de toxoide tetánico.

5) Porcentaje de infantes (de 0-11 meses) que están siendo amamantando y reciben otros alimentos a la edad apropiada.

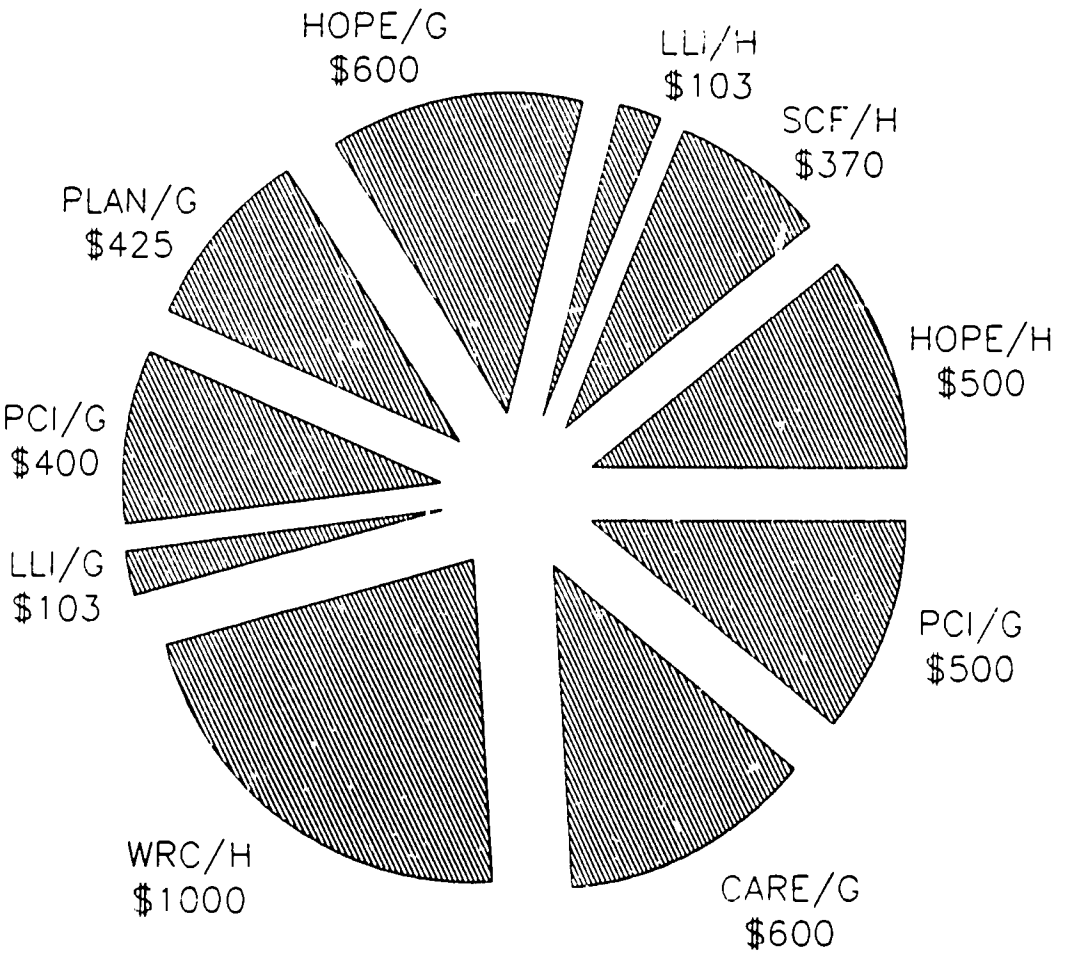
6) Porcentaje de mujeres de 15-49 años en estado marital que están usando métodos modernos de contracepción.

DATOS SOBRE LA COBERTURA Y EL ENTRENAMIENTO

PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LAS ONG

CENTROAMERICA

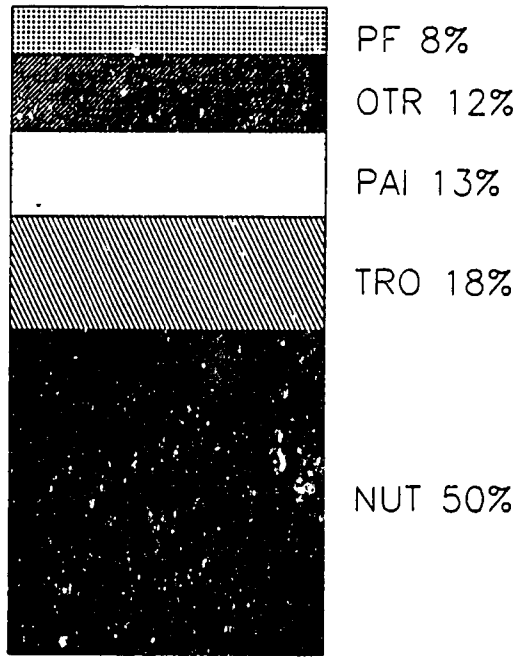
A.I.D. $ PARA
ONG-PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL
CENTROAMERICA, 1986-1989



TOTAL: $3,501 millones

SI-II:PCI/Guatemala. SI-III:SCF/Honduras
SI-IV. PLAN/G, LLI/G-H, HOPE,G-H
SI-V: WRC/H, CARE/G, PCI/G

% PRINCIPALES INTERVENCIONES
ONG-PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL
Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



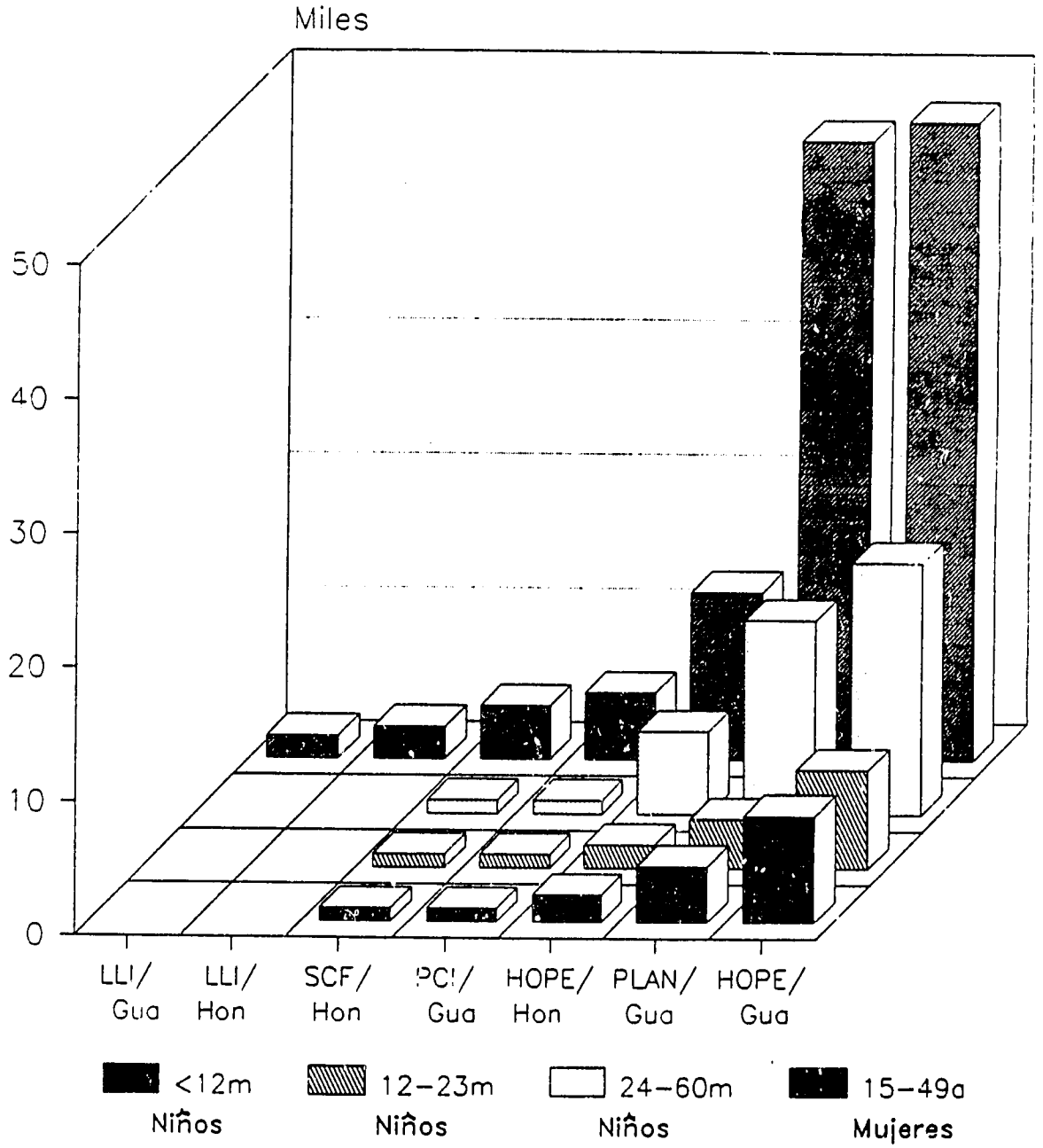
PF: Planificacion Familiar
OTR: Otra Intervencion

Incluye CRS/Ecuador y
Honduras: HOPE, LLI, SCF y
Guatemala: HOPE, LLI, PLAN, PCI

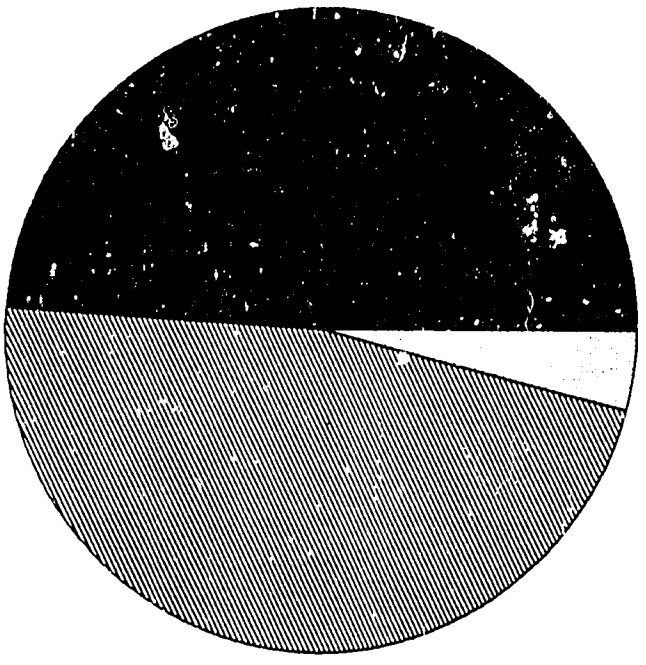
NUMERO DE BENEFICIARIOS

ONG-PROYECTOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



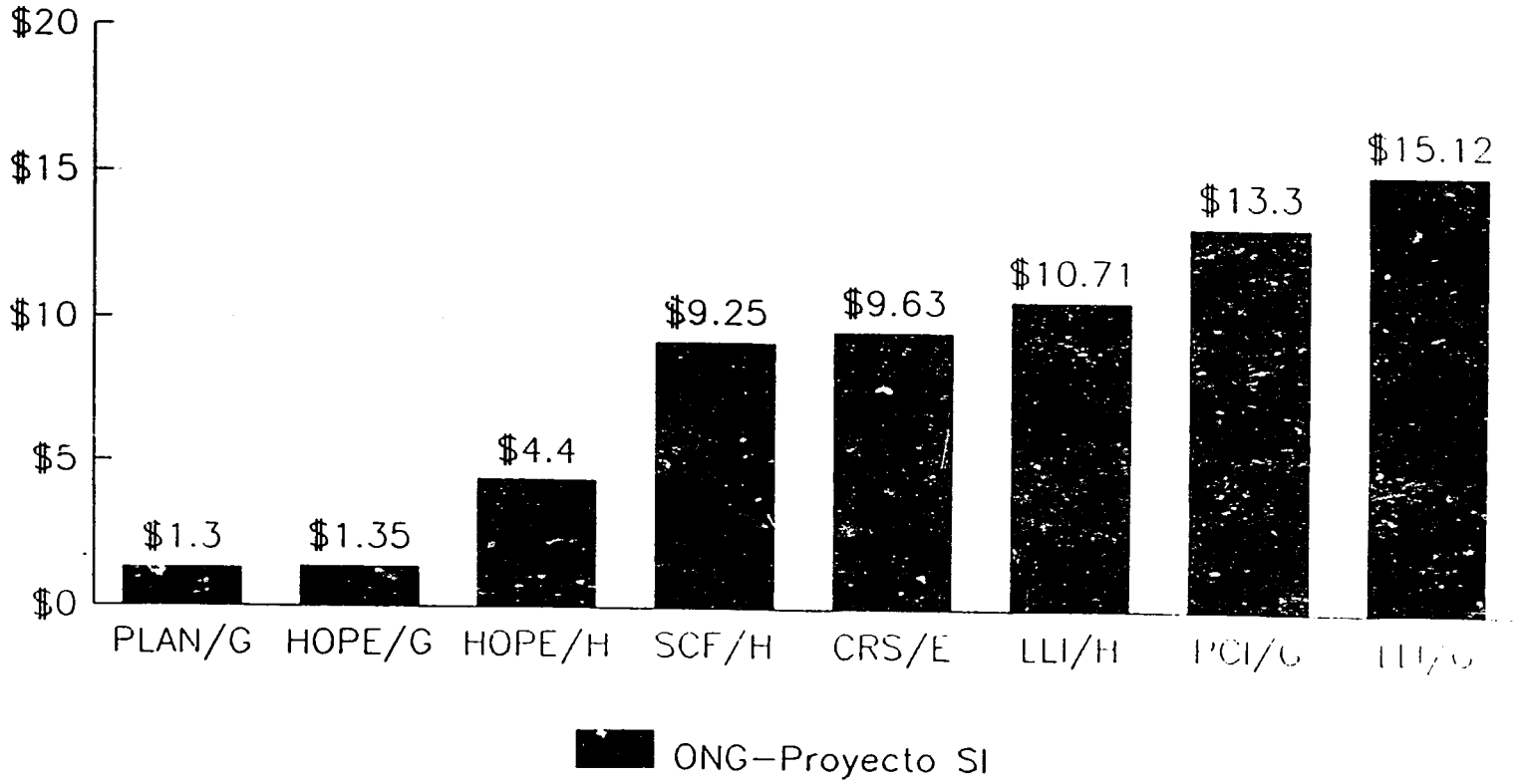
LOCALIZACION DE BENEFICIARIOS POR GRADO DE URBANIZACION, 1989
Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



Total Beneficiarios: 244,326

Urbana: HOPE/H, LLI/G, LLI/H, PLAN/G
Rural: HOPE/G, SCF/H, CRS/E
Mixta: PCI/G

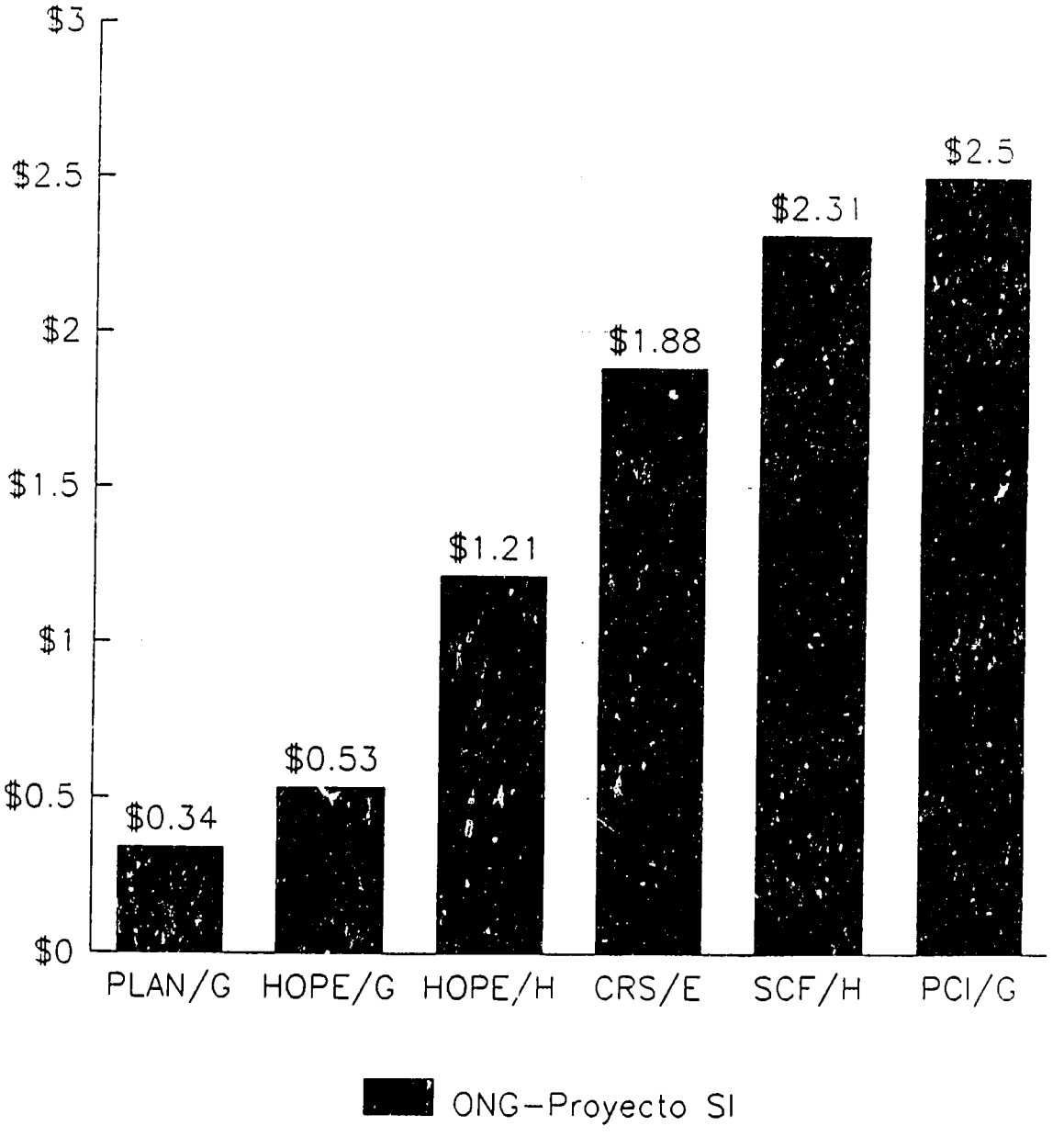
A.I.D. $ POR BENEFICIARIO POR AÑO
ONG–PROYECTOS S.I.
Taller de Trabajo Regional,Centroamerica



Formula=(proyecto AID$ / #benef / #años)
Benef=(#<59m+#mujer15–49)+(#RN)(#años–1)

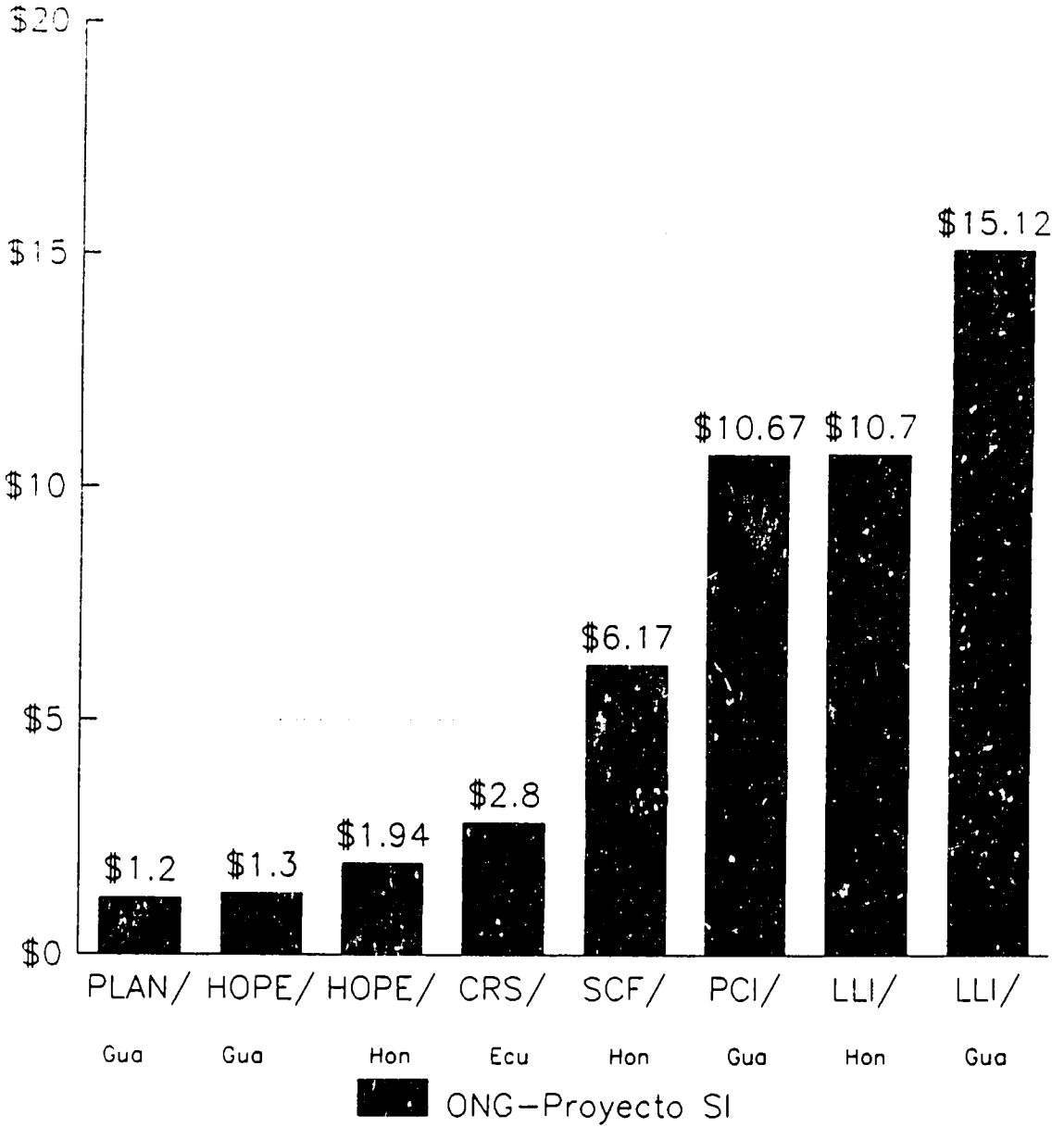
26

A.I.D. $ POR BENEFICIARIO POR AÑO
PROGRAMA DE INMUNIZACIONES
Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



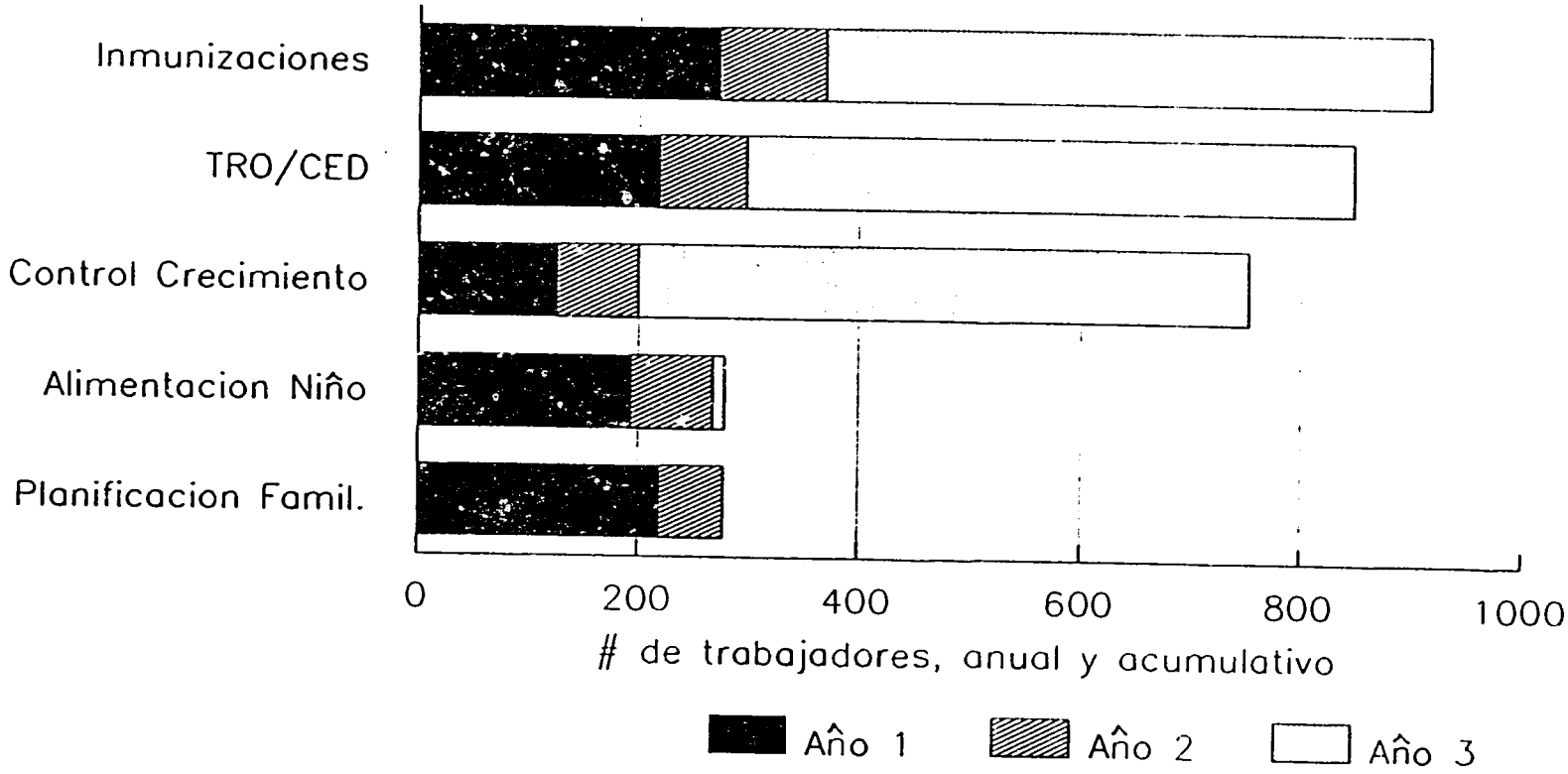
Formula=(PAI AID$ / # PAI benef / #años)
Benef=(#<11m+#mujer15-49)+(#RN)(#años-1)

A.I.D. $ POR BENEFICIARIO POR AÑO
COMPONENTE DE NUTRICION
Taller de Trabajo Regional,Centroamerica



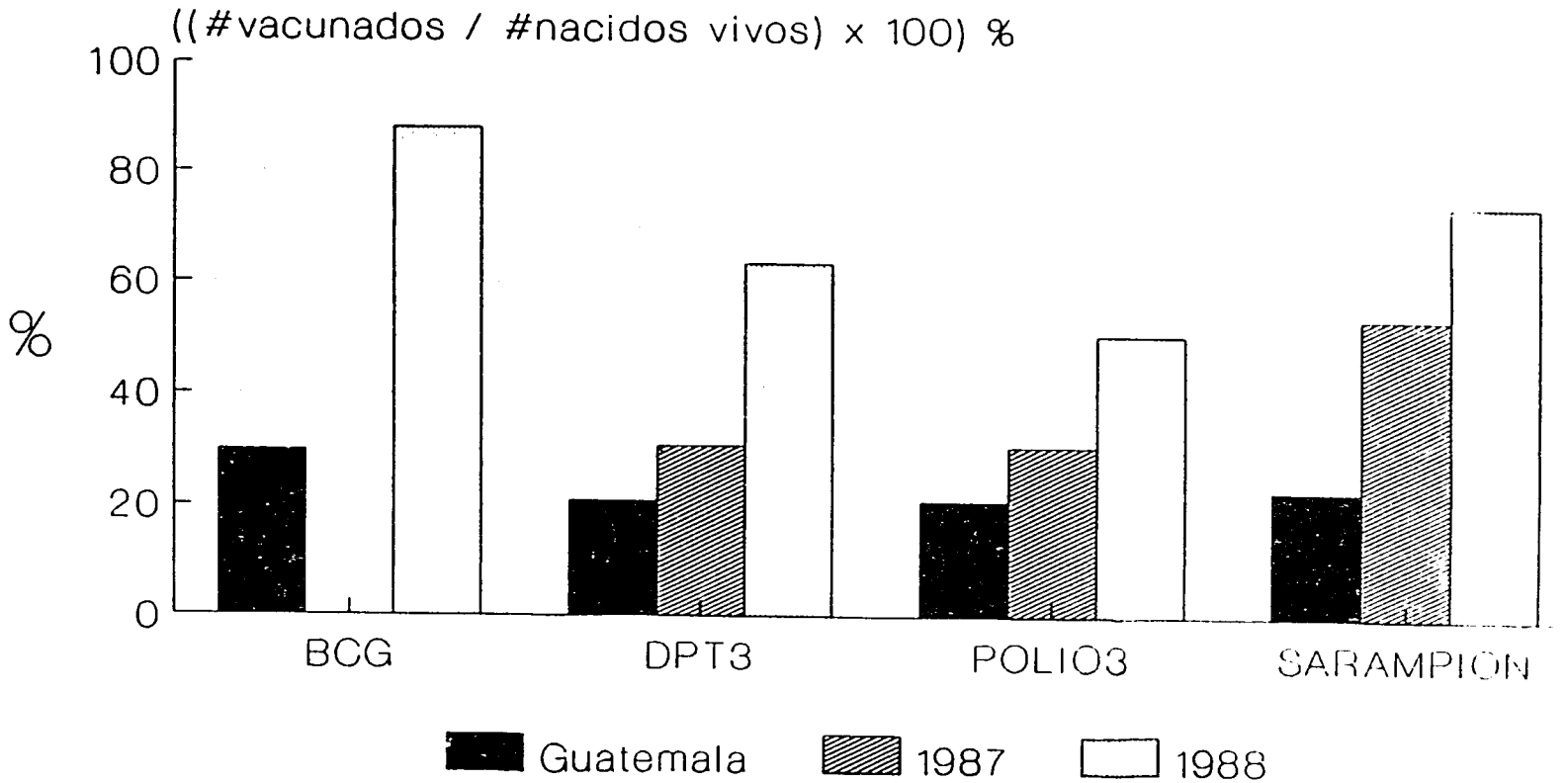
Formula=(NUT AID$ / #NUT benef / #años)
Benef=(#<59m)+(#RN)(#años-1)

CAPACITACION TRABAJADORES DE SALUD
POR TIPO DE CAPACITACION Y AÑO-PROYECTO
Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



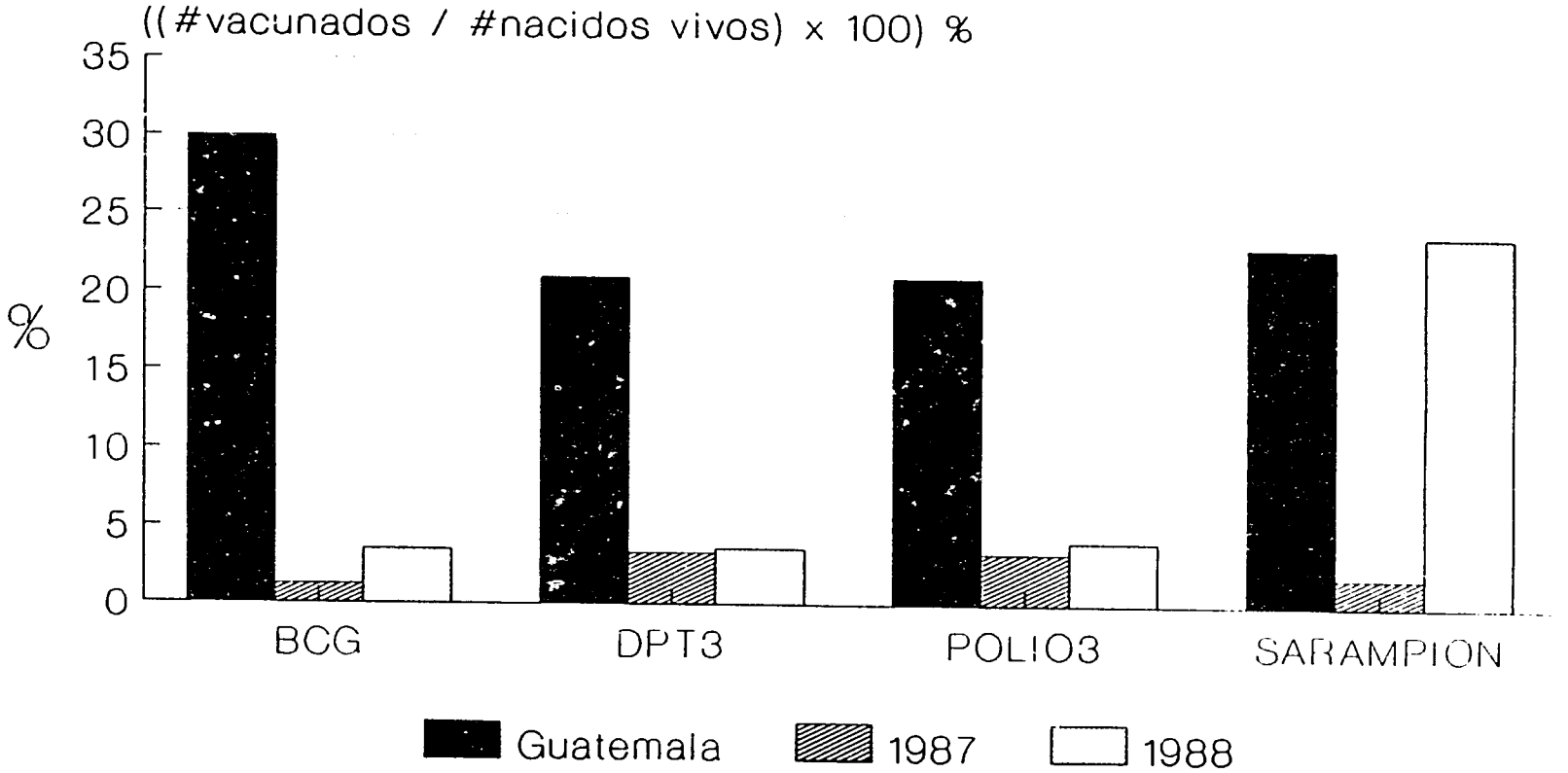
FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1986, 1987, 1988
ONG SI: CRS/E, HOPE/G, PCI/G, SCF/H

COBERTURA PAI REPORTADA, MENORES 1 AÑO POR VACUNA Y ANO DE PROYECTO PROYECTO SI - HOPE/GUATEMALA



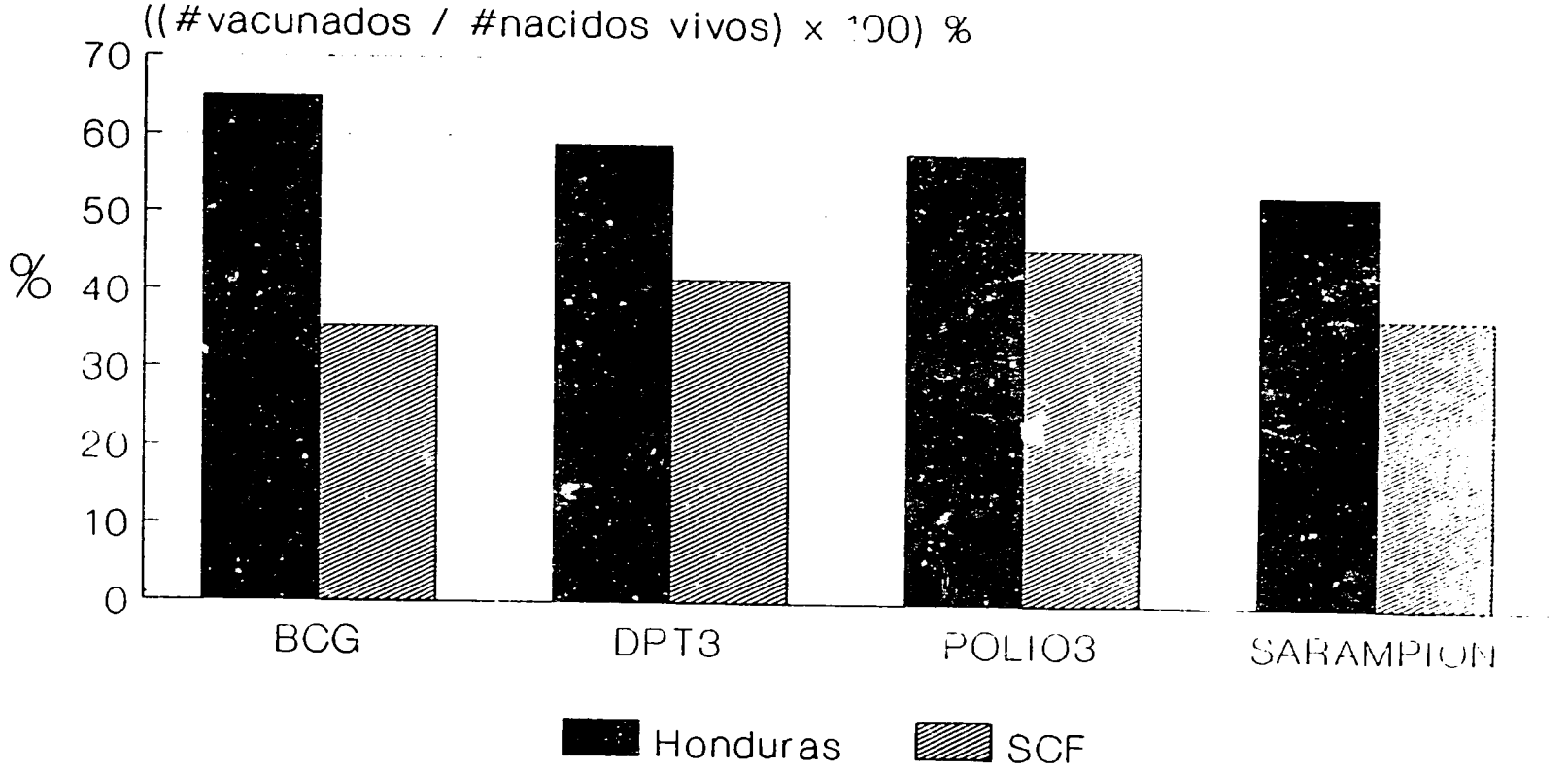
FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1987, 1988
Guatemala: OMS, 1987

COBERTURA PAI REPORTADA, MENORES 1 AÑO POR VACUNA Y ANO DEL PROYECTO PROYECTO DE SI - PCI/GUATEMALA



FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1987, 1988
Guatemala: OMS, 1987

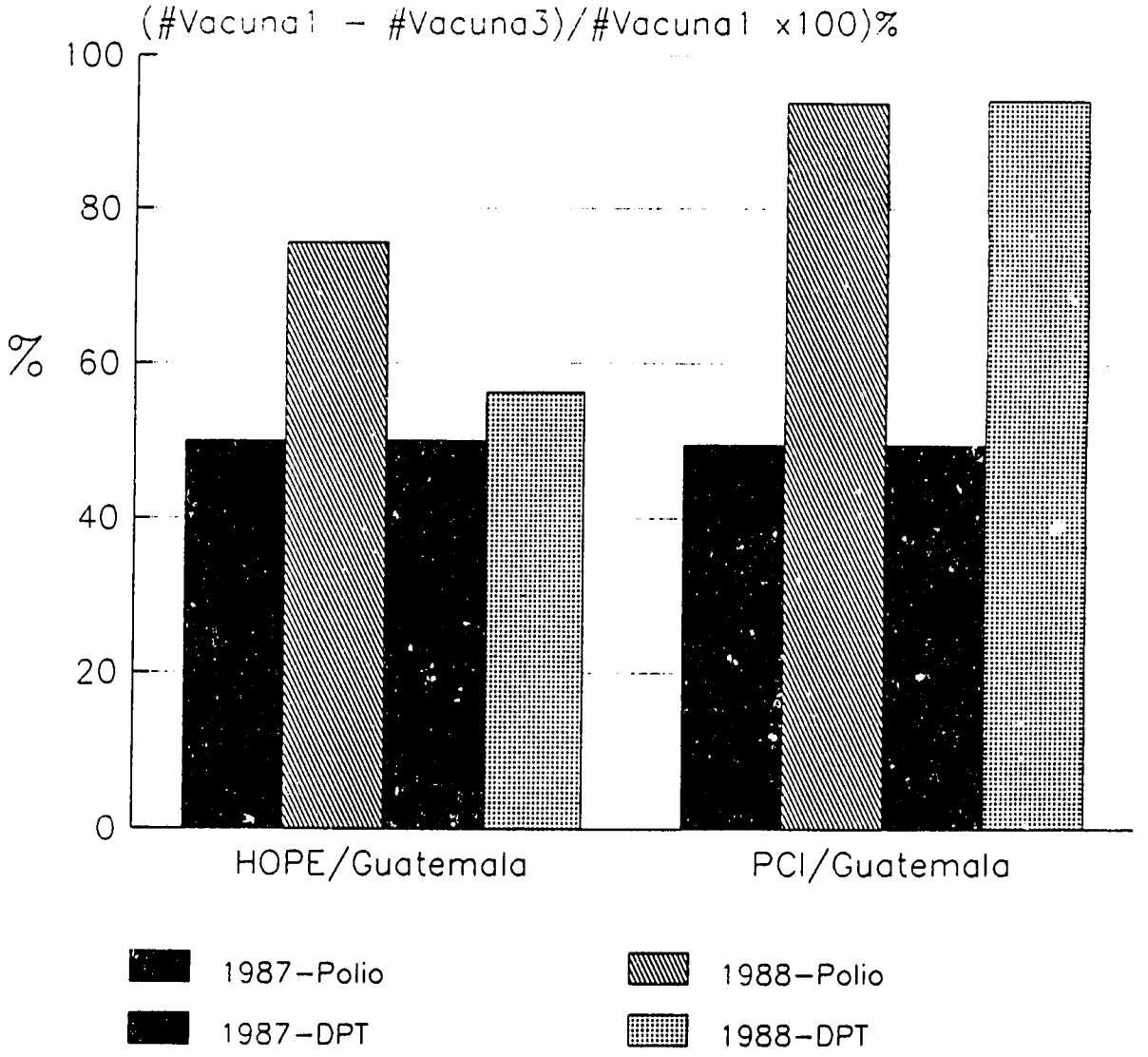
COBERTURA PAI REPORTADA, MENORES 1 AÑO POR VACUNA PROYECTO SI - SCF/HONDURAS, 1987-1988



FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1988
Honduras: OMS, 1987

104

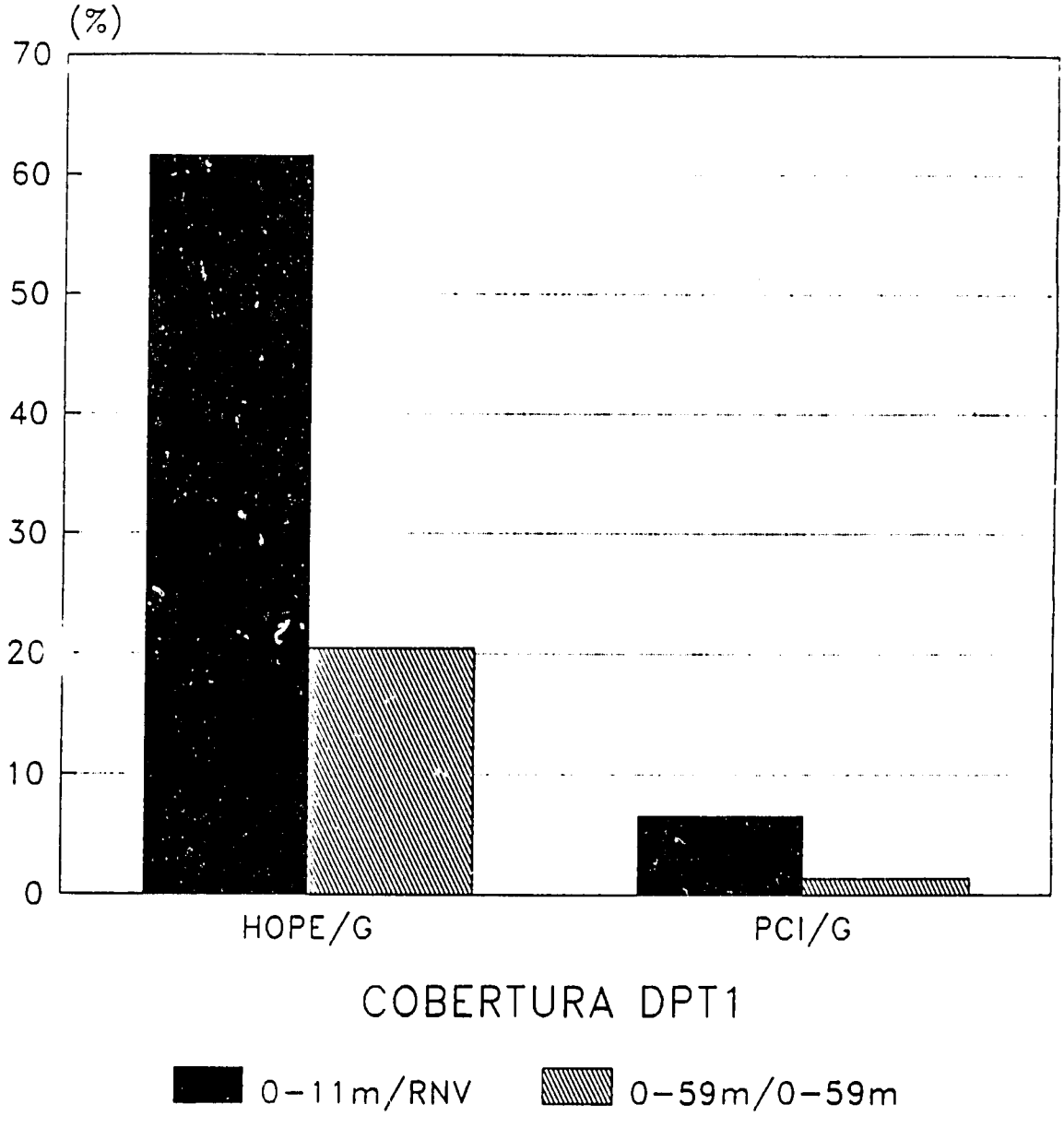
TASA DE ABANDONOS
NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
POR VACUNA, PROYECTO, AÑO



FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1987, 1988

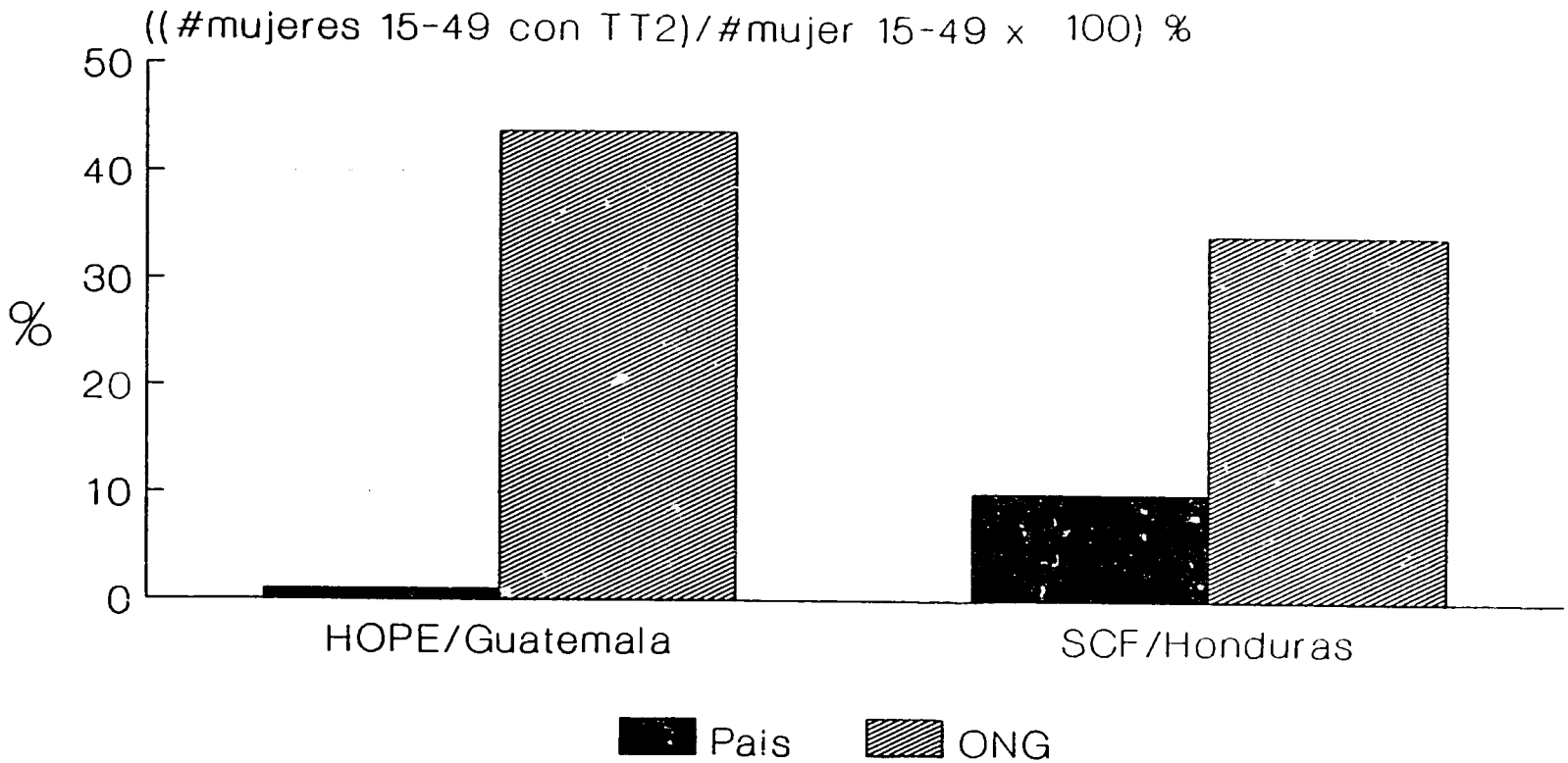
HABILIDAD DEL PROYECTO PARA ENFOCAR NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

Taller de Trabajo Regional, Centroamerica



FUENTE:
Cuestionario SI y S. 1987

COBERTURA REPORTADA DE TT2
EN MUJERES EN EDAD FERTIL
POR PROYECTO SI, PAIS, 1988



FUENTE:
Cuestionario SI y S, 1988
Pais: OMS, 1987

APPENDIX D

WORKSHOP EVALUATION

EVALUACION DEL TALLER

I.- Propósitos y Objetivos

	ALTO 5	4	3	2	BAJO 1
Por favor evalúe hasta que punto se han alcanzado los objetivos. Este taller fué designado para:					
1.- Compartir recursos materiales y promover una amistad profesional entre el personal de las ONG.			4.5		
2.- Compartir experiencias en el entrenamiento y la supervisión			4.0		
3.- Compartir experiencias y mejorar las estrategias del sostenimiento de los proyectos de Supervivencia Infantil(SI)			3.9		
4.- Fortalecer los sistemas de información de los proyectos de SI y discutir el uso de los datos			4.2		
Por favor evalúe hasta que punto se han alcanzado sus objetivos personales			4.2		
Por favor evalúe hasta que punto podría aplicar lo aprendido en el taller en su trabajo			4.2		

II.- Metodologias de enseñanza

	EXE-LENTE 5	MUY BIEN 4	BIEN 3	SATIS-FACTORIO 2	NO SATIS-FACTORI 1
A. Por favor evalue lo siguiente:					
1. Organización global del taller			4.4		
2. Utilización de material audiovisual			4.0		
3. Oportunidad para conversar con las personas recursos			3.8		
4. Materiales informativos y de recursos (sala recursos)			4.2		
5. Uso de metodologías interactivas y participativas por ejemplo grupos pequeños de trabajo			4.5		

	EXE-LENTE 5	MUY BIEN 4	BIEN 3	SATIS-FACTORIO 2	NO SATIS-FACTORIO 1
6. Visitas al Campo	___	___	4.8	___	___
7. Las habilidades de los entrenadores y personas recursos:					
Control y manejo de sesiones	___	___	4.2	___	___
Una actitud que facilita el aprendizaje	___	___	4.1	___	___
Receptividad a las sugerencias de los participantes	___	___	4.2	___	___

B. Que fué lo mas útil del taller? ___

C. Que fué lo menos útil del taller? ___

D. Que aspectos del taller podrían haber sido mejorados? ___

E. Comentarios adicionales: ___

III. Por favor evalúe la utilidad de cada sesión en la lista:

	MUY UTIL 5	4	3	2	INUTIL 1
Sostenimiento					
Plan de Acción de 90 días	___	___	4.2	___	___
Sistemas de Información en Salud	___	___	4.5	___	___
Requisitos de Reportes de AID	___	___	4.2	___	___
Sistema de Registro Familiar	___	___	4.2	___	___
La Supervisión en el Campo	___	___	3.9	___	___
Curso de Voluntarios	___	___	4.5	___	___
Retroalimentación sobre la Comunidad	___	___	4.3	___	___
Utilización de los Datos	___	___	4.4	___	___
Preparación para CAP	___	___	4.4	___	___
Mesas Redondas	___	___	4.6	___	___
Computadoras y Sistemas de Información	___	___	4.4	___	___
Lactancia Materna	___	___	4.5	___	___

Materiales Educativos para Analfabetas	___	___	4.3	___	___
Salud Mental en la Atención Primaria	___	___	4.2	___	___
Otro	___	___	4.3	___	___
Desarrollo de Materiales Educativos	___	___	4.7	___	___
Metodología de Comunicación en Salud	___	___	4.8	___	___

IV. Preparativos: local, hotel y viaje

	EXE-LENTE 5	MUY BIEN 4	BIEN 3	SATIS-FACTORIO 2	NO SATIS-FACTORIO
a. Por favor evalúe lo siguiente:					
1. Comunicación pre-seminario	___	___	3.7	___	___
2. Comidas y descansos	___	___	3.3	___	___
3. Sitio del seminario	___	___	3.5	___	___
4. Duración del seminario	___	___	3.8	___	___
5. Salas de conferencia	___	___	3.7	___	___
6. Habitaciones	___	___	2.8	___	___
7. Fecha del seminario	___	___	3.9	___	___
8. Otros	___	___	4.0	___	___

b. Por favor dé una evaluación general del seminario:
__Excelente (5) __Muy bien (4) __Bien (3) __Satisfactorio (2) __No satisfactorio (1)

4.1

c. Participaría Usted en un acontecimiento similar en el futuro?
Si ____5 ___4 ___3 ___2 ___1 No

4.9

d. Sugerencias para futuros seminarios u otras actividades:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Le agradecemos profundamente su cooperación completando este formulario que nos ayudar a preparar otras actividades en el futuro.

2. Respuestas Abiertas

B. ¿Qué fué lo más útil del taller?

Compartir con otras ONGs. Materiales educativos. Estratégia de comunicación.

El visitar al campo con el fin de concoer como se implementa un programa.

El uso de una metodología variada.

"Todo"

Haber podida demostrar la importancia del objectivo de nuestro projecto "Lactancia Materna"

La experiencia en el campo

Trabajo de campo. Metodología de la comunicación y mercadeo.

La interacción entre personas que realizan diferentes actividades.

Comunicación social. Experiencia de gira al campo.

Visita de campo, sostenimiento de projectos, supervisión, comunicación.

La experiencia logrado mediante la aplicación de los conocimientos teóricos impartados, sobre todo en los trabajos grupales en las visitas al campo.

Saber como se trabaja con el personal V.C. en cada programa, experiencias en supervivencia infantíl y aprender a mejorar el material educativo y ponerlo en práctica. En general, todo.

Realmente, todo fué muy útil, ya que nos permitirá reforzar más toda nuestra acción tanto en el campo como administrativamente.

Poder poner in práctica lo aprendido.

Conocer y compartir experiencias en cuanto a sostenimiento de los projectos.

Inicio (pero no final) del intercambio entre ONGs y de la amistad.

La exposición del AED sobre la propaganda.
El tema de comunicación, la experiencia en el campo, y mesa redonda, sostenimiento y requisitos de reportes de AID.

C. ¿Que fué lo menos útil del taller?

Realmente todo fué muy útil.

Ninguno

La parte de comunicación y elaboración de materiales para capacitación.

Todo fué útil porque todo iba enfocado a SI que es nuestro campo de interés.

Todo fué aprovechable, lo bueno para ponerlo en práctica y lo malo para mejorar en nuestras actitudes y prácticas respecto a nuestros proyectos.

Demonstración de la computadoras en el sistema de información.

Se cubieron muchos aspectos.

Nada, todo fué útil.

Sistema de información.

D. ¿Qué aspectos del taller podrían haber sido mejorados?

Distribución del tiempo. Dar oportunidad a participantes de presentar sus programs.

Profundidad en temas. Sistema de información, supervisión y comunicación social.

Mejor distribución del tiempo.

Ninguno

La logística.

Profundizar en los temas.

Se mejora interacción personal.

Logística: servicios del hotel.

Evaluación diaria de la jornada de trabajo.

Unicamente incluír mas ejercios de dinámica de grupos. El apoyo del hotel, la obtención de divisas, suministro inmediato de documentación, la comunicación entre organizadores y participantes.

Que cada organización de cada país hubiera expuesto su programa y sus materiales.

Más tiempo en las exposiciones.

La coordinación de los coordinadores y la comunicación con el grupo.

Más tiempo en los temas de comunicación y material educativo.

Puntualizar más los temas (contenidos).

La experiencias compartidas de los países integrantes.

Tratar de interealar los participantes de diferentes países en los asientos y tomar 3 temas de importancia y profundizar.

D. Comentarios adicionales.

En general el taller fué excelente y sería muy interesante que se tomarán en cuenta todas las sugerencias dadas por el grupo en próximos talleres.

Gracias por invitarme a este taller, espero "Supervivencia II"

La agenda de trabajo fué muy extensa, razón por lo que los temas no se pudieron profundizar.

Gracias por la oportunidad de haber venido a crecer un poco más al igual que los niños que van creciendo y sobreviven.

"Cuandos muchos excelentes cocineros preparan una sóla sopa, la receta falla."

Que los temas que se tienen contemplados para estos talleres el tiempo no es tan limitado.

Solamente muchas gracias por la oportunidad, sé que lo aprendido vendrá a reundar en la felicidad y el mejoramiento de la salud de todos esos niños que esperan ansios en los lugares más apartados de nuestra patria, la gran oportunidad.

Una grán experiencia - Felicidades.

Fué un taller: aplicable, excelente, interesante, objectivo y unificador.

Facilitar cambio de moneda.

Más tiempo para actividades de conocer más la ciudad en otro auto turístico. Más tiempo para el tema "comunicación" y material educativo.

Que para futuros talleres se invite al mismo personal para que tenga seguimiento y no se pierda la línea de el.

El taller debe ser más enfocado, seleccionar 2 temas y trabajarlos con profundidad. No "picar" en numerosos temas.

IV. d. Sugerencias para futuros seminarios u otras actividades.

Establecer más claramente los temas prioritarios y darle el tiempo acecuado.

Profundizar los temas. Integración entre el equipo de coordinadores y grupo de participantes.

Un poco menos apretados los temas, en especial más tiempo.

Tratar desde un principio mezclarse equipo y grupo de participantes; ya que hasta que eso se logró, hubo una mayor comunicación entre todos, y por supuesto, una mayor integración equipo-grupo de participantes, y como dije oralmente, no tener un hotel sin restaurante.

Más integración.

Profundizar más los temas.

Enviar programa. El material de cada sesión que este sintetizado en un informe.

Enviar invitación y programa con anticipación. Buscar un hotel céntrico. Que sea en otro país.

Profundizar más los temas.

Estudios de la idiocincrácia general de los participantes para tratar de evitar problemas inter-subjetivos.

Que éste seminario tenga seguimiento con el mismo personal

que ha participado ya que de esta manera se podra evaluar en forma integral el programa de supervivencia infantíl. Gracias infinitos por su invitación. Esto nos compromete a hacer nuestro trabajo con más amor, y dedicación con las familias que trabajamos.

Tener una mejor comunicación e informacion de las actividades antes de la realización del seminario.

Romper el hielo desde un principio. Cambiar de hotel. Flexibilidad en el horario. Más profundidad en los temas de más interés. Continuar con las actividades en el campo de observación y participacion. Enviarnos la programación con anteriorida.

Enviar el calendario de actividades antes del seminario. Enviar periódico de bibliografía relacionada con áreas débiles de ONGs y temas considerados en el seminario.

Priorizar los temas con el fin de profundizarlos. Comunicar oportunamente de talleres futuros. Incluír la agenda del taller. Proveer los respectivos guias. Hacer evaluaciones y dar a conocer las memorias del taller, que se nos haga llegar una copia a la oficina del trabajo.

No olvidarse de invitar a los mismos participantes.

Tomar en cuenta que el sitio de hospedaje quede in el centro de la ciudad y que tenga reunidos todos los servicios. Enviar el programa de antemano. Que los participantes queden interealados en los asientos.

APPENDIX E

EXPECTATIONS OF THE PARTICIPANTS

EXPECTATIVAS DE LOS PARTICIPANTES

* Promover la colaboración y coordinación entre las ONGs;

* Compartir las experiencias entre las ONGs e aprender nuevas estrategias que usan las otras ONGs en las siguientes áreas:
  - el sostenimiento de los proyectos de SI comunitarios,
  - el entrenamiento, capacitación, formación, y supervisón,
  - el registro familiar,
  - los materiales educativos.

* Aprender más sobre:
  - la evaluación y los reportes, especialmente como unificar los criterios,
  - como hacer la planificación para acción efectiva (estudios, etc.),
  - actividades de generación de ingresos y el desarrollo de los indicadores para el sostenimiento.

* Discutir temas de:
  - nutrición,
  - sistemas de información,
  - lactancia materna,
  - sostenimiento.

* Discutir mecanismos de colaboración y coordinación con el MSP.

* Discutir la relación ONG-AID.

* Promover la lactancia materna.

* Enriquecer la metodología de trabajo en el futuro.

* Por parte del INCAP, apoyo institucional a las ONGs para ayudar su desarrollo, especialmente en la área de educación de voluntarios en salud.

* Ayudar a la formación de los participantes.

* Que sea exitoso el taller para todos, sin fracasos ni problemas.

APPENDIX F

90-DAY ACTION PLAN - SUMMARIES

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **FALTA DE MATERIAL DE CAPACITACION PARA COMPONENTE PREVENCION DE BAJO PESO AL NACER PARA PERSONAL DE SALUD (PROMOTORES) DE MSP Y ONGs**

ONG: SAVE THE CHILDREN/REP.DOMINICANA

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
Después de haber realizado un inventario y análisis/evaluación de los materiales existentes en MSP y ONGs Un componente del problema es la falta de unificación de criterios	1. Diseño y validación de un rotafolio y láminas para el componente Prevención Bajo Peso al Nacer para Octubre 1989	1. Revisión de normas de PBPN 2. Revisión curriculum de capacitación PBPN 3. Elaboración del borrador del rotafolio 4. Elaboración de las láminas 5. Validación de rotafolio y láminas con promotores y supervisores 6. Impresión de un rotafolio y un juego de láminas	1. Normas PBPN revisadas 2. Currículum de capacitación PBPN revisado 3. Borrador de rotafolio elaborado 4. Borrador de las láminas elaborado 5. Validación de los borradores a través de grupos focales 6. Un rotafolio y un juego de láminas impresos	Equipo técnico PLANSI/MSP y SCF	1. Normas, currículums 2. Humanos, equipo técnico, dibujantes 3. Financieros para impresión/compra de materiales 4. Logístico, transporte, per diem 5. Materiales, papel lápices, cartulinas, colores, etc.

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **FALTA DE CAMINOS DE REFLEXION SOBRE LACTANCIA MATERNA** **ONG: CATHOLIC RELIEF SERVICES/ECUADOR**

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
	Elaboración, validación y capacitación a 30 promotores comunitarios sobre el manejo de láminas.	Elaboración de láminas (borrador) Validación de las mismas Elaboración de una versión de acuerdo a modificaciones surgidas en la validación Probar nuevamente con el grupo Elaboración final Capacitación a promotores en lo relacionado al manejo de las láminas	Laminas elaboradas (10) Validación realizada Capacitación a 30 promotores en el manejo de las laminas	Equipo técnico y promotores comunitarios	<u>Humanos:</u> Dibujante Promotores Madres <u>Materiales</u> Láminas Colores Papel <u>Financieros ?</u>

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **LOGRAR UNA MAYOR PARTICIPACION DE LOS NIÑOS ROTARIOS EN EL PROGRAM AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI) EN HONDURAS**

ONG: CLUB ROTARIO/HONDURAS

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
I. En las campañas nacionales de vacunación intensiva y extensiva	1. Planificar las actividades (10 días)	1.1. Reunión del Comité Nacional 1.2. Designación de Comisión Planificadora 1.3. Elaboración del Plan	1. Plan elaborado, revisado y aprobado	Comité Nacional	Material de Oficina Asignación presupuestaria, apoyo administrativo
	2. Obtener los recursos necesarios y elaborar los documentos y ayudas que se precisen (15 días)	2.1. Gestionar y obtener aportes y donaciones 2.2. Elaboración de cartas, instructivos, etc.	2.1. Aportes (dinero, transporte). 2.2. Instructivos, cartas, etc.	Comité Nacional	Material de oficina Apoyo administrativo
II. En el proceso de vacunación cotidiana y de limpieza	3. Realizar tres reuniones con socios de Clubs según área geográfica y obtener apoyo:			Comité Nacional	local ayudas material de oficina apoyo administrativo personal especializado
	3.1. Centro Sur Oriente (7 días) en Tegucigalpa	3.1. Seleccionar y contratar lugar de reunión por lugar	3.1. Local reservado		
	3.2. Nor-Occidente (7 días) San Pedro Sula	3.2. Hacer la convocatoria	3.2. Convccatoria		

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
	3.3. Nor-Oriente (7 días) en la Ceiba	3.3. Contratar técnico	3.3. Local arreglado y material y ayudas preparados		
		3.4. Preparar las reuniones	3.4. Trabajo motivacional	Experto/ Asesor, Comité Nacl	
		3.5. Trabajo Motivacional	3.5. Compromiso de apoyo formalizado	Comité Nacional	
		3.6. Compromiso de apoyo formalizado por componente del problema	3.6. Deseable en un 50% de los socios	Comité Nacional	
	4. Elaborar planes de acción concreta (10 días)	4. Convocatoria y reunión de Comisiones	4. Convocatoria	Comisiones Especiales	Material de oficina Apoyo administrativo
	4.1. Grupo de campaña de apoyo	4.1. Elaboración del plan	4.1. Plan elaborado y revisado	Comisiones Especiales	
	4.2. Grupo de vacunación cotidiana	4.2. Aprobación del plan	4.2. Plan aprobado	Comité Nacional	
	5. Obtener los recursos, elaborar los documentos y demás cosas necesarias para la ejecución de lo planificado (15 días)	5.1. Adquirir los recursos	5.1. Recursos obtenidos	Comisiones Especiales	Transporte Apoyo Administrativo Material de oficina
		5.2. Elaborar documentos	5.2. Documentos elaborados		

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
	6. Realizar la debida coordinación, supervisión y control por una Comisión Especial (15 días)	6.1. Nombrar Comisiones Evaluadoras	6. Coordinación, supervisión y control ejecutados	Comisiones Especiales	Transporte Viáticos Material/oficina Apoyo Administrativo
	7. Evaluación por el Comité Nacional (4 días)	7.1. Convocatoria y reunión 7.2. Evaluación 7.3. Informe final	7. Informe final de evaluación	Comité Nacional	Material/oficina Apoyo Administrativo

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: SISTEMA DE INFORMACION AL RECOLECTAR DATOS DE LOS GRUPOS DE APOYO A MADRES POR LAS MONITORAS ANALFABETAS O DE MUY BAJA ESCOLARIDAD

ONG: LA LIGA DE LA LECHE/GUATEMALA

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
	Tener un sistema de información funcionando adecuadamente	1. Revisión de material educativo	1. La existencia de un sistema de información	3 Técnicos 1 Coordinadora	1. Recursos Humanos
		2. Seleccionar los mismos dibujos que se adapten al sistema de información	2. Que el 60% de las monitoras capacitadas manejen bien el nuevo sistema de información		2. Dinero, papel, marcadores, fotocopias
		3. Elaboración de materiales a base de dibujos y signos: a. Diseño del for-formulario b. Hacer fotocopias			
		4. Validación: a. Se usarán 3 grupos pilotos, uno de cada comunidad capacitada			
		5. Capacitación a monitoras en el nuevo sistema de información: a. 3 Talleres de Capacitación: a.1. Comité Santa Fe - 10 a.2. Comité Ejercito de Salvación 30 a.3. Comité Chinaulta - 10			

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **NO HAY GRUPOS DE APOYO EN EL BARRIO CABAÑITAS**

ONG: LA LIGA DE LA LECHE/HONDURAS

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
1. Detectar mujeres embarazadas y madres lactantes	1. Detectar el 100% de las mujeres embarazadas y madres lactantes	1.1, Actualización de diagnóstico comunitario	1. Diagnóstico comunitario actualizado	1. Promotora y voluntarios	Lápiz papel bicicleta patineta refrigerio
		1.2. Visitas domiciliares dirigidas	1.1. Porcentaje de detección de mujeres embarazasdas y madres lactantes		
2. Formar con las mujeres embarazadas y madres lactantes los grupos de apoyo	2. Incorporar el 100% de las mujeres embarazadas y madres lactantes a los grupos de apoyo	2.1. Visitas domiciliares	2.1. Porcentaje de integración de las mujeres objeto de los grupos de apoyo	2. Promotora y voluntarios	
		2.2. Reuniones de motivación	2.2. Número de reuniones por grupos de apoyo		

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **DEFICIENTE SUPERVISION**

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA/GUATEMALA

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS
Falta de instrumento de supervisión a PRS Falta de instrumento consolidado Supervisión, PRS Falta Instrumento Supervisión a TSR Falta Instrumento consolidado Supervisión a TSR	Lograr creación y funcionabilidad de 4 instrumentos de supervisión: FS-1, FS-2, FS-3 y FS-4	Investigación Elaboración de los instrumentos Validación Capacitación Uso de los instrumentos Evaluación	Cada formulario FS-1 será utilizado en un mínimo de 10 supervisiones por cada TSR, y elaborará un consolidado de supervisión a Promotores, FS-2. Cada formulario FS-3 será utilizado en un mínimo de 5 supervisiones por TSR de área, quién elaborará un consolidado de supervisión a Técnicos en Salud Rural FS-4	TSR de Area	papel mimeógrafo stencils tinta máquina de escribir motocicletas combustible

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **LA AUSENCIA DE UN SISTEMA DE INFORMACION UNICO ADECUADO** ONG: **PLAN/GUATEMALA**

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
Ausencia de un sistema de información que sea: Para el nivel familiar Por voluntarios o promotores Unico y común a todas las instituciones que operan en el área (PLAN, MSP, IGGS y otras ONG).	1. Elaborar durante los primeros 30 días el diseño e instrumentación del sistema único de información que provea datos útiles válidos y confiables que obedezca a las metas y objetivos de los diferentes componentes programáticos de SI y bienestar familiar desarrollados por Instituciones que operan en el área.	1.1. Identificación de objetivos y metas de las instituciones participantes.	1.1. Elaboración de un plan escrito único con metas y objetivos definidos.	1.1. Coordinadores de diversas instituciones. Jéfes de Distrito.	1.1. Computadora, paquete wordperfect.
		1.2. Planificacion en la que intervienen las instituciones involucradas para desarrollar el sistema.	1.2. Número de reuniones de coordinación realizadas (realización de al menos dos se considera adecuado).	1.2. Coordinador de PLAN en SI.	Sala de reuniones de PLAN.
		1.3. Redacción de un documento que contenga el diseño o plan del sistema de información.	1.3. Existencia del documento del sistema de información.	1.3. Coordinador de PLAN en SI.	Computadora, paquete de wordperfect.
		1.4. Elaboración de prueba de instrumentos.	1.4. Existencia de instrumentos probados.	1.4. Coordinadora de monitores de SI. Experto en Sistemas de Información.	1.4. Computadora, formtool.
		1.5. Preparación del software para archivo y análisis	1.5. Existencia de un software funcional.	1.5. Programador de PLAN	1.5. Computador/diskette, DBase 3 plus

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
Integral, es decir que incorpore otros ^omponentes programáticos relacionados con la salud y bienestar faliar, desarrollados por PLAN y otras entidades del área (programas de producción de alimentos, generación de ingresos, mejoramiento de vivienda, etc).	2. Incluir en la capacitación en SI de agentes comunitarios de al menos del 50% de comunidades de San Vicente Pacaya, además de los tópicos relacionados con SI la aplicación de instrumentos del sistema de información en los días 30 a 60.	2.1. Elaboración de plan, materiales escritos y audiovisuales educativos.	2.1. Existencia de planes educativos escritos y ayudas audiovisuales.	2.1. Coordinadores de PLAN y otras instituciones y Dibujante contratado.	2.1. Computador, word-perfect & material de dibujo.
		2.2. Capacitación de agentes comunitarios para la aplicación de instrumentos elaborados y probados.	2.2. Número de agentes comunitarios capacitados por comunidad (1 por sector). Proporción de comunidades involucradas en la capacitación (50%).	2.2. Personal técnico de MSP, PLAN e IGGS	2.2. Equipo y material didáctico de PLAN y otras instituciones.
Válido, confiable y útil.		2.3. Prueba de campo	2.3. Proporción de agentes comunitarios que aplican adecuadamente los instrumentos.	2.3. Personal técnico de PLAN, MSP e IGGS	2.3. Formularios, tablero lápices, autorización.

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
	3. Iniciar en los días 60 a 90 la recolección de datos a nivel de campo, empleando la instrumentación elaborada y siguiendo una escala de riesgo que permita priorizar.	3.1. Sectorización de las comunidades y distribución de sectores a cada agente.	3.1. Existencia de croquis que señalan con claridad los sectores.	3.1. MSP	3.1. Croquis actualizados.
		3.2. Aplicación de la instrumentación y validación.	3.2. Proporción de familias de alto riesgo monitorizadas por comunidad.	3.2. Personal técnico de PLAN, MSP e IGGS	3.2. Escala de riesgo para calificar las familias de alto, moderado o bajo riesgo.

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **CAPACITAR A PERSONAL DE SALUD Y PERSONAL VOLUNTARIO EN HABITOS HIGIENICOS EN SANTIAGO ATITLAN**

ONG: PROJECT CONCERN INTL/GUATEMALA

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
1. Lavado de manos.	Antes de los 90 días:	1. Capacitar a personal en salud	Capacitar a 40 miembros del personal en salud.	Coordinadora, Asistente.	Manual de referencias
2. Cuidados y conservación de alimentos.	Capacitar a personal de salud, para que el 60% de los miembros pongan en práctica las medidas higiénicas y apoyen la labor educativa con los voluntarios.	2. Capacitar a personal voluntario.	Capacitar a 96 madres voluntarias	Coordinadora, Asistente.	Carteles, láminas de reflexión, cartel de tareas,
3. Utilización de la letrina.	Capacitar al personal voluntario para que el 60% de los miembros pongan en práctica las medidas higiénicas enseñandole a su familia.			3 Entrenadoras personal voluntario en tecnología apropiada.	folleto de letrina, guía de trabajo

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **INSTRUMENTO DE SUPERVISION A VOLUNTARIOS COMUNITARIOS** **ONG: PROYECTO HOPE/GUATEMALA**

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS
	Al final de los 90 días obtendremos el instrumento definitivo de supervisión a voluntarios comunitarios después de haberlo validado.	1. Diseñar un instrumento de supervisión de V.C. en TRO, PAI, Sectorización y ficha familiar.	Tener un listado completo de las actividades del Voluntario Comunitario	En San Marcos, Guillermo Nowell En Quetzaltenango, Federico Motta.	Motos Gasolina Aceite Papel Lápices Tableros Marcadores Cartulina Miemeógrafo Stencil
		a. Reunión con los TSR de campo para ver las tareas del VC (perfil) y las que se van a evaluar.	Listado de 20 actividades		
		b. Hacer un listado de actividades según prioridad y el diseño del formato de supervisión a VCs.	Instrumento Piloto		
		2. Validar instrumento de supervisión de VC.	Tener instrumento validado con 15 VC de cada municipio; seleccionados al azar.		
		a. Hacer visitas domiciliares a VC de 2 municipios de Quetzaltenango y 2 de San Marcos, para validar instrumento.			

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
		3. Hacer instrumento final de supervisión a VCs.	Tener instrumento definitivo listo para utilizarlo.		
		a. Reunión con TSR de campo para revisar y corregir los instrumentos validados. <u>Observacion:</u>Dependiendo de los resultados de los instrumentos de validación.			

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **LA CAPACITACION DE VOLUNTARIOS DE SALUD EN EL AREA - 3** **ONG: PROYECTO HOPE/HONDURAS**

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
Selección de Voluntarios de Salud.	Seleccionar 28 Voluntarios de Salud para Agosto 31/89 en las comunidades de Sipile y la Obrera.	Promoción: visita domiciliar, recorridos por la comunidad con parlante, entrevistas con líderes.	28 Voluntarios de Salud seleccionados	Marlen Espinal	Recursos Humanos, vehículo, equipo parlante, local para reuniones
		Asambleas generales en las comunidades para selección de voluntarios.	28 Voluntarios de Salud capacitados en Intervenciones de Supervivencia Infantíl.	Marlen Espinal Alicia Leiva	gastos de transporte, alimentación cuadernos, lápices, borradores, sacapuntas, material y equipo audio-visual, manuales del voluntario vehículo, local, recursos humanos.

PLAN DE ACCION DE 90 DIAS

EL PROBLEMA: **FALLAS EN LA RECOLECCION DE DATOS**

ONG: SAVE THE CHILDREN/HONDURAS

COMPONENTES DEL PROBLEMA	METAS DE 90 DIAS	ACTIVIDADES CLAVES	INDICADORES y LOGROS	PERSONA RESPONABLE	RECURSOS NECESARIOS
Supervisión irregular de promotores	Supervisión regular al 100% de los promotores para Octubre/89	Reuniones con promotores, Refrescamiento del sistema de información Motivación a promotores	6 supervisiones realizadas 3 reportes por cada promotor	Coordinador Encargados de sector Promotor	Hojas de Reporte Hojas de super-visión
Reporte irregular de voluntarios	Obtener el 100% de los reportes mensuales de parte de los vo-luntarios para Octubre/89	Reunión con Vol., Motivación, Recolección de información pen-diente, Revisión de la información de campo	1 reporte regular mensualmente 3 reportes al final del período	Voluntarios	

APPENDIX G

PROJECT HOPE FAMILY REGISTRATION SYSTEM

NOMBRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SIGUE VIVO	EDAD RECOMENDADA PARA VACUNAR: AL NACER CONTRA LA TB DOSIS 1	AL NACER 3 MESES Y CADA 6 SEMANAS CONTRA LA POLIO DOSIS 1	2	3	4	2 MESES CADA 6 SEMANAS CONTRA TOSFERINA DOSIS 1	2	3	9 MESES CONTRA EL SARAMPION DOSIS 1	ESTADO NUTRICIONAL LACTANDO	CON COMIDA ADICIONAL	SI SU NIÑO NO MEJORA EN DOS DIAS VAYA AL CENTRO O PUESTO: ASISTENCIA EN ESTE MES SI	NO DIAS	TRATAMIENTO: SIGUE DANDO COMIDA	MAS LIQUIDOS	TRATAMIENTO	INFORMACION SOBRE ESTE NIÑO

NOMBRES DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	EDAD	SEXO M	SEXO F	ASIS TIENDA ESCUELA	EMBARAZADAS	MADRES LACTANTES	TOXOIDE TETANICO 1	2	3

NACIDOS EN LA FAMILIA EN ESTE AÑO

NOMBRE DE LA MADRE	QUIEN ATENDIO EL PARTO	ESTA VIVO SI	NO	FECHA DE NACIMIENTO

MUERTOS MENORES DE 5 AÑOS DURANTE ESTE AÑO

NOMBRE DEL MUERTO	EDAD	FECHA	DE QUE MURIO

DEPARTAMENTO_____

MUNICIPIO_____

COMUNIDAD_____

NOMBRE DEL VOLUNTARIO COMUNITARIO_____

FECHA_____

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____

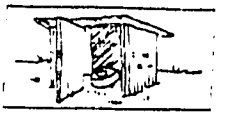
PRIMER APELLIDO _____

SEGUNDO APELLIDO _____

NUMERO DE LA CASA

NUMERO DE FAMILIAS QUE HABITAN EN LA CASA

USA LETRINA



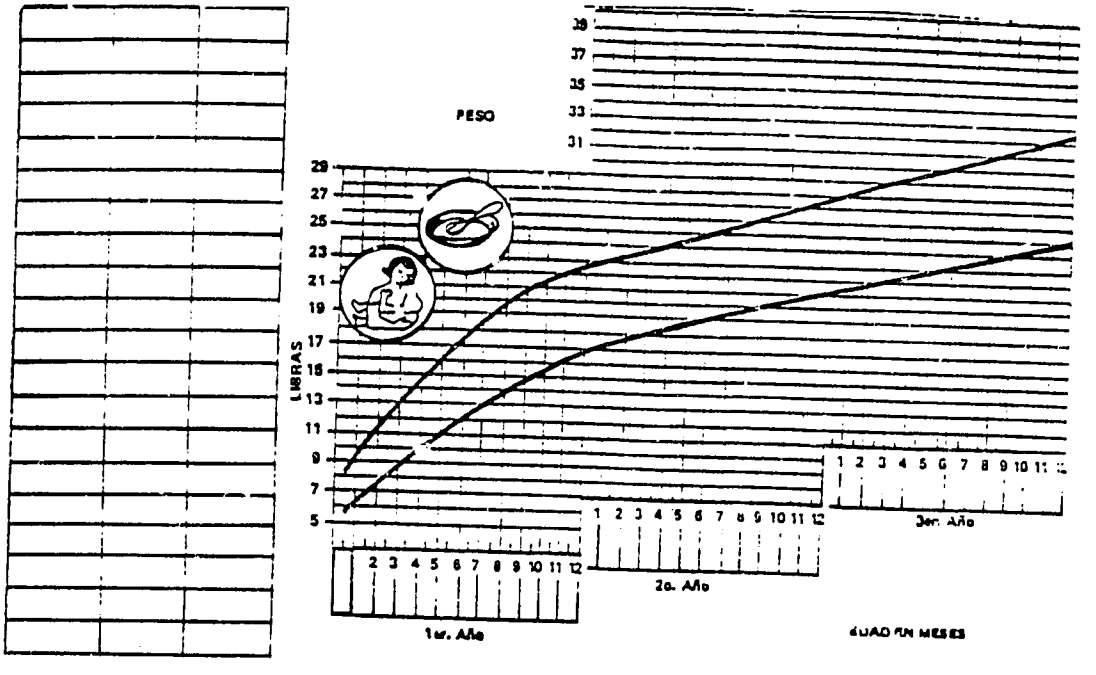
SOLO USA PANELA
USA AZUCAR ALGUNAS VECES
USA MAS AZUCAR QUE PANELA

ELIMINACION DE BASURA
LA QUEMAN
LA TIRAN AL BARRANCO
LA TIRAN AL RIO
ABONERA
LA ENTIERRAN

ABASTECIMIENTO DE AGUA
CHORRO EN LA CASA
LLENA-CANTAROS
POZO
RIO
NACIMIENTO

SALEN DE SU COMUNIDAD POR UN MES O MAS EN ALGUNA EPOCA?
(MARQUE UNA EQUIS EN LOS MESES QUE SALEN)

ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.



PROJECT

GUIA EXPLICATIVA DE FICHA FAMILIAR

DEPARTAMENTO [illegible]

MUNICIPIO [illegible]

COMUNIDAD [illegible]

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA [illegible]

ENCUESTA NUMERO [illegible]

NOMBRE DEL VOLUNTARIO [illegible]

COMUNIDAD [illegible]

SECTOR NUMERO [illegible]

FECHA [illegible]

NUMERO DE LA CASA	1
NUMERO DE FAMILIAS QUE HABITAN EN LA CASA	1

USA LETRINA	X

SOLO USA [illegible]	
USA ALGUNAS VECES	X
[illegible] QUE [illegible]	

ELIMINACION DE BASURA	
LA QUEMAN	
LA TIRAN AL BARRANCO	
LA TIRAN AL RIO	
ABONERA	X
LA ENTIERRAN	X

ABASTECIMIENTO DE AGUA	
CHORRO EN LA CASA	X
CLENA-CANTARAS	
POZO	X
RIO	
NACIMIENTO	

SALEN DE SU COMUNIDAD POR UN MES O MAS EN ALGUNA EPOCA
(MARQUE UNA EQUIS EN LOS MESES QUE SALEN)

ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC

Marcar una X en la casilla señalada si usa letrina.

Apuntar el numero de FAMILIAS y NO el numero de habitantes que hay en la casa que se esta encuestando.

Marcar una X en las casillas señaladas dependiendo de como se elimine la basura de la casa que se esta encuestando.

Marcar una X en las casillas señaladas dependiendo de como obtengan el agua en la casa que se esta encuestando.

Marcar una X en una de las tres casillas señaladas dependiendo de como usan el azucar y la panela.

NOMBRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	EDAD	SEXO		REC. VIT. A	EDADES RECOMENDADAS PARA VACUNAR									ESTADO NUTRICIONAL		SI SU NIÑO NO MEJORA EN DOS DIAS VAYA AL CENTRO O PUESTO					
					AL NACER	AL NACER 3 MESES Y CADA 6 SEMANAS				3 MESES Y CADA 6 SEMANAS			9 MESES			ASIENTOS EN ESTE MES		TRATAMIENTO			INFEC. RESPI TORIA ESTE
					CONTRA LA TB	CONTRA LA POLIO				TRIPLE			CONTRA EL SARAM-PION	LACTANDO	CON COMIDA ADEMAS			SIGUE DANDO COMIDA	MAS LIQUIDOS	IRO	
					DOSIS	DOSIS				DOSIS			DOSIS			SI	NO DIAS				
		M	F		1	1	2	3	4	1	2	3	1								
Alfredo Perez	4	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X								

Marque una X en la casilla senalada si recibio vitamina A.

En una de las dos casillas senaladas marque con una X el sexo del nino.

En el campo senalado apunte la edad en MESES (si es recien nacido apunte 0).

Nombre completo del nino menor de 5 anos esta lectura los recien nacidos

Marque una X en la casilla senalada si recibio dosis de Saramp.

Marque una X en las casillas senaladas segun dosis recibidas de triple.

Marque una X en las casillas senaladas segun dosis recibidas de polio.

Marque una X en la casilla senalada si recibio dosis de TB

Marque una X en la primera casilla senalada si el nino tuvo asientos y en la segunda el numero de dias que tuvo los asientos.

Marque una X en la casilla senalada si el nino esta recibiendo comida.

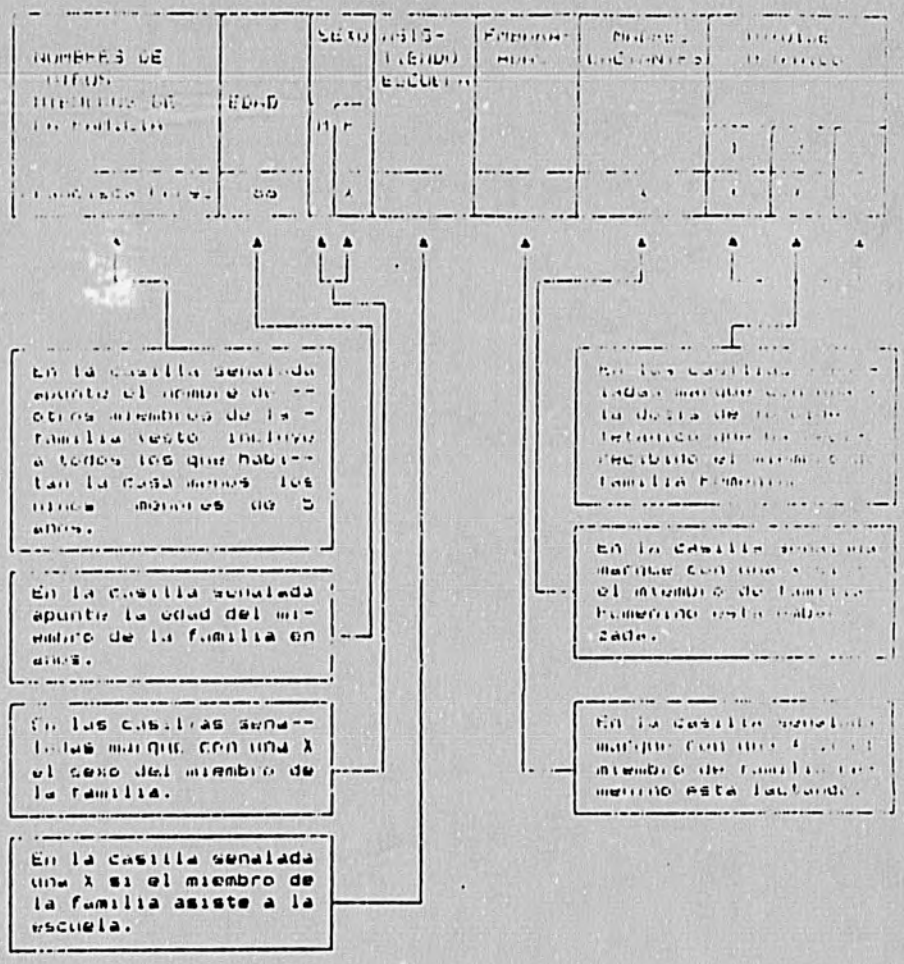
Marque una X en la casilla senalada si el nino esta lactando.

Una X en la casilla senalada si tuvo infeccion respiratoria

Una X en la casilla senalada si en el tratamiento le dieron

Una X en la casilla senalada si en el tratamiento le dieron

Una X en la casilla senalada si en el tratamiento le dando comida


NOMBRES DE
EDAD
SEXO
M F
EN la casilla senalada apunte el nombre de otros miembros de la familia vecto incluyo a todos los que habitan la casa menos los niños menores de 5 años.
En la casilla senalada apunte la edad del miembro de la familia en años.
En las casillas senaladas marque con una X el sexo del miembro de la familia.
En la casilla senalada una X si el miembro de la familia asiste a la escuela.

APPENDIX H

SUPERVISION

SUPERVISOR:

Es la persona cuya misión consiste en asignar y dirigir el trabajo de sus subordinados con la finalidad de obtener óptimos resultados a través de ellos

El supervisor debe:
- -Orientar
- -Concientizar
- -Controlar
- -Evaluar

OBJETIVOS DE LA SUPERVISION:

- Educar, guiar, y orientar al personal proporcionandole la oportunidad de desarrollar sus potencialidades y a utilizarlas al máximo.

- Oportunidad para enseñar algo nuevo, refrescar o reforzar conocimientos.

- Instrumento para conocer cómo se desarrollan los programas y proyectos establecer el logro de las actividades y oportunidad de introducir cambios.

EN BENEFICIO DE

PROYECTO PERSONAL COMUNIDAD

SUPERVISION

SIGNIFICADO: "Mirar desde arriba o desde lo alto"

Evolución en relación a la Revolución Industrial

- -Forma de control o fiscalización
- -Automática
- -Correctiva
- -Coercitiva

NUEVO CONCEPTO:

La actividad desarrollada por los Supervisores, destinados a establecer las características de como se realiza una función dada en la comunidad y otorgar cooperación para que ella se efectue de acuerdo a normas y procedimientos determinados.

Proceso administrativo de dirección y control que orienta y ayuda a las acciones planificadas mediante la observación, evaluación y estímulo al personal

Se propone generar un sistema dinámico de enseñanza-aprendizaje.

CONCEPTO DE SUPERVISOR:

-Capataz
-Policía
-Controlador
-Guía
-Orientador

CARACTERISTICAS DE LA SUPERVISION

1.- Consecuencia de una acción planificada
2.- Integral
3.- Orientar el desarrollo de las actividades del proyecto claramente definidas
4.- Precisa en cuanto a objetivos, medios (normas) y formas de implementación
5.- Eficiente y dinámica
6.- Analisarse con periodicidad y revisarse para adaptarla a las necesidades del proyecto y de los supervisados.

Características específicas de los supervisados:
- edad, sexo, religión, filiación política, escolaridad
- tiempo de relación con el proyecto
- habilidades específicas de cada supervisado
- tipo de comunidad
- otros

EL PROCESO DE LA SUPERVISION PERSIGUE EVALUAR CONSTANTEMENTE EL PROYECTO PARA DETERMINAR LOS CAMBIOS QUE DEBEN DE REALIZARSE PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PLANIFICADOS

PERIODICIDAD DEPENDERA DE:

1.- Tipo de proyecto
2.- Supervisados y relación con el proyecto
3.- Comunidad: acceso, aceptación
4.- Tipo de actividades que se desarrollan
5.- Grado de implementación y recursos empleados
6.- Combinaciones de los anteriores

CARACTERISTICAS DEL SUPERVISOR

1.- Conocimientos, paciencia y tolerancia
2.- Mantenerse en continuo desarrollo en sus conocimientos y habilidades para dirigir a sus supervisados
3.- Desarrollar características de liderazgo
4.- Crear ambiente favorable para el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el supervisado
5.- Apoyar al supervisado a desarrollar una mente analítica y reflexiva

SALUD ---- ENFERMEDAD

CARACTERISTICAS ESPECIALES PARA EJERCER LAS FUNCIONES DE SUPERVISOR

1.- Características personales:

A.- Poseer capacidad de: empatía, autodominio, constancia, iniciativa, mentalidad científica, liderazgo, dirigir personas, tomar decisiones, reconocer méritos ajenos, sentido de la realidad, entusiasmar

B.- Ser: organizado, imparcial, discreto, modesto.

2.- Características Técnicas:

A.- Conocimientos del área de trabajo (culturales)

B.- Adquirir principios y conocimientos pedagógicos

C.- Sólidos conocimientos de el proyecto, metodologias y actividades que deben de realizarse.

D.- Identificación con la filosofía y principios del proyecto

E.- Dominar técnicas de dinámicas de grupos

F.- Tener preparación en liderazgo, comunicación y relaciones humanas

G.- Mantenerse actualizado en la información del proyecto

SIETE PECADOS CAPITALES DEL SUPERVISOR

1.- Orgullo
2.- Envidia
3.- Pereza
4.- Ira
5.- Inmoralidad
6.- Pesimismo
7.- Ambición

CARACTERISTICAS DEL MAL SUPERVISOR:

1.- Maneja a sus supervisados, dice: "VAYAN"
2.- Se vale de la autoridad de su puesto, dice "SIEMPRE YO....."
3.- Convierte el trabajo en un tormento
4.- Infunde miedo
5.- Exige obediencia
6.- Es dominante

EL BUEN SUPERVISOR:

1.- Guía a sus supervisados, dice "VAMOS"
2.- Confia en la cooperación y en la buena voluntad, dice "NOSOTROS"
3.- Convierte el trabajo en algo interesante y ameno
4.- Inspira confianza
5.- Invita a la cooperación
6.- Es tolerante

SUPERVISOR COMO LIDER

1.- Autocratico:	Trabaja en una sola direccion, las ordenes vienen de arriba, solo se espera obediencia
2.- Liberal:	Se despreocupa de los supervisados, su actividad es dejar hacer, dejar pasar, evitar problemas
3.- Democratico:	Permite el intercambio de ideas y acepta sugerencias

SUPERVISOR POR SU AUTORIDAD

1.- Coercitivo:	-Impone su voluntad a los supervisados -Controla principalmente su conducta
2.- Persuasivo:	-La habilidad es mas importante que el poder -Se dedica a informar, motivar, orientar e indicar las conductas más deseables
3.- Permisivo:	-Permite ciertas libertades, en el marco del proyecto -Mantiene autoridad y habilidad

LAS FUNCIONES DEL SUPERVISOR:

Estaran definidas en relacion a:

1.- Objetivos y metas del proyecto

2.- Alcance y recursos con que disponga el proyecto

3.- Tipo de proyecto

4.- La poblacion: su concepto en el proyecto
OBJETO --- SUJETO

5.- Los supervisados: tipo de relacion de trabajo, caracteristicas

6.- Concepto de supervisión

APPENDIX I

CURRICULUM OF THE CHV OF PROJECT HOPE

MANUAL DE

DIARREA - DESHIDRATACION - SUERO TOMADO

PARA:

VOLUNTARIOS COMUNITARIOS

EN

SUPERVIVENCIA INFANTIL

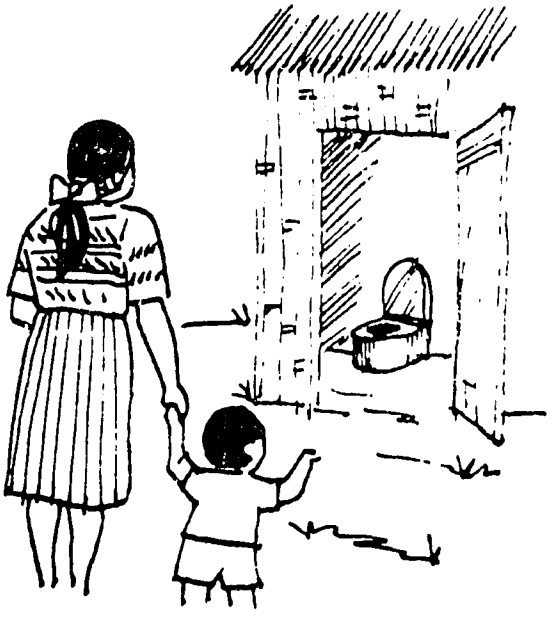
1989 - 1991

RECUERDE CUATRO (4) COSAS PARA EVITAR LA DIARREA

LAVARSE LAS MANOS

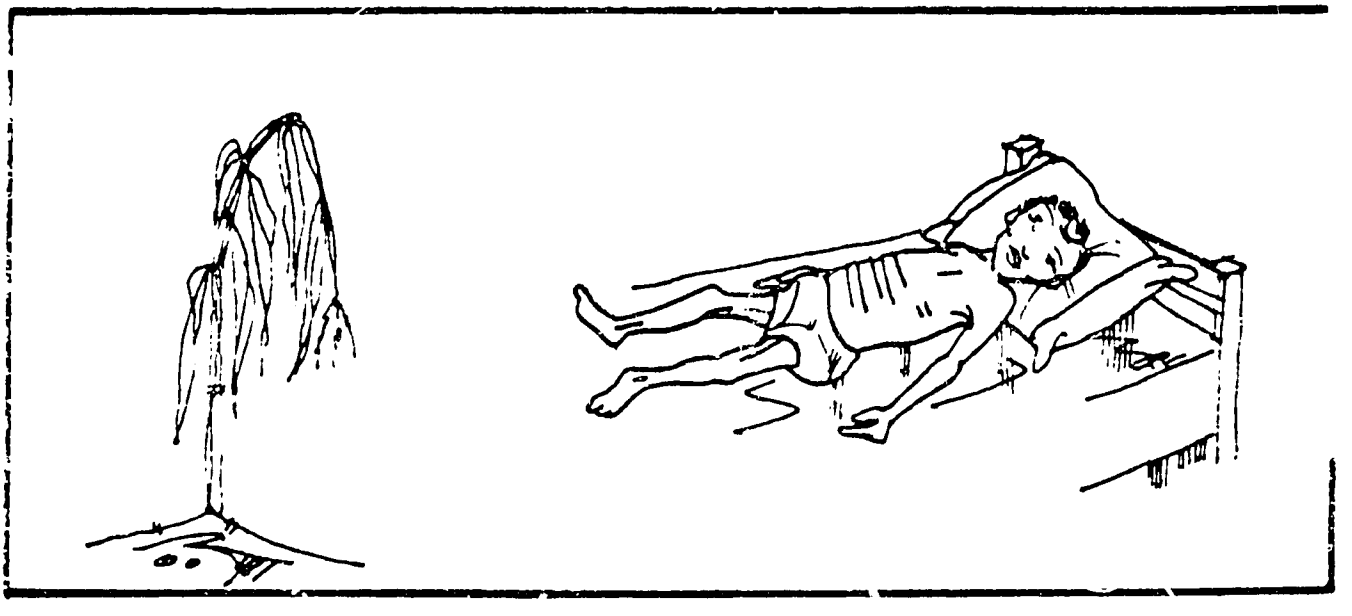
TAPAR LA COMIDA

LAVAR FRUTAS Y VERDURAS



USAR LETRINA O INODORO

RECUERDE, LA DESHIDRATACION ES:



CUANDO EL CUERPO PIERDE AGUA Y SAL

RECUERDE LAS CUATRO (4) CAUSAS DE DESHIDRATACION

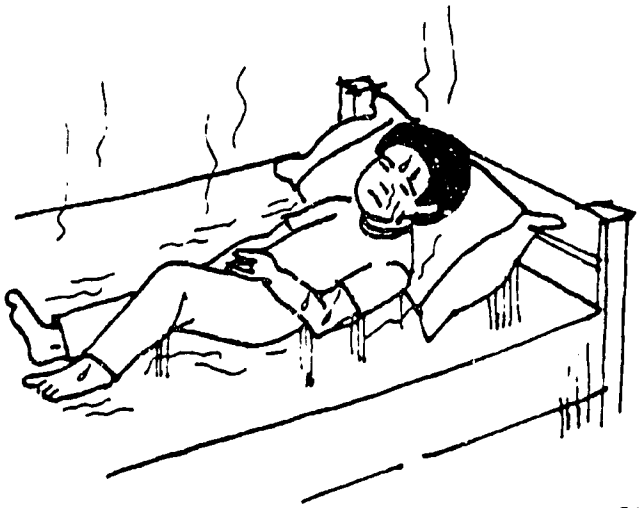
POR SUDAR MUCHO

POR VOMITOS

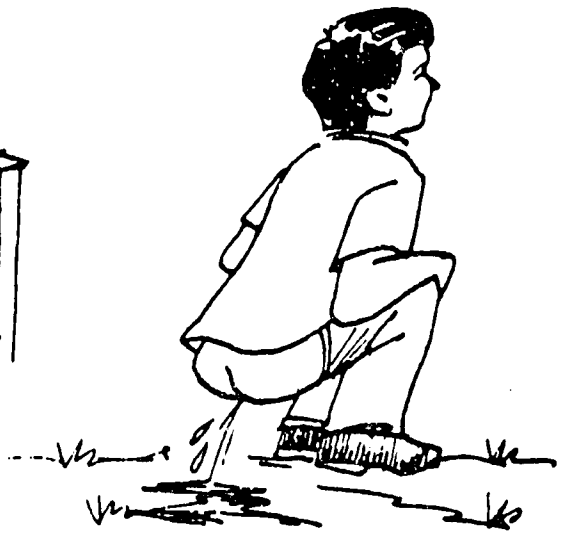
POR DIARREA

POR FIEBRE

CUANDO MANDAR A UN NIÑO AL PUESTO DE SALUD

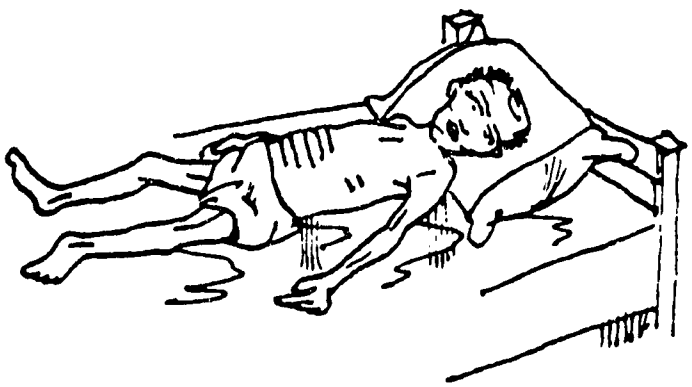


CUANDO HAY FIEBRE



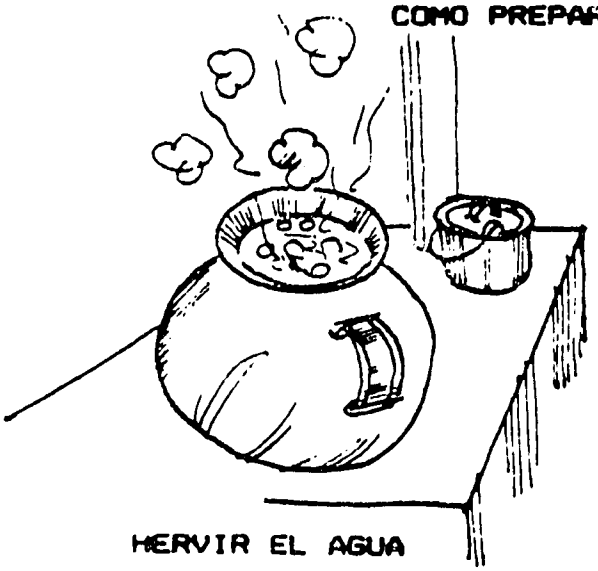
CUANDO HAY MOCO CON SANGRE

CUANDO HAY MUCHOS VOMITOS

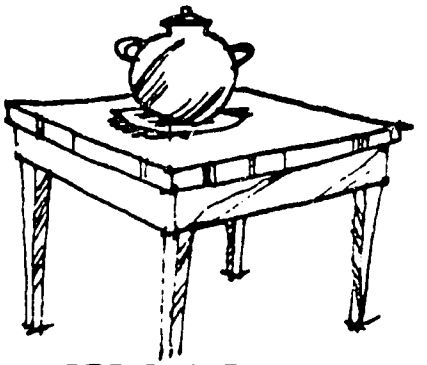


CUANDO ESTA DESHIDRATADO

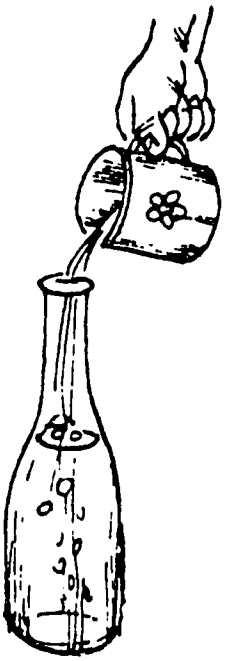
COMO PREPARAR EL SUERO TOMADO



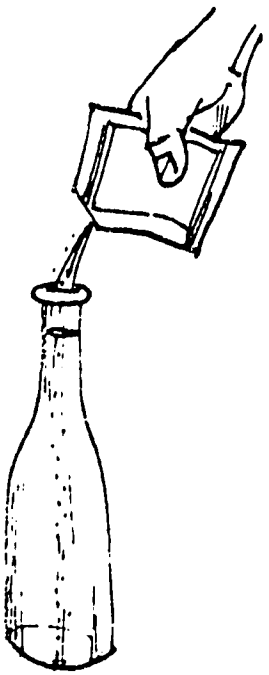
HERVIR EL AGUA



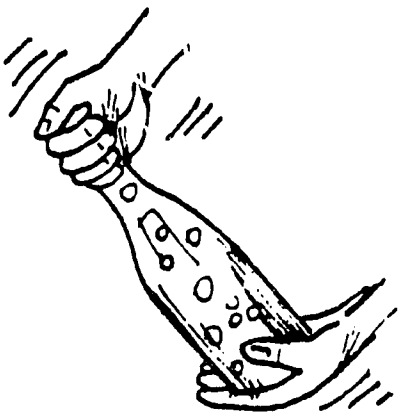
DEJARLA ENFRIAR



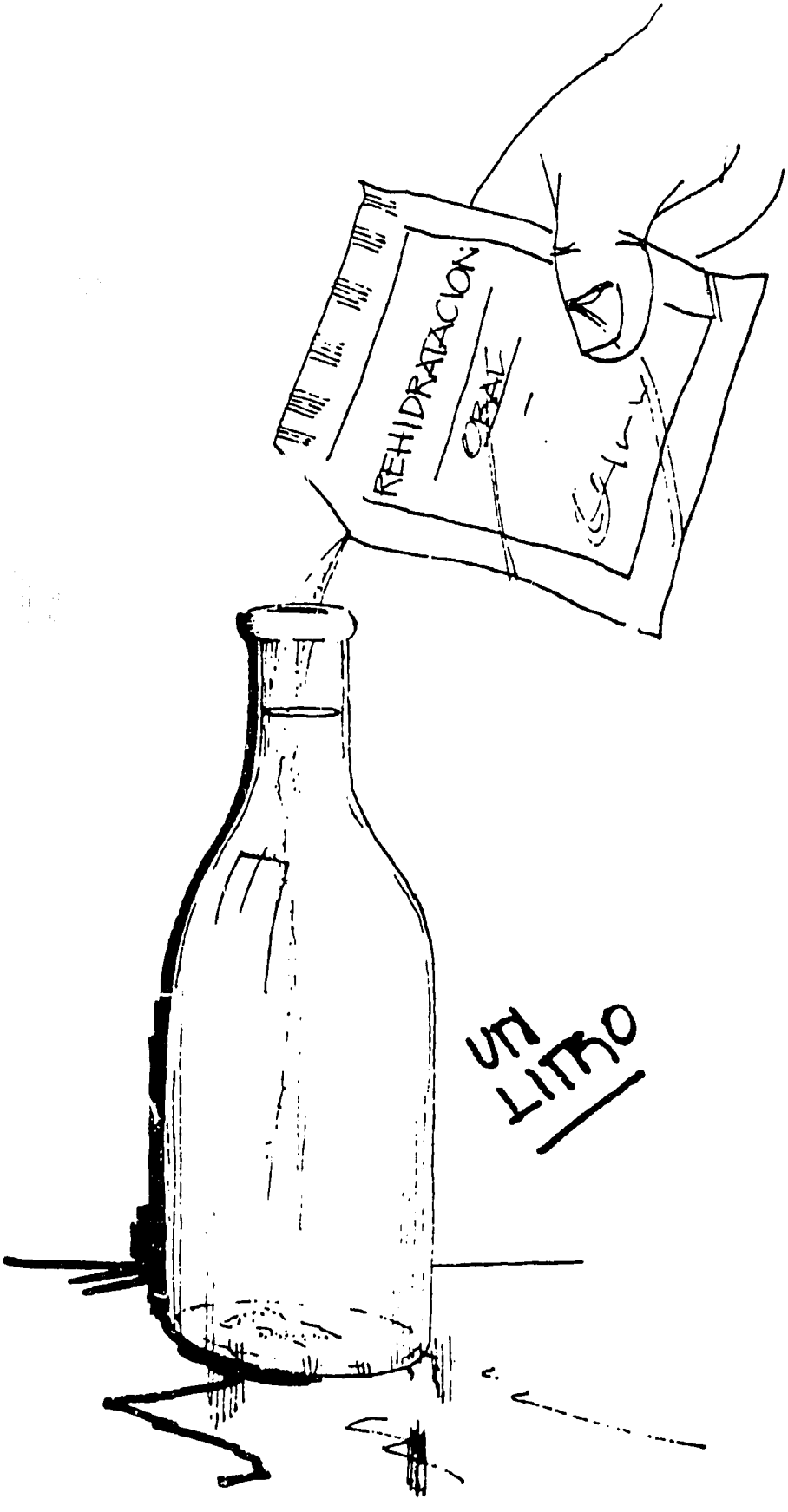
LLENAR UN LITRO DE
ESTA AGUA HERVIDA



HECHAR EN EL LITRO DE
AGUA EL POLVITO DEL
SOBRE

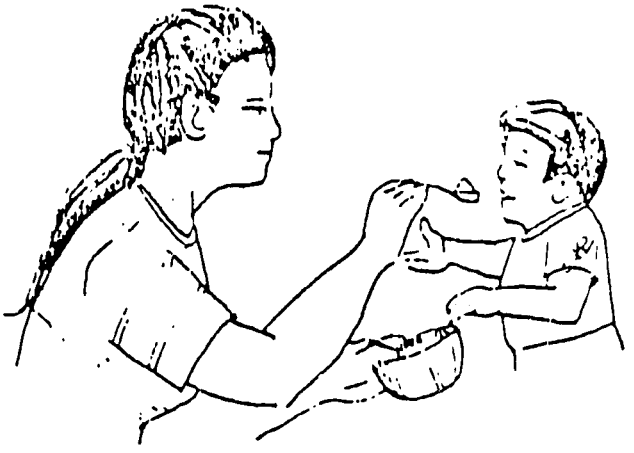


REVOLVERLO BIEN
ANTES DE TOMAR


REHIDRATACION
CBAE
UN
LITRO

RECUERDE, CUANDO UN NIÑO EMPIEZA CON DIARREA, HAY QUE SEGUIRLE DANDO:

PECHO



ALIMENTO

BEBIDAS LIQUIDOS

UNIDAD DE ENSEÑANZA

TRATAMIENTO DE REHIDRATACION ORAL

1. DADOS SEIS DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, LAS TRES (3) FORMAS DE PREVENIR LA DIARREA.

2. DADOS DOS DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, EL DIBUJO QUE MUESTRA LA DESHIDRATACION.

3. DADOS CUATRO DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, LOS TRES (3) QUE MUESTRAN LAS CAUSAS DE DESHIDRATACION.

4. DADOS TRES DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA CON UNA CRUZ, EL DIBUJO QUE TENGA LA CANTIDAD CORRECTA DE AGUA PARA DISOLVER EL SOBRE DE SALES DE REHIDRATACION ORAL.

5. DADOS CINCO DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, LAS CUATRO (4) CAUSAS PARA REFERIR A UN NIÑO AL SERVICIO DE SALUD.

6. EL VOLUNTARIO COMUNITARIO DEMOSTRARA EL PROCEDIMIENTO PARA PREPARAR EN FORMA CORRECTA LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL, SIGUIENDO LA SECUENCIA DE LOS

PASOS, USANDO: 1 LITRO DE AGUA Y 1 SOBRE DE SRO.

7. DADOS SEIS DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, LAS TRES (3) COSAS QUE DEBE HACER CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA.

8. DADOS TRES DIBUJOS, EL VOLUNTARIO COMUNITARIO MARCARA ACERTADAMENTE CON UNA CRUZ, EL DIBUJO QUE DESCRIBE LO MAS INDICADO A HACER CON EL NIÑO CUANDO EMPIEZA CON DESHIDRATACION.

PRETEST

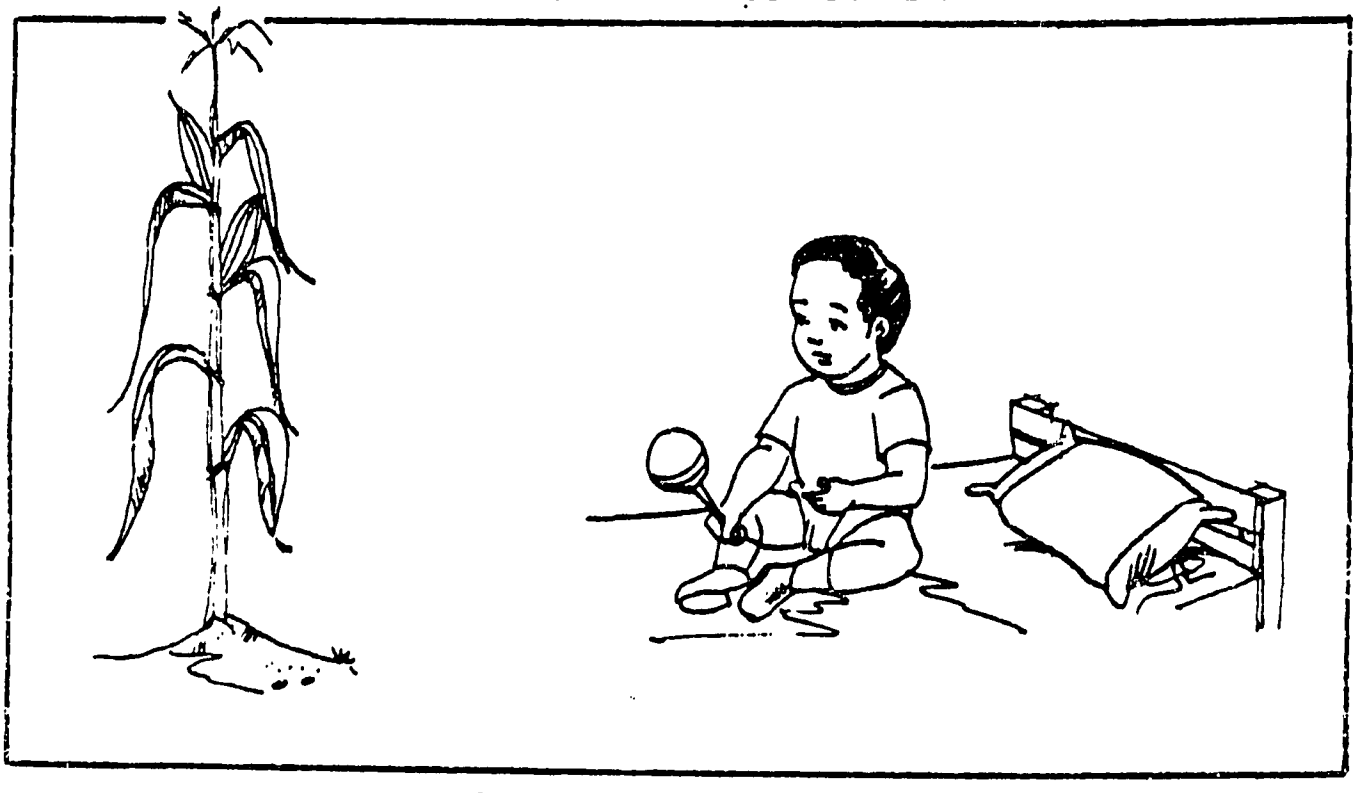
POST-TEST

UNIDAD DE DIARREA, DESHIDRATACION, TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

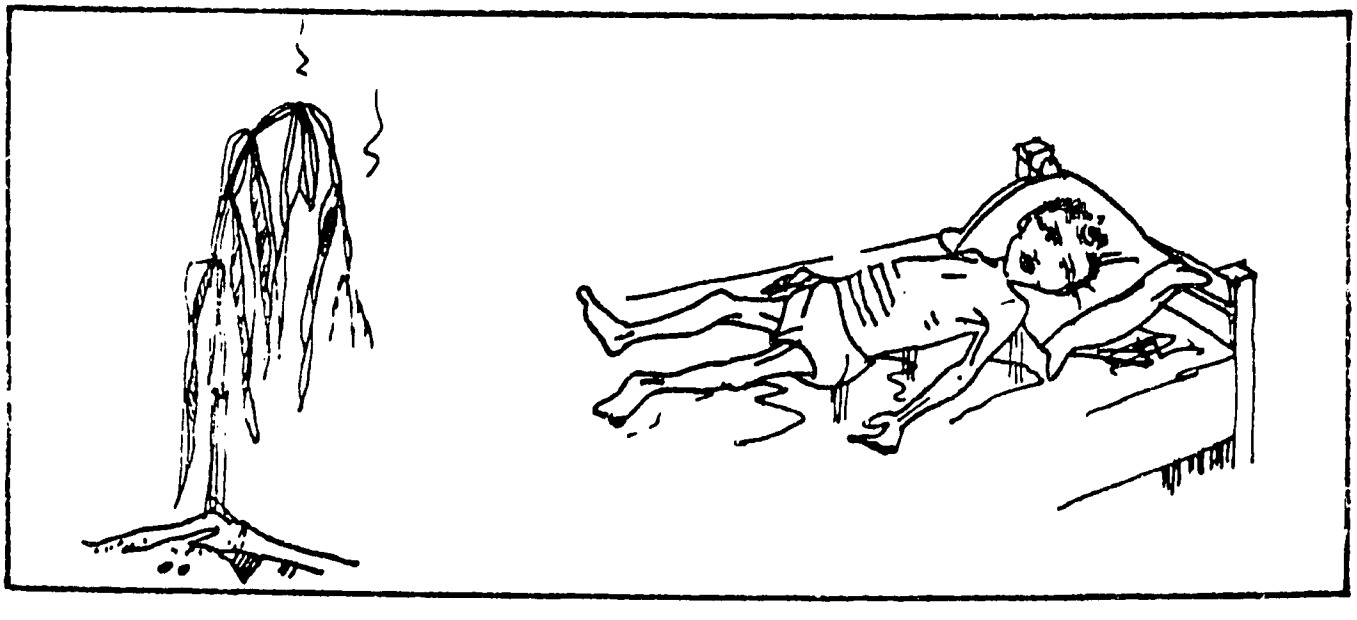
NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MARQUE CON UNA CRUZ, TRES (3) COSAS PARA EVITAR LA DIARREA

MARQUE UNA CRUZ EN LA FIGURA DE DESHIDRATACION



HAY AGUA Y SAL EN EL CUERPO

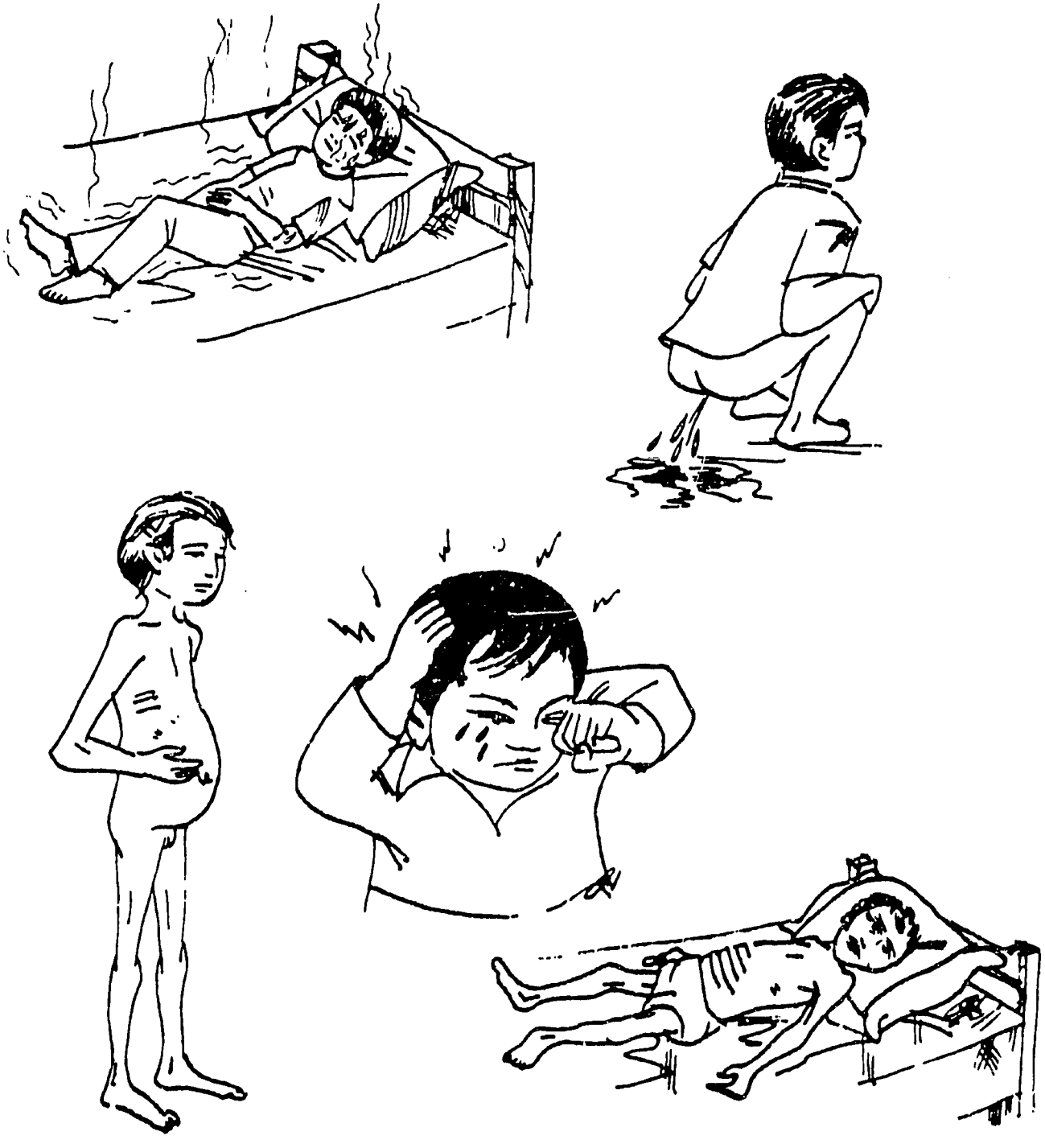


NO HAY AGUA Y SAL EN EL CUERPO

MARQUE CON UNA CRUZ, TRES (3) CAUSAS DE DESHIDRATACION

MARQUE CON UNA CRUZ, CUANDO MANDAR A UN NIÑO

AL PUESTO DE SALUD

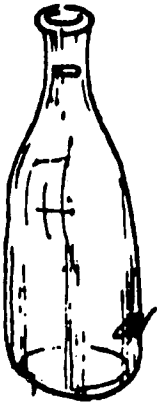


MARQUE CON UNA CRUZ, CUANTA AGUA USA PARA

HACER EL SUERO DE SOBRE

UN VASO

UNA TINAJA



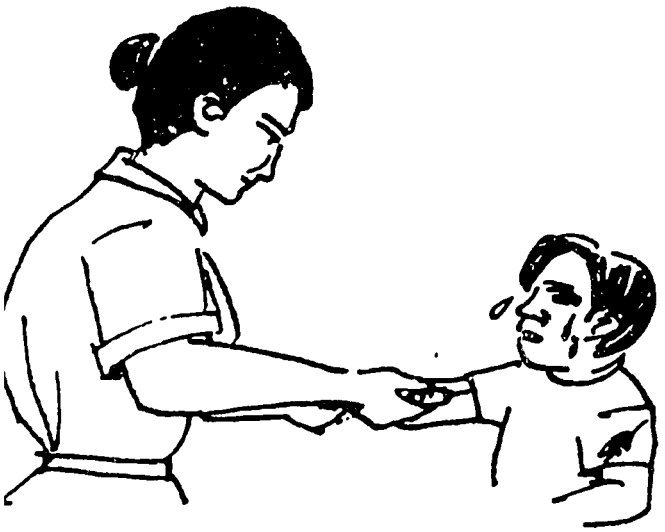
UN LITRO

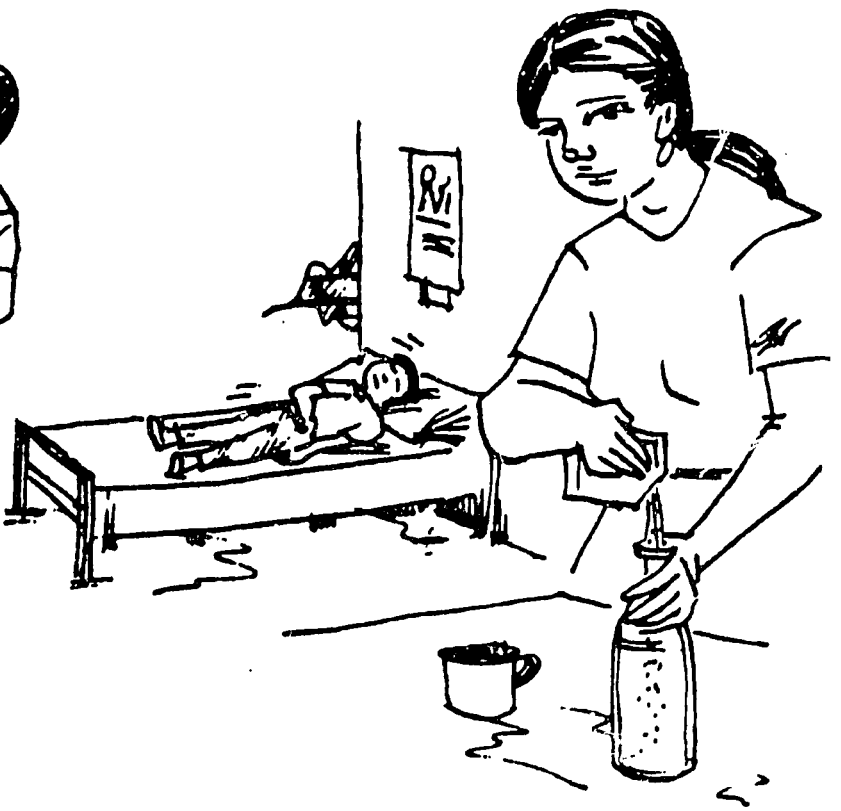
MARQUE CON UNA CRUZ, LO QUE DEBE HACER CUANDO EL NIÑO EMPIEZA A TENER DIARREA. (ASIENTOS)

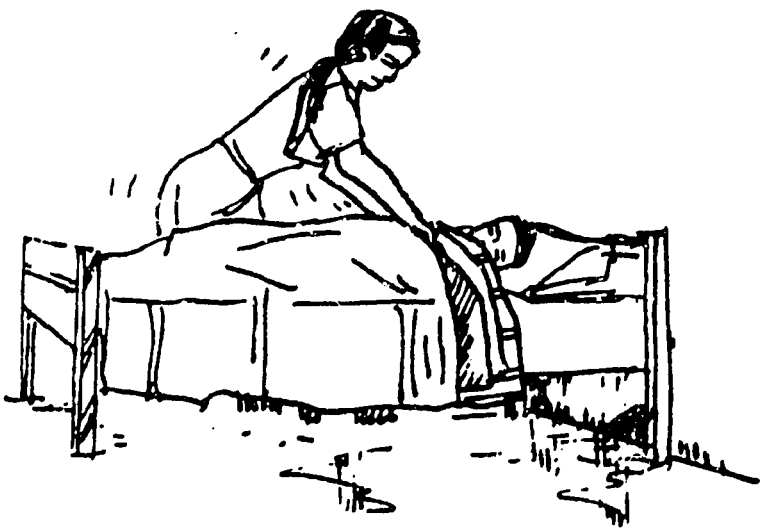
MARQUE CON UNA CRUZ, LO QUE ES MAS INDICADO HACER

CUANDO UN NIÑO EMPIEZA CON DESHIDRATACION

(FALTA DE AGUA Y SAL EN EL CUERPO)







166

APPENDIX J

FOCUS GROUP METHODOLOGY

"VIVA EL NIÑO"

Primer Taller Centro Americano-Regional de ONGs

sobre Supervivencia Infantil

DISEÑO DE UNA PEQUEÑA INVESTIGACION CAP

TAREA

El grupo de trabajo debe diseñar una pequeña investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de los voluntarios del proyecto HOPE en una comunidad de Comitancillo, San Marcos. La investigación la llevarán a cabo el día de mañana por la mañana durante una visita a la comunidad.

Para el diseño de la investigación tomen en cuenta los siguientes pasos:

DEFINIR EL/LOS OBJETIVO(S)

Qué es exactamente lo que queremos saber? Qué aspectos de los CAPs de los voluntarios vamos a examinar? (Considerando el tiempo disponible, es posible realizar todo lo que nos proponemos?)

2. DISEÑAR EL ESTUDIO

MUESTRA: la información la obtendremos de todos o sólo de algunos de los voluntarios de la comunidad? Si sólo de algunos, cómo los vamos a escoger?

TECNICAS: cómo vamos a obtener esa información? Vamos a hacer entrevistas, que tipo? Vamos a hacer alguna observación, cuál?

INSTRUMENTO: Cómo vamos a registrar la información que vamos a obtener? Vamos a usar una guía de entrevista, una de observación, o un cuestionario cerrado?

ELABORAR EL INSTRUMENTO

OTROS PROCEDIMIENTOS: Cómo vamos a organizar nuestro tiempo en la comunidad? Quién va a hacer qué?

MATERIALES: Qué materiales necesitamos para la visita de campo?

Ej. tablas con clip
hojas para escribir
lápices con borrador
sombrero para el sol, etc.

3. DEFINIR ANALISIS DE DATOS

Cómo vamos a procesar la información que obtengamos?

4. DEFINIR INFORME

Quién necesita/para quién es esta información? Cómo vamos a comunicar nuestros hallazgos?

E. Hurtado

INCAP

"VIVA EL NIÑO"

Primer Taller Centro Americano-Regional de ONGs

sobre Supervivencia Infantil

REALIZACION DE UNA PEQUEÑA ENCUESTA CAP

Jueves 9 de agosto de 1989

HORA

10:00 - 12:00 Sugiero que cada uno de los grupos visite una comunidad distinta y, durante la mañana, realice su investigación entrevistando a los voluntarios de HOPE de esa comunidad. Me parece que visitar seis comunidades es demasiado y no dejaría tiempo para una actividad de análisis e informe.

15:00 - 16:30 Después de almuerzo y viaje de vuelta, cada grupo escribiría un breve informe con los resultados de su pequeña investigación y luego lo presentaría en sesión plenaria.

E. Hurtado
INCAP

"VIVA EL NIÑO"

Primer Taller Centro Americano Regional de ONGs sobre Supervivencia Infantil

PREPARACION DE UNA PEQUEÑA ENCUESTA CAP

Miércoles 8 de agosto de 1989

HORA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	RESPONSABLE	MATERIALES
11:30 - 12:00	. Que los participantes puedan explicar la tarea . Que los participantes puedan explicar las razones que justifican una pequeña investigación.	. Presentación de la tarea: "pequeña encuesta CAP" a voluntarios de HOPE . Justificación para realizar tal investigación	Discusión de grupo	Elena Hurtado (INCAP) Sonia de Massey (INCAP)	Pizarrón Marcadores
14:00 - 15:00	. Que los participantes puedan distinguir los distintos tipos de entrevista y explicar las ventajas y limitaciones de cada una	. Entrevistas-distintos tipos: abierta, semi-estructurada y estructurada, individual y de grupo (grupo focal); técnicas; pasos; reglas; ventajas y limitaciones de cada una	Exposición Discusión de grupo	Elena Hurtado Sonia de Massey	Retroproyector Acetatos
15:00	. Que cada grupo formule los objetivos de su investigación y detalle la metodología a usar. . Que cada grupo elabore su instrumento de investigación.	. Objetivos de una investigación . Metodología: para quién es la información?, qué clase de información recolectar?, de quiénes/de cuántos?, qué técnica emplear?, que instrumento usar? cómo se va a analizar? . Instrumento de investigación	Trabajo de grupo*	Elena Hurtado Sonia de Massey	Impresos: reg detallada Ejemplos de instrumentos Hojas de papel

* Sugiero que se formen tres (3) grupos de trabajo, cada uno de seis (6) participantes. Cada grupo decidirá en qué forma quiere realizar su investigación (objetivos y diseño) y elaborará su propio instrumento.

ENTREVISTA de ENCUESTA

Ventajas:

1. Cuantitativa - aceptada como prueba
2. Información especifica
3. Muchas variables
4. Relativamente rápida

Limitaciones:

1. No se puede profundicar, categorias de res[iesta
2. Necesita más recursos
3. Efecto de ser entrevistado formalmente

ENTREVISTA ETNOGRAFICA

Ventajas:

1. Profundidad, tipo de información
2. Flexibilidad
3. Económicas
4. Rapidez:

   2 entrevista por día
   20-30 entrevistas 4-5 semanas

Limitaciones:

1. No cuantitativas
2. Potencial de "sesgo" - error "bias"

   selección de informantes
   parcialidad del investigador

TIPOS de ENTREVISTA

	Conversación informal	Entrevista a inf. claue dirigida a profundidad etnográfica	Entrevista de Encuesta estruct. formai
INDIVIDUAL	X	X	X
	X	X	

VENTAJAS DE LOS GRUPOS FOCALES

1. Rapidez
2. Economía
3. Participacón

TECNICAS DE MANEJO DE UN GRUPO FOCAL

1. Sondeo a profundidad
   permanecer en silencio
   técnica del "espejo"
   repetir palabras del participante como pregunta
   pedir clarificación
   frases neutrales de sondeo
2. Sustitución
3. Reorientación
4. El experto

5. El participante dominante

6. El que no participa

7. Postura del que no sabe

8. Fotos/dibujos

REUNION DE GRUPO FOCAL

I. EXPLICACIONES

Introducción
Propósito
Procedimiento
Presentationes
- Dinámica de grupo

II. DISCUSION

Tema)
Sub-) Guía
Preguntas específicas)

III. CONCLUSION

Neuva información
Agradecimiento

RESPONSABILIDADES DEL REDACTOR

1. Observar

2. Tomar notas

fecha de la reunión
hora que inicia/termina
comunidad
lugar de la reunión
número de participantes
dinámica del grupo
interrupciones/distracciones
preguntas que funcionan/que no funcionan
opiones de los participantes
vocabulario (conceptos) de los participantes

3. Participar discretamente

Tiempo
1 día grupo - 1 día notas

RESPONSABILIDADES DEL MODERADOR
(Animador, Facilitador)

1. Introducir la reunión
2. Introducir los temas/preguntas de discusión
3. Dirigir el grupo
4. Observar a los participantes
5. Escuchar a los participantes; relacionar puntos de discusión
6. Ser flexible
7. Controlar sutilmente el tiempo de la reunión
8. Controlar el ritmo de la reunión
9. Utilizar una variedad de técnicas de manejo de grupo

CUANDO SON APROPIADOS LOS GRUPOS FOCALES

1. Cuando se requieren <u>ideas</u> para el diseño de un programa
2. Cuando se quieren conocer las <u>reacciones</u> a una innovación
3. Cuando se quiere determinar <u>conocimientos</u> y <u>actitudes</u> de la poblacion (a veces <u>práticas</u> reportadas)
4. Cuando se necesita explicar las <u>respuestas</u> de la población
5. Cuando se quiere examinar y analizar <u>problemas</u> en la ejecucion
6. Cuando se necesitan <u>recomendaciones</u> y <u>sugerencias</u>

APPENDIX K

RESULTS OF THE FOCUS GROUPS

T R O

GRUPO No. 1

MARIA ANGELICA BIXCUL

NORA JUDITH DE MORALES

ERNESTO GODOY

IRMA DE MAZA

GRUPO FOCAL
ENTREVISTA

OBJETIVOS

1. Explorar conocimientos del grupo con respecto al TRO.
2. Explorar la práctica con respecto a TRO.
3. Comparar los conocimientos, actitudes con la práctica.

TECNICAS

La información se obtendrá a travez de:

1. Entrevistas individuales estructuradas.
2. 2 grupos focales con sus respectivos moderadores y redactores.

INSTRUMENTOS

A travéz de un cuestionario individual y una guía de entrevista.

Copia de cuestionario Anezo 1

Copia de guía Anezo 2

Presentación de resultados:

1. Questionario individual:

12 de las 17 voluntarias/promotoras, contestaron que habían atendido un niño con diarrea por última vez hace 1.6 semans.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SE PRESENTAN EN ANEXO 3.

Los resultados del Grupo Focal fueron:

1. Las madres reconocen como diarrea: A una enfermedad peligrosa, "Cuesta combatir" caracterizada por mayor frecuencia y "hacen popó cada 15 minutos.

2. El grupo estuvo de acuerdo con que las causas de la diarrea son:

Falta de aseo, no lavar las frutas, no usar letrina, no tapar alimentos, no lavarse las manos, tomar agua sin hervir, por comer alimentos sin hervir bien, "cuando el nino esta muy desnutrido.

3. Estuvieron de acuerdo en pérdida de líquidos y sal y azúcar.

4. Causas de la deshidratación? Diarrea, vómitos, sudor, fiebre, catarros fuertes, falta vitaminas.

5. Signos de deshidratación: Llora sin lágrimas, ojos hundidos, mollera hundida , pelo amarillo, nariz seca, labios secos,costillas hundidas, triste decaido, no tiene ánimos de jugar, pálido, "se le apacha la piel".

6. Con diarrea se le da suero oral, líquidos caceros (solución agua y azúcar sin medidas precisas), agua hervida, "suero no es para curar sino para hidratar", "mucho pecho".

7. Jugos de frutas, huevos, lo que ellos coman, darles comidas que tengan vitaminas, atoles de frutas, verduras y comidas blandas.

8. "Que le sigan dando de mamar si la leche esta dañada: "Cuando se asusta la madre, cuando ha tocado agua fria o cuando la leche esta asoleado, se cuaja, entonces da infección, "recomiendan quitar el pecho y a dar pacha con leche. Un grupo dijo que se daba de mamar mas seguido.

10. Hervir un litro de agua y enfriar, vaciar un sobre de suero oral y mezclar bien dura 24 horas, un grupo dijo que se podia mezclar naranja por si al niño no le gusta.

9. El suero oral, líquidos constantes, coca-cola, darle alimentos.

11. A demas del niño y a cada ratito.

12. Cuando tiene "moco y sangre", muy deshidratados, cuando estan 3 o 4 dias con diarrea y fiebre, cuando no se curan con alka-seltzer; Yodoclorina, Agromicina.

ANEXO No. 1

1. Cuándo atendió a un niño con diarrea por ultima vez?

Hace _____semanas,

2. Que tratamiento le dió a ese niño y que consejos?

_____TRO

_____ suero casero

_____ Líquidos caseros (Agua de arroz, agua de maíz, hierva buena, canela)

_____ Lactancia materna.

_____ Continuar la alimentación

_____ Medicamentos.

_____Otros (mencione) _____

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA

1. Qué es diarrea?

2. Causas de la diarrea?

3. Qué piensan uds. que es deshidratación?

4. Causas de la deshidratación?

5. Cómo sabe usted cuando un niño esta deshidratado?

6. Qué hacen ustedes cuando un niño tiene diarrea?

6a. Qué alimentos le da al niño con diarrea?

6b. Qué debe hacer una madre que da de mamar cuando su niño tiene diarrea?

7. Qué aconseja usted para evitar la deshidratación?

8. Cómo prepara usted las sales de rehidratación?

9. En qué forma recomienda a la madre dar el suero?

10. En qué momento manda al niño con diarrea al puesto de salud?

P A I

GRUPO No. 5

CARLOS LEAL

RITA CHIMILIO

GLORIA GUEVARA

GUSTAVO TAPIA

2 GRUPOS FOCALES
MENSAJE

INSTRUMENTO

I. EXPLICACIONES:

1. Saludo
2. Presentación del moderador y redactor
3. El propósito de nuestra visita
   Somos personas de diferentes países que hemos escuchado del Programa HOPE y tenemos mucho interés en APRENDER DE USTEDES, lo que se refiere a las Vacunas y por eso venimos a conversar con ustedes.
4. La reunión:
   Todos pueden hablar y no es necesario pedir la palabra, sientanse en completa libertad.

II DISCUSION:

1. Qué enfermedados del niño pueden evitarse con las vacunas?
2. Que enfermedades son éstas?
   (Presentación de las gráficas de difteria, tosferina, tetanos, y tuberculosis).
3. Cuáles son las señas del sarampión?
4. Cuáles son las señas de la polio?
5. Cuáles son las señas de la difteria?
6. Cuáles son las señas de la tosferina?
7. Cuáles son las señas del tetanos?
8. Cómo se reconoce la tuberculosis?
9. A qué edad se comienza a vacunar a los niños?
10. Cuántas veces se pone la vacuna contra la tuberculosis?
11. Cuántas veces se pone la vacuna contra la polio?
12. Cuántas veces se pone la vacuna triple o DPT?
13. Cuántas veces se pone la vacuna contra el sarampión?
14. Qué cree la gente de por aquí sobre las vacunas para los niños?
15. Qué piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
16. Qué cree la gente de por aquí sobre la vacuna contra el tetanos que se les pone a las mujeres?
17. Que piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
18. A qué mujeres se les pne la vacuna contra el tetanos?
19. Cuántas veces se pone la vacuna a éstas mujeres?
20. Ayudan o no ayudan a las familias para que niños y mujeres se vacunen?
21. Si ayudan, cómo ayudan? qué hacen para que niños y mujeres se vacunen?

NOTA DE CAMPO

GRUPO FOCAL SOBRE PAI CON VOLUNTARIOS Y PROMOTORES DE SALUD

Comunidad: CHUILCABAL

Fecha: 10-08-89 Hora inicio: 10:25

Hora conclusión: 11:20

1. Nombre del moderador Gustavo Tapia
2. Nombre del Redactor Gloria Guevara

3. Participantes

Voluntarios X
Promotores

Nombres y Apellidos	Edad en años	Sexo	Tiempo de trabajar
1. Elfrido Delion	34 c.	M	2 meses
2. Lorenzo Rodas	39 c.	M	3 meses
3. Minta Delion	18 s.	F	2 meses
4. Erminda Delion	25 c.	F	2 meses
5. Alfreda Delion	16 S.	F	2 meses
6. Paula Giron	32 c.	F	2 meses
7. Leodora Lopez	20 c.	F	2 meses
8. Martha Rodas	20 s.n.	F	2 meses

Rango de edad	c 3 / s 5	2 H / 6 M	Rango de tiempo
16 - 39 a.			2 a 3 meses

DISCUSION

INSTRUMENTO

I Explicaciones

1. Saludo

2. Presentacion del moderador y del redactor

3. El proposito de nuestra visita:
Somos personas de diferentes paises que hemos escuchado del proyecto HOPE y tenemos mucho interes en aprender de ustedes lo que se refiere a las vacunas con todos ustedes.
4. La reunion:
Todos pueden hablar y no es necesario pedirla palabra.
Sientase en completa libertad.

II Discusion:

1. Qué emfermedades del niño pueden evitarse con las vacunas?
2. Qué enfermedades son éstas?

   (Presentacion de las graficas de difteria, tosferina, tetanos y tuberculosis)

3. Cuáles son las señas del sarampión?
4. Cuales son las señas de la polio?
5. Cuáles son las señas de la difteria?
6. Cuáles son las señas de la tosferina?
7. Cuales son las señas del tétanos?
8. Cómo se reconoce la tuberculosis?
9. A qué edad se recomienda empezar a vacunar a los niños?
10. Cuántas veces se pone la vacuna contra la tuberculosis
11. Cuántas veces se pone la vacuna contra la pólio?
12. Cuántas veces se pone la triple o DPT ?
13. Cuántas veces se pone la vacuna contra el sarampión?
14. Qué cree la gente de por aquí sobre las vacunas para los niños?
15. Qué piensan ustedes sobre esto que cree la gente?
16. Qué cree la gente de por aquí sobre la vacuna contra el tétanos que se pone a las mujeres?
17. Que piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
18. A qué mujeres se les pone la vacuna contra el tétanos?
19. Cuantas veces se pone la vacuna a estas mujeres?
20. Ayudan o no ayudan a las familias para que los niños y mujeres se vacunaron?
21. Si ayudan, Cómo ayudan? Que hacen para que niños y mujeres se reunan?

P A I

1. Todas la enfermedades de PAI fueron mencionadas.
2. Dificultad para interpretar los dibujos del material a pesar de que conocen las características de las enfermedades.

3. Identifican c/uno de los ejemplos de PAI.

4. Esquema

Existe confusión respecto a la vacuna que se pone al nacer (BCG con tétanos). Conocen y diferencian bien el esquema de las restantes.

5. Existes prácticas tradicionales en el tratamiento de tosferina, jarabes de sacates: eucalipto + bambillo + miel de abeja.
<u>Brote de sarampión:</u> baños con borraja, bervena + limón + aguardiente. Si no hay brote, la enfermedad es grave.

6. De acuerdo a los participantes, la mayor parte de la gente esta muy de acuerdo con las vacunas, pues antes de ellos existió alta mortalidad por sarampión, tosferina, tétanos y muchos niños inválidos por polio.

7. Los participantes manifiestan que las vacunas son algo bueno, evitan que los niños se enfermen y en muchos casos se mueran, además es un adelanto para la comunidad.

8. Los participantes mencionaron que no debe vacunarse a niños con fiebre, resfrío y diarrea, las cuales según nuestro criterio, no son contraindicaciones absolutas.

9. Saben que existe una vacuna para mujeres, que para algunos de los participantes, protege contra el tétanos; para otros dicen que evita la polio en recién nacidos (manifestaron que existe parálisis por polio aún en recién nacidos).
Esta vacuna debe aplicarse (3 veces) a mujeres embarazadas y lactantes (cada 3 meses, en el embarazo a partir del tercer mes).

10. De acuerdo a los participantes, las mujeres de su comunidad están completamente de acuerdo con la vacuna para mujeres.

11. Promocionan la vacunación explicando, orientando y aconsejando a las madres sobre la necesidad de vacunar, a través de reuniones quincenales empleando los folletos recibidos en el curso y trayendo a la memoria casos prácticos.

12. RECOMENDACIONES DE PARTICIPANTES A HOPE

-Necesidad de capacitarse más.
-Desean llegar a ser promotores de salud.
-Desean viajar y compartir experiencias con voluntarios de otros lugares para aprender más.
-Mejorar la disponibilidad de medicinas en el Puesto de Salud.

GRUPO FOCAL #4. SIBILIA, QUETZLALTENANGO.

MODERADOR: ELENA RITA CHIMILIO.
REDACTOR: CARLOS GUILLERMO LEAL F.
PARTICIPANTES: COMUNITARIOS: 2 PROMOTORES, 5 VOLUNTARIOS.

TEMA PAI

1. La Difteria, Tosferina, Tetanos, Sarampión, Tuberculosis, polio.

3. Son ronchitas que salen en todo el cuerpo de color rojo, iniciando la enfermedad con fiebre, malestar del cuerpo, catarro en algunas veces. Se debe proteger de la luz, hay que taparlo con ropa liviana y darle suficientes líquidos por la fiebre y evitar la deshidratación.

4. El cuerpo se pone aguado, afecta más los brazos y las piernas les quedan bien delgadas y no crecen igual en relación; nunca han visto un niño con polio. Sólo una persona vió ciertas secuelas.

5. Se les tapa la garganta, dificultad al respirar.

6. Fiebre, la tos es seca y no le madura, se les vá la respiración quedandose, volviendo al rato y a veces vomitan.

7. El niño se pone desmayado y se produce por no desinfectar los utensilios al momento de atender el parto, el cuerpo también se arruga.
   - El ombligo se pone morado y no mama (signos/sintomas).

8. La tos es necia, es rara y diferente, se ponen pálidos y se adelgazan. Se contagia por medio de la saliva y hay que apartarle todos sus utencilios (trastos, ropa, etc), de tanto toser le dan vómitos y fácilmente se agotan.

9. Si es en el hospital la ponen al nacer, si es en la Comunidad cuando llega la vacuna o se baja al C o P de S, los 25 días.

10. Una sola vez.

11. 3 Veces con un intervalo de 2 meses cada una y sus refuerzos.

12. 3 Veces con un intervalo de 2 meses cada una y sus refuerzos.

13. Una sola vez y es a los 9 meses.

14. Algunas personas dicen que son malas, pero es por las reacciónes que dan; a veces sólo aceptan las gotitas y cuando no quieren ponen un montón de pretextos con tal de no vacunar a los niños.

15. Que estan equivocados pues las vacunas son buenas y no producen ningún daño a los niños.

16. Que se les debe poner solo a las embarazadas, siempre hay señoras que dicen que son malas, porque piensan que se les está poniendo otra cosa.

17. Que están equivocadas pues la vacuna previene al niño y a la madre al momento del parto.

18. Anteriormente solo a las embararazadas, pero ahora es de 15 a 45 años (hace poco que la empezaron a aplicar).

19. 3 Veces.

20. Si haciendo promoción diciéndoles qué son las vacunas para qué sirven y enviando a mnadres al C.S principalmente cuando es el primer niño.

21. En forma verbal a travéz de reuniones y visitas domiciliarias haciendo promoción de las vacuanas, ayudan a ordenar a las madres cuando hay vacunación y detienen a los niños; esperan que proximamente se les dé algún material para poder enseñar y promocionar mejor.

EVALUACION DEL DIA

1. Participantes con características homogeneas - no habían promotores ni voluntarios.
2. Número de participantes adecuado - sí ya que en un grupo quedan 7 personas.
3. Lugar de la reunión fué apropiada. - sí.
4. La forma de sentarse - sí ya que se formó un círculo en el que todos estaban al mismo nivel.
5. La duración - sí fué la adecuada.
6. El contenido de la guía - sí.

MODERADOR

1. Demostró conocer el objetivo - sí.
2. Demostró conocer bien la guía - sí.
3. Estuvo tranquilo - sí.
4. Estuvo amistoso - sí.
5. Generó entusiasmo - sí.
6. Escuchó atentamente - sí.
7. Sondeó en forma neutral - sí.
8. Fué sensible y flexible al grupo - sí.
9. Trató que todos participaran - sí.
10. Manejó bien al grupo - sí.

DISCUSION

1. Participantes cómodos para discutir - sí.
2. Se indicó propósito - sí.
3. Se presentaron todos - sí.
4. Se indicó procedimiento - sí.
5. Profundizó el moderador en las respuestas - sí.
6. Interaccionaron los participantes - al inicio no hubo que provocar ésta.
7. Preguntas fueron objetivas - sí.
8. Se aprovechó el cierre de la reunión - sí.
9. Se agradeció a participantes - sí.
10. El redactor tomó notas detalladas - sí.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: "HIGIENE"

CODIGO: _____ COMUNIDAD: Caserio La Selva de Chucabal FECHA: 10/3/89

1. Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de transmision.)
- Ninos tocan cosas sucias.
- No usan letrina.
- No cosen los alimentos.
- Moscas se paran y llevan microbios.
- Porque no se vacunan.

2. Que entienden ustedes por higiene?
-Limpieza en el hogar.
-Tener letrina.
-Cubrir los alimentos.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene/

- Barrer la casa.
- Control y exterminacion de moscas, tapar los alimentos.
- Lavarse las manos.
- Lavar los alimentos, cocer bien los alimentos.

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene?

a) PERSONAL: Banarse cada 2 dias, usar ropa limpia, despiojar.

b) ALIMENTOS: Lavarlos bien.
d) DE SU CASA Y ALREDEDORES: Barrer, corral para nimales.

5. Que cosas necesita para mantener la higiene?
OKO, agua, escoba, trapeador, sacabasuras, palangana, jabon.

6. Observacion:

a) Manos reg.
b) uñas no limpias.
c) Dientes reg.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA:" HIGIENE"

CODIGO: _____ COMUNIDAD CHUICABAL FECHA Agosto 10,1983

1. Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de transmision).

No tener higiene, por no tener aseo en la casa y en la comunidad. Por no hervir el agua y no lavar los alimentos o no cocerlos.
Si no se lavan los alimentos hay microbios que enferman el estomago y el cuerpo. El microbio es un sucio que le prende en los alimentos y nos enferma. El microbio entra por la boca y el resto del cuerpo.

2. Que entienden ustedes por higiene?
Higiene es asearse y asear los alimentos, lavarse las manos.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene:
Lavar las verduras.
Hervir el agua.
Lavar las frutas.
Limpieza en el hogar.
Tener servivio sanitario y limpio.
Barrer, trapear, sacudir el hogar, hervir el agua.
Banarse, estar limpio, asear la ropa.

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene:

a) PERSONAL: Banarse cada poco, 2 - 3 veces a la semana, limpiar la ropa, peinarse, lavarse los dientes, lavarse las manos.
b) ALIMENTOS: Lavarse sus dientes y sus alimentos cuando los va a comer, hervir el agua, cocer la comida.
c) DE SU CASA Y ALREDEDORES: Barrer la casa y alrededores, trapear, sacudir los muebles, asear donde duermen los animales, limpiar todo, la mosca tiene mucho microbio.

5. Que cosas necesita para mantener la higiene?
Necesita luz en la comunidad, se necesita fuejo para cocinar, agua y jabon, escoba y trapeador, insecticidas por ejemplo OKO.

6. OBSERVACION:
a) manos sucias
b) uñas sucias
c) dientes muy malos, picados.
tienen letrinas y agua de caneria
usan la basura para abonera.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: "HIGIENE"

CODIGO:_____ COMUNIDAD: CHUICABAL FECHA: 10/agosto/89

Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de trasmision.

Por la mala higiene y porque se toman los alimentos sucios y no se lavan los trastos, por no tapar la letrina, por la basura, por escupir.
Asearce las personas, ropa limpia, se enferman por beber del mismo traste.
El viento nos lleva la comtaminacion, acearse a la basura, las moscas que se paran en la comida, el agua nos puede contaminar porque hay que hervirla.

2. Que entienden ustedes por higiene?
El tener limpia la cara, el dormitorio, la casa, la cosina, la ropa. Banarse por lo menos dos veces a la semana, usar la letrina, tapar los alimentos para que no se paren las moscas, lavar las frutas.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene?
Asear la casa, banarse, lavar las frutas y los alimentos, lavarse las manos y la cara, botar la basura .

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene?
a) PERSONAL: Banarse y limpiar la ropa, lavarse los dientes, los pies y las manos.
b) Alimentos: Lavarlos y los trastos, cocer la comida, hervir el agua porque cruda tiene microbios.
c) De su casa y alrededores: Barrer, quitar la basura, poner lejos a los animales, tener letrina.
5. Que cosas necesita para mantener la higiene?
Agua, jabon, pasta de dientes, peine, pasta para zapatos, perfume, escoba, trapeador, saca basura, carreta, azadon, trastes.

6. Observaciones:

a) manos sucias
b) unas sucias
c) dientes sucios.
Si un nino se para descalzo en la basura los microbios se le meten o si come algo sucio, la mosca trasmite los microbios y tambien otros insectos, toman ademas agua contaminada.
Los microbios son unos animalitos que se forman el estomago, solo se ven con un aparato especial, las lombrises son paracitos.

P A I

GRUPO No. 3

MARLEN ESPINAL

ALBA DE CARRILLO

MARIA DE LOURDES DE RUANO

DAISY HANDAL

2 GRUPOS FOCALES

GUIA DE ENTREVISTA

I - INTRODUCCION

- SALUDO
- PRESENTACION
- EXPLICACION DEL OBJETIVO
- DINAMICA DE GRUPO

II - OBJETIVO

Investigar los conocimientos que tienen los voluntarios acerca del pai.

III - MUESTRA

2 grupos focales con 8 participantes c/u.

IV - TIPO DE PARTICIPACION

Voluntarios de salud.

V - TECNICA

Grupo focal.

VI - INSTRUMENTO

Guia de entrevista

VII - RESPONSABLES

Alba, Maria Lourdes, Masrlen, y Deysi.

DESARROLLO

1. Como creen ustedes que se pueden prevenir las enfermedades?
2. Saben ustedes que enfermedades pueden evitarse con vacunas?
3. Que han oido ustedes sobre las vacunas?
4. Ustedes como voluntarios a qué edad recomiendan a las madres vacunar a sus hijos?
5. Que vacunas conocen ustedes?
6. Quiénes y en donde vacunan a sus hijos?
7. En la comunidad todos las madres llevan a vacunar a sus hijos?
8. Qué motivos tienen las madres que no llevan a vacunar a sus hijos?
9. Que educacion dan a estas madres?
10. Qué actividades realizan los voluntarios para lograr que la mayoria de los ninos se vacunen en esta comunidad?

EVALUACION DE GRUPO FOCAL

DESARROLLO

1. Participantes con caracteristicas Homogeneas?

   R/ No el grupo era eterogenio porque los participantes eran mujeres solteras casadas, hombres, madres amamantadoras y de diferentes comunidades.

2. Numero de particpantes adecuado?

   R/ El numero de participantes era adecuado (11 participantes).

3. El lugar de reunión fue apropiado?

   R/ No, porque no reunia las condiciones para llevar a cabo una entrevista.

4. La forma de sentarse?

   R/ No.

5. La duracion?

   R/ La duración fue adecuada dentro del horario previsto.

6. El contenido de la guia?

R/ La pregunta que contiene la guia fueron claves para obtener gran parte de los conocimientos del voluntario acerca de las vacunas; pero se excluye algo muy importante como es el uso del carnet. (interpretacion)

MODERADOR

1. El moderador en forma general lleno los requisitos para un buen resultado de la entrevista, comprendio el objetivo, conocia la guia, estuvo tranquilo, amistoso, gene entusiasmo escucho atentamente, en lineas generales sondeo en forma neutral, fue sencible y flexible ante el grupo.

En cuanto a la participacion de los 11 participantes, 7 lo hicieron activamente el resto participo menos por tratarse de mujeres solteras que no tienen mayor experiencia personal en cuanto a vacunas, ademas habia madres de sus mismas comunidades que se adelantaban a dar respuestas a las preguntas claves.

El grupo se manejo bien.

DISCUSION

1. En la discusión no existio la suficiente comodidad porque las mujeres tenian dificultad de sentarse en las gradas.
2. Se inidico el proposito de la entrevista, se indicaron los procedimientos.
3. Inicialmente existio una presentacion formal de todo el grupo.
4. El motorador profundizo en las respuestas.
5. Los participantes muy poco interesante e interactuaron.
8. Al final de la reunion se aprovecho hacer alguna pregunta sobre lactancia materna y enfermedades diarreicas.
9. Se agradecio la participacion de los voluntarios formalmente, el redactor tomo nota detallada de los expuestos y la guia se completo en el tiempo previsto.

P A I

Observaciones sobre los comentarios hechos por los voluntarios de cuatro comunidades, las respuestas a veces no eran iguales, pero coincidieron en varios casos.

Nos dimos cuenta que estan claros en cuanto a vacunas y a que enfermedades estan dirigidas a conocer los sintomas de la tosferina, sarampion, pero no conocen los sintomas de la difteria.

En todos las comunidades coincidieron que hay algunas madres que no vacunan a sus hijos porque creen que los esteriliza y los ninos se enferman.

Las madres no se vacunan y no han habido campañas para vacunar a las mujeres.

Es interesante saber que hay un tecnico de salud que va a vacunar a las comunidades porque iban al registro para saber de los niños que van naciendo.

Cuando hay companeros de vacunacion ellos participan llevando y llenando fichas y administrando gotitas y ayudando a las mamás con sus ninos.

Los niños nacen en sus casas con ayuda de comadronas y por lo tanto las vacunas no son administradas hasta que llegan al centro de salud, pero esos centros estan alejados de esas comunidades y piensan que ellos deben estar mas capacitados para ayudar en mejor forma a sus vecinos.

Nos dimos cuenta que dan lactancia desde el principio pero dan agua de canela al bebé y lo destetan al año y algunos a los 2 años.

No estan claros en cuanto al valor del calostro, saben que es bueno para el jugo gastrico, pero que algunas mamás no se lo dan porque en algunos animales se tiera esa primera leche porque es mala.

Cuando la madre esta embarazada, le suspenden la lactancia a otro bebé porque creen que el calostro le hace daño al bebé anterior.

T R O

GRUPO No. 4

ROSA MORAN

FEDERICO MOTTA

ADA DE ROMERO

BETTINA SCHWETHELM

GRUPO FOCAL

GRUPO No. 4

Metodologia Grupo Focal

Tema= Tro

1. Qué es la diarrea? o asiento
2. Cuáles son las causas de la diarrea?
3. Qué le pasa al niño cuando tiene diarrea?
4. Cómo se ve cuando el niño esta deshidratado?
5. Qué es lo primero que hace cuando el niño tiene diarrea?
6. Qué otras cosas le da la madre en su comunidad cuando el niño tiene diarrea?
7. Qué alimentos ud. dan al niño cuando tiene diarrea?
8. Qué alimentos le queta al niño cuando tiene diarrea?
9. Cómo prepara el suero oral y si uso todo el sobre o guarda, que se debe agragar algo?
10. Cómo se le da el suero oral al niño, con que frecuencia, y si sobra que hace y si vomita?
11. En qué momento recomiendan a la madre para que lleve al niño al centro de salud?
12. Cómo enseñan uds. a las madres a tratar en niño con diarrea?

Sabila 70-08-89

grupo 4

ENTREVISTA

__Qué opinan sobre la diarrea?

Es bastante penosa.

- Recomiendan higiene personal, que haya letrina para que los niños hagan sus necesidades en la letrina.
- Lavarse las manos
- Lavar frutas.
- Todos tienen letrina y todos tienen agua potable.

A las personas que no tienen letrina hay que explicar a la gente sobre como evitar las enfermedades.

CAUSAS DE LA DIARREA:

- Higiene.
- Comer frutas sin lavar
- No coser bien los alimentos.
- Mantener tapados los alimentos.

__Cómo reconocen que un nino tiene diarrea?

Empieza con dolor de estomago, popo ralo a cada ratitos; cuando tienen vómitos, llantos sin lagrimas, ojos hundidos, mollera hundida, la diarrea continua, se arruga la piel.

__Para que sirve el suero?

Para reponer la sal y el agua perdida.

__Usan los sobres de S R O?

Si.

__Cómo preparan el suero?

Hay que hervir el agua y se deja enfriar.

Llevamos el suero y devolvemos el sobre.
Se le indica que le dé por poquitos.
Se les da el suero con pacha.
Hay que referir al nino cuando no se controla la diarrea.
Cuando un nino tiene diarrea se lo comunican al voluntario comunitario, si no se lo llevan al puesto de salud o a la farmacia.
Compran remedio de farmacia como Yodoclorina, Kaopectate.

__ Pero Uds. que recomiendan?

El suero tomado y otras medicinas.

__Qué otras cosas le dan a un nino de brazos que tiene diarrea?

Pecho, agua hervida.

__Qué se le da un nino con diarrea de alimentacion?

Comida suave.
Hay diarrea por frio.
Hay diarrea por calor.
Moronga de cerdo es buena para cuando hay diarrea por calor.
Cuando hay diarrea por frio es de color blanco.

__Que se puede dar a un nino de comer con diarrea?

Fideo, huevo duro, guineo o banano, caldo de frijol con arroz, atol de platano, atol de manzana, incaparina rala.

__Qué no se les puede dar a los ninos cuando tienen diarrea?

Caldo no se les puede dar.
Carne no por la grasa.
Verduras, té, té de tilo, té de maria luisa, ésto si

__Le dan suero a un nino con vómitos?

Se le da por poquitos, con cucharita, algo le queda en el estomago.

__Qué se le da a un nino que está mamando y tiene diarrea?

Debe mamar mas.
La mamá debe de comer el doble, tomar atoles.
Que tome mas liquidos.

__Qué se hace si sobra el suero?

Hay que tirarlo.
no se usa despues de otro dia.

__Qué hacen uds. en las reuniones con las personas?

Que el voluntario de la explicacion de como se prepara el suero.

__En dónde obtienen uds. los sobres de sales de rehidratacion oral?
El proyecto HOPE nos lo ha dado.
El ministerio de Salud nos dió sales de rehidratacion oral hace dos años.

Piden capacitacion sobre tratamientos para otras enfermedades, por ejermplo para infecciones respiratorias.

__Han servido de mucho las actividades de los Promotores?

Le ponen otras cosas al suero casero: azucar, bicarbonato, jugo de naranja, sal.
Al no tener suero de sobre se usa el anterior.
Cuando principia con Diarrea se les da suero.
Algunas madres saben suero casero.

El suero de sobre lo usan en la costa para el mal de orín.

La gente grande lo toma le tienen confianza, es efectivo

Cuando hay un herido le dan suero.

__Hay botellas?

Si hay.
Se mide el litro en un recipiente.
Se pone a hervir en un trasto el agua.
Hay personas que no saben que es un litro.
Ellos explican cual es un litro.
Hay personas que no usan la letrina.

__A cada 10 minutos le dan Suero al nino?

No se deja de dar el suero.
Por alguna hora se queda con las personas.
Usan todo el sobre.
Si lo tienen.
Hay familias que no aceptan.
Recomiendan que se les de poquito por poquito.

LA RECOMENDACION SERIA COMO AYUDAR CON SUEROS REGULARMENTE

- Cuando tienen diarrea es necesario darles suero y lo toma el nino.

- Desde que comienza con asientos les da sed, dejan los alimentos y les dan suero.

- Cuando tiene diarrea el nino de brazo que le den pecho y agua hervida.

- Que la mamá coma bastante para darle pecho.

-SE le dan jugos, liquidos, sin quitar la comida.

P A I

GRUPO No. 5

CARLOS LEAL

RITA CHIMILIO

GLORIA GUEVARA

GUSTAVO TAPIA

2 GRUPOS FOCALES
MENSAJE

INSTRUMENTO

I. EXPLICACIONES:

1. Saludo
2. Presentación del moderador y redactor
3. El propósito de nuestra visita
   Somos personas de diferentes países que hemos escuchado del Programa HOPE y tenemos mucho interés en APRENDER DE USTEDES, lo que se refiere a las Vacunas y por eso venimos a conversar con ustedes.
4. La reunión:
   Todos pueden hablar y no es necesario pedir la palabra, sientanse en completa libertad.

II DISCUSION:

1. Qué enfermedades del niño pueden evitarse con las vacunas?
2. Que enfermedades son éstas?
   (Presentación de las gráficas de difteria, tosferina, tetanos, y tuberculosis).
3. Cuáles son las señas del sarampión?
4. Cuáles son las señas de la polio?
5. Cuáles son las señas de la difteria?
6. Cuáles son las señas de la tosferina?
7. Cuáles son las señas del tetanos?
8. Cómo se reconoce la tuberculosis?
9. A qué edad se comienza a vacunar a los niños?
10. Cuántas veces se pone la vacuna contra la tuberculosis?
11. Cuántas veces se pone la vacuna contra la polio?
12. Cuántas veces se pone la vacuna triple o DPT?
13. Cuántas veces se pone la vacuna contra el sarampión?
14. Qué cree la gente de por aquí sobre las vacunas para los niños?
15. Qué piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
16. Qué cree la gente de por aquí sobre la vacuna contra el tetanos que se les pone a las mujeres?
17. Que piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
18. A qué mujeres se les pne la vacuna contra el tetanos?
19. Cuántas veces se pone la vacuna a éstas mujeres?
20. Ayudan o no ayudan a las familias para que niños y mujeres se vacunen?
21. Si ayudan, cómo ayudan? qué hacen para que niños y mujeres se vacunen?

NOTA DE CAMPO

GRUPO FOCAL SOBRE PAI CON VOLUNTARIOS Y PROMOTORES DE SALUD

Comunidad: CHUILCABAL

Fecha: 10-08-89 Hora inicio: 10:25

Hora conclusión: 11:20

1. Nombre del moderador Gustavo Tapia
2. Nombre del Redactor Gloria Guevara

3. Participantes

Voluntarios X
Promotores

Nombres y Apellidos	Edad en años	Sexo	Tiempo de trabajar
1. Elfrido Delion	34 c.	M	2 meses
2. Lorenzo Rodas	39 c.	M	3 meses
3. Minta Delion	18 s.	F	2 meses
4. Erminda Delion	25 c.	F	2 meses
5. Alfreda Delion	16 S.	F	2 meses
6. Paula Giron	32 c.	F	2 meses
7. Leodora Lopez	20 c.	F	2 meses
8. Martha Rodas	20 s.n.	F	2 meses

Rango de edad	c 3 / s 5	2 H / 6 M	Rango de tiempo
16 - 39 a.			2 a 3 meses

DISCUSION

INSTRUMENTO

I Explicaciones

1. Saludo

2. Presentacion del moderador y del redactor

3. El proposito de nuestra visita:
Somos personas de diferentes paises que hemos escuchado del proyecto HOPE y tenemos mucho interes en aprender de ustedes lo que se refiere a las vacunas con todos ustedes.
4. La reunion:
Todos pueden hablar y no es necesario pedirla palabra.
Sientase en completa libertad.

II Discusion:

1. Qué emfermedades del niño pueden evitarse con las vacunas?
2. Qué enfermedades son éstas?

   (Presentacion de las graficas de difteria, tosferina, tetanos y tuberculosis)

3. Cuáles son las señas del sarampión?
4. Cuales son las señas de la polio?
5. Cuáles son las señas de la difteria?
6. Cuáles son las señas de la tosferina?
7. Cuales son las señas del tétanos?
8. Cómo se reconoce la tuberculosis?
9. A qué edad se recomienda empezar a vacunar a los niños?
10. Cuántas veces se pone la vacuna contra la tuberculosis
11. Cuántas veces se pone la vacuna contra la pólio?
12. Cuántas veces se pone la triple o DPT ?
13. Cuántas veces se pone la vacuna contra el sarampión?
14. Qué cree la gente de por aquí sobre las vacunas para los niños?
15. Qué piensan ustedes sobre esto que cree la gente?
16. Qué cree la gente de por aquí sobre la vacuna contra el tétanos que se pone a las mujeres?
17. Que piensan ustedes sobre ésto que cree la gente?
18. A qué mujeres se les pone la vacuna contra el tétanos?
19. Cuantas veces se pone la vacuna a estas mujeres?
20. Ayudan o no ayudan a las familias para que los niños y mujeres se vacunaron?
21. Si ayudan, Cómo ayudan? Que hacen para que niños y mujeres se reunan?

P A I

1. Todas la enfermedades de PAI fueron mencionadas.
2. Dificultad para interpretar los dibujos del material a pesar de que conocen las características de las enfermedades.

3. Identifican c/uno de los ejemplos de PAI.

4. Esquema

   Existe confusión respecto a la vacuna que se pone al nacer (BCG con tétanos). Conocen y diferencian bien el esquema de las restantes.

5. Existes prácticas tradicionales en el tratamiento de tosferina, jarabes de sacates: eucalipto + bambillo + miel de abeja.
   Brote de sarampión: baños con borraja, bervena + limón + aguardiente. Si no hay brote, la enfermedad es grave.

6. De acuerdo a los participantes, la mayor parte de la gente esta muy de acuerdo con las vacunas, pues antes de ellos existió alta mortalidad por sarampión, tosferina, tétanos y muchos niños inválidos por polio.

7. Los participantes manifiestan que las vacunas son algo bueno, evitan que los niños se enfermen y en muchos casos se mueran, además es un adelanto para la comunidad.

8. Los participantes mencionaron que no debe vacunarse a niños con fiebre, resfrío y diarrea, las cuales según nuestro criterio, no son contraindicaciones absolutas.

9. Saben que existe una vacuna para mujeres, que para algunos de los participantes, protege contra el tétanos; para otros dicen que evita la polio en recién nacidos (manifestaron que existe parálisis por polio aún en recién nacidos).
   Esta vacuna debe aplicarse (3 veces) a mujeres embarazadas y lactantes (cada 3 meses, en el embarazo a partir del tercer mes).

10. De acuerdo a los participantes, las mujeres de su comunidad están completamente de acuerdo con la vacuna para mujeres.

11. Promocionan la vacunación explicando, orientando y aconsejando a las madres sobre la necesidad de vacunar, a través de reuniones quincenales empleando los folletos recibidos en el curso y trayendo a la memoria casos prácticos.

12. RECOMENDACIONES DE PARTICIPANTES A HOPE

    -Necesidad de capacitarse más.
    -Desean llegar a ser promotores de salud.
    -Desean viajar y compartir experiencias con voluntarios de otros lugares para aprender más.
    -Mejorar la disponibilidad de medicinas en el Puesto de Salud.

GRUPO FOCAL #4. SIBILIA, QUETZALTENANGO.

MODERADOR: ELENA RITA CHIMILIO.
REDACTOR: CARLOS GUILLERMO LEAL F.
PARTICIPANTES: COMUNITARIOS: 2 PROMOTORES, 5 VOLUNTARIOS.

TEMA PAI

1. La Difteria, Tosferina, Tetanos, Sarampión, Tuberculosis, polio.

3. Son ronchitas que salen en todo el cuerpo de color rojo, iniciando la enfermedad con fiebre, malestar del cuerpo, catarro en algunas veces. Se debe proteger de la luz, hay que taparlo con ropa liviana y darle suficientes líquidos por la fiebre y evitar la deshidratación.

4. El cuerpo se pone aguado afecta más los brazos y las piernas les quedan bien delgadas y no crecen igual en relación; nunca han visto un niño con polio. Sólo una persona vió ciertas secuelas.

5. Se les tapa la garganta, dificultad al respirar.

6. Fiebre, la tos es seca y no le madura, se les vá la respiración quedandose, volviendo al rato y a veces vomitan.

7. El niño se pone desmayado y se produce por no desinfectar los utensilios al momento de atender el parto, el cuerpo también se arruga.
   - El ombligo se pone morado y no mama (signos/sintomas).

8. La tos es necia, es rara y diferente, se ponen pálidos y se adelgazan. Se contagia por medio de la saliva y hay que apartarle todos sus utencilios (trastos, ropa, etc), de tanto toser le dan vómitos y fácilmente se agotan.

9. Si es en el hospital la ponen al nacer, si es en la Comunidad cuando llega la vacuna o se baja al C o P de S, los 25 días.

10. Una sola vez.

11. 3 Veces con un intervalo de 2 meses cada una y sus refuerzos.

12. 3 Veces con un intervalo de 2 meses cada una y sus refuerzos.

13. Una sola vez y es a los 9 meses.

14. Algunas personas dicen que son malas, pero es por las reacciónes que dan; a veces sólo aceptan las gotitas y cuando no quieren ponen un montón de pretextos con tal de no vacunar a los niños.

15. Que estan equivocados pues las vacunas son buenas y no producen ningún daño a los niños.

16. Que se les debe poner solo a las embarazadas, siempre hay señoras que dicen que son malas, porque piensan que se les está poniendo otra cosa.

17. Que están equivocadas pues la vacuna previene al niño y a la madre al momento del parto.

18. Anteriormente solo a las embararazadas, pero ahora es de 15 a 45 años (hace poco que la empezaron a aplicar).

19. 3 Veces.

20. Si haciendo promoción diciéndoles qué son las vacunas para qué sirven y enviando a mnadres al C.S principalmente cuando es el primer niño.

21. En forma verbal a travéz de reuniones y visitas domiciliarias haciendo promoción de las vacuanas, ayudan a ordenar a las madres cuando hay vacunación y detienen a los niños; esperan que proximamente se les dé algún material para poder enseñar y promocionar mejor.

EVALUACION DEL DIA

1. Participantes con características homogeneas - no habían promotores ni voluntarios.
2. Número de participantes adecuado - sí ya que en un grupo quedan 7 personas.
3. Lugar de la reunión fué apropiada. - sí.
4. La forma de sentarse - sí ya que se formó un círculo en el que todos estaban al mismo nivel.
5. La duración - sí fué la adecuada.
6. El contenido de la guía - sí.

MODERADOR

1. Demostró conocer el objetivo - sí.
2. Demostró conocer bien la guía - sí.
3. Estuvo tranquilo - sí.
4. Estuvo amistoso - sí.
5. Generó entusiasmo - sí.
6. Escuchó atentamente - sí.
7. Sondeó en forma neutral - sí.
8. Fué sensible y flexible al grupo - sí.
9. Trató que todos participaran - sí.
10. Manejó bien al grupo - sí.

DISCUSION

1. Participantes cómodos para discutir - sí.
2. Se indicó propósito - sí.
3. Se presentaron todos - sí.
4. Se indicó procedimiento - sí.
5. Profundizó el moderador en las respuestas - sí.
6. Interaccionaron los participantes - al inicio no hubo que provocar ésta.
7. Preguntas fueron objetivas - sí.
8. Se aprovechó el cierre de la reunión - sí.
9. Se agradeció a participantes - sí.
10. El redactor tomó notas detalladas - sí.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: "HIGIENE"

CODIGO: _____ COMUNIDAD: Caserio La Selva de Chucabal FECHA: 10/8/89

1. Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de transmision.)
- Ninos tocan cosas sucias.
- No usan letrina.
- No cosen los alimentos.
- Moscas se paran y llevan microbios.
- Porque no se vacunan.

2. Que entienden ustedes por higiene?
-Limpieza en el hogar.
-Tener letrina.
-Cubrir los alimentos.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene/

- Barrer la casa.
- Control y exterminacion de moscas, tapar los alimentos.
- Lavarse las manos.
- Lavar los alimentos, cocer bien los alimentos.

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene?

a) PERSONAL: Banarse cada 2 dias, usar ropa limpia, despiojar.

b) ALIMENTOS: Lavarlos bien.
d) DE SU CASA Y ALREDEDORES: Barrer, corral para nimales.

5. Que cosas necesita para mantener la higiene?
OKO, agua, escoba, trapeador, sacabasuras, palangana, jabon.

6. Observacion:

a) Manos reg.
b) uñas no limpias.
c) Dientes reg.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA:" HIGIENE"

CODIGO: _____ COMUNIDAD CHUICABAL FECHA Agosto 10, 1989

1. Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de transmision).

No tener higiene, por no tener aseo en la casa y en la comunidad. Por no hervir el agua y no lavar los alimentos o no cocerlos.

Si no se lavan los alimentos hay microbios que enferman el estomago y el cuerpo. El microbio es un sucio que le prende en los alimentos y nos enferma. El microbio entra por la boca y el resto del cuerpo.

2. Que entienden ustedes por higiene?
Higiene es asearse y asear los alimentos, lavarse las manos.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene:
Lavar las verduras.
Hervir el agua.
Lavar las frutas.
Limpieza en el hogar.
Tener servivio sanitario y limpio.
Barrer, trapear, sacudir el hogar, hervir el agua.
Banarse, estar limpio, asear la ropa.

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene:

a) PERSONAL: Banarse cada poco, 2 - 3 veces a la semana, limpiar la ropa, peinarse, lavarse los dientes, lavarse las manos.
b) ALIMENTOS: Lavarse sus dientes y sus alimentos cuando los va a comer, hervir el agua, cocer la comida.
c) DE SU CASA Y ALREDEDORES: Barrer la casa y alrededores, trapear, sacudir los muebles, asear donde duermen los animales, limpiar todo, la mosca tiene mucho microbio.

5.Que cosas necesita para mantener la higiene?
Necesita luz en la comunidad, se necesita fuejo para cocinar, agua y jabon, escoba y trapeador, insecticidas por ejemplo OKO.

6. OBSERVACION:
a) manos sucias
b) uñas sucias
c) dientes muy malos, picados.
tienen letrinas y agua de caneria
usan la basura para abonera.

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: "HIGIENE"

CODIGO:_____ COMUNIDAD: CHUICABAL FECHA: 10/agosto/89

Porque creen ustedes que la gente se enferma?
(explore cada una de las respuestas. pp/ los relacionados con higiene - mecanismos de trasmision.

Por la mala higie y porque se toman los alimentos sucios y no se lavan los trastos, por no tapar la letrina, por la basura, por escupir.

Asearce las personas, ropa limpia, se enferman por beber del mismo traste.

El viento nos lleva la comtaminacion, acearse a la basura, las moscas que se paran en la comida, el agua nos puede contaminar porque hay que hervirla.

2. Que entienden ustedes por higiene?

El tener limpia la cara, el dormitorio, la casa, la cosina, la ropa. Banarse por lo menos dos veces a la semana, usar la letrina, tapar los alimentos para que no se paren las moscas, lavar las frutas.

3. Diga 3 - 5 ejemplos de higiene?

Asear la casa, banarse, lavar las frutas y los alimentos, lavarse las manos y la cara, botar la basura .

4. Que hacen ustedes para mantener su higiene?

a) PERSONAL: Banarse y limpiar la ropa, lavarse los dientes, los pies y las manos.
b) Alimentos: Lavarlos y los trastos, cocer la comida, hervir el agua porque cruda tiene microbios.
c) De su casa y alrededores: Barrer, quitar la basura, poner lejos a los animales, tener letrina.

5. Que cosas necesita para mantener la higiene?

Agua, jabon, pasta de dientes, peine, pasta para zapatos, perfume, escoba, trapeador, saca basura, carreta, azadon, trastes.

6. Observaciones:

a) manos sucias
b) unas sucias
c) dientes sucios.

Si un nino se para descalzo en la basura los microbios se le meten o si come algo sucio, la mosca trasmite los microbios y tambien otros insectos, toman ademas agua contaminada.

Los microbios son unos animalitos que se forman el estomago, solo se ven con un aparato especial, las lombrises son paracitos.

APPENDIX L

COMMUNICATION IN HEALTH

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ASISTENCIA SOCIAL
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
DEPTO. EDUCACION PARA LA SALUD
COMPONENTE DE PROMOCION

A G E N D A

1. INTRODUCCION A LA IMPORTANCIA DE LA METODOLOGIA DE COMUNICACION EN SALUD. — JOSE ROMERO

2. METODOLOGIA DE LA COMUNICACION. — MERCEDES DE CASTILLO

3. MONITOREO Y SUPERVISION.

4. EVALUACION. — EUGENIA DE PRATDESABA

QUETZALTENANGO, 11 DE AGOSTO DE 1989

PLAN LOCAL DE COMUNICACIONES
(M O D E L O)

DISTRITO DE:

I. INTRODUCCION:

El personal del Distrito de Salud de: ..... presenta este plan local de comunicación, para apoyar las acciones prioritarias de los programas que incluyen la Supervivencia Infantil. Todo el proceso que se describe, se basa en una metodología moderna de comunicación, la cual permite el reordenamiento de los elementos que intervienen en la misma.

Este plan reune una serie de características de fácil aplicación, para alcanzar con los mensajes el mayor porcentaje de población, principalmente aquellos que no son susceptibles a los medios masivos de comunicación (radio y televisión).

Con estas acciones, estamos apoyando el desarrollo de los programas de salud, desde el punto de vista del incremento del conocimiento y motivación a la práctica.

II. INVESTIGACION

1. DESCRIPCION GEOGRAFICA DEL DISTRITO

- División política:
  No. de aldeas _____ No. de caseríos
  No. de parajes _____ No. otros _____
  especifique

2. POBLACION

	Cantidad
Población total del distrito	_____
Población urbana:	
Población rural:	
Población masculina:	_____
Población femenina: (15-44 años)	_____

Grupos etáreos:

Menores de 1 año	_____ No. _____
de 1 a 4 años	_____
de 5 a 14 años	_____
de 15 a 44 años	_____
Resto de la población	_____

3. EDUCACION

- Alfabetas:
  Analfabetas:

SALUD

a) Datos de mortalidad en menores de 5 años.
   Principales causas

   .....

b) Cobertura:

Cobertura de los Servicios de salud en menores de 5 años.	Cantidad
Cobertura embarazadas (pren.)	Cantidad
Cobertura de vacunación polio	Cantidad
Cobertura de acunac. triple	Cantidad
Cobertura de vacunac. sarampion	Cantidad
Cobertura acunación T.T.	Cantidad

LISTADO DE MEDIOS DE COMUNICACION UTILIZADOS:

III. DIAGNOSTICO DE COMUNICACION:

Este diagnóstico se fundamenta en los hallazgos de la investigación y para efectos de este plan, se considera que los logros más importantes obtenidos hasta la fecha, a nivel local, son los manifestados por la comunicación . Esta conclusión de carácter general, permite definir que la condición más importante para que este plan se realice, es prestar apoyo para la accion de comunicación, lo que podría complementarse con

Nuestro diagnóstico inicial, también nos permite definir los siguientes aspectos:

a. es necesario actualizar la información del estudio de CAP, a través de un muestreo aleatorio.

b. A todos los programas a realizar, se aplicará la metodología de comunicacion moderna, con el objeto de establecer el impacto que se logre en la promoción, específicamente en cuanto al conocimiento y la práctica.

IV. AUDIENCIA MEIA

No. de madres con niños menores de 5 años

CANTIDAD

- Cuántas indígenas ___ _____
- Cuántas ladinas _____
- Cuántas viven en el área rural _____
- Cuántas viven en el área urbana
- Idiomas que hablan _____
- Religión mayoritaria _____
- Medios de comunicación que les llegan a este grupo de madres

_____

_____

No. de sobres de SRO distribuidos el último trimestre

_____

Sobres en existencia: _____

Quien se los provee: _____

Qué líquidos o aguitas acostumbran a dar a las madres en casos de deshidratación, en su Distrito

Actividades a las que se dedican la mayor parte de tiempo

_____

Cuántas asisten al Servicio de Salud

Conocimientos PAI (Madres)

Conocimientos IRO (Madres)

Actitudes hacia PAI (madres)

Prácticas PAI (Madres)

Prácticas IRO (Madres)

Fuente de información:

- Listado de documentos de donde se obtuvieron los datos.

V. OBJETIVOS DE COMUNICACION:

Estos objetivos, se obtendrán a partir de los datos obtenidos en la investigación, diagnostico de comunicación, de la oferta de servicios, pero, fundamentalmente se desprenderán de los conceptos generales siguientes:

1. Promover la aceptación de las actividades que se hacen en canalización.

2. Promover la vacunación con Toxoide Tetánico para mujeres

3. Promover la vacunación del niño menor de 5 años de edad

4. Promover las SRO.

5. Promover otras medidas de prevención de la deshidratación

6. Promover la vacunación en Jornadas de Vacunación.

7. Promover la vacunación acelerada.

ANALISIS DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACION:

Con este análisis estableceremos las prioridades de comunicación, las estrategias de comunicación, la estrategia de medios en función de la audiencia meta.

Los aspectos que revisaremos en este análisis son:

Punto de Atención:

El personal que transmite los mensajes ___está capacitado. Los locales de atención___ son adecuados, de fácil acceso a población, _ en horarios y ___ días adaptados a las costumbres y posibilidades de la población.

Producto:

El numero de vacunas, es suficiente para la población susceptible para el programa. Los otros insumos: En TRC hay suficientes sobres.

Precio:

La ubicación de puntos de atención _____están cercanos a la audiencia meta para disminuir el costo. ___ se ofrece la atención a través de la estrategia de canalización.

Promoción:

Las actividades de promoción, comprenderán acciones que informen, motiven y orienten a la Audiencia Meta, considerando su distinta posición y localización en la comunidad.

Se procurará que los mensajes referidos a cada una de las promociones, sean uniformes en cada una de las piezas que se utilicen.

Posicionamientos tentativos:

Para la vacuna contra el sarampión: "Que sólo la vacuna evitará que le dé el sarampión al niño".

Para Toxoide Tetánico:
Para Vacunación del niño menor de un año

Para Sales de rehidratación Oral:

Para Jornadas de Vacunación

Para (otros)

Punto de Opinión Publica:

Las personas que influyen en la opinión de la audiencia, para que se vacunen son:

Para T.R.O. son:

Para que no afecten los mensajes, haremos piezas especificas para ellos.

VI. ESTRATEGIA DE COMUNICACION:

Esta estrategia de comunicación, basada en el diagnostico de comunicación, en la audiencia meta y en la posibilidad de la atención y servicios que ofrecemos, se define en la utilización de medios tradicionales, fundamentalmente debido a que nuestra audiencia meta, no es mayoritariamente susceptible a los medios masivos modernos de comunicación (T.V. y radio), por lo que se propone en esta estrategia dar mayor soporte a la comunicación.

Al especificar que daremos mayor soporte a la comunicación, estamos también señalando que las piezas de comunicacion, tendrán un estilo sencillo definiendo su contenido en atención al grado de analfabetismo de nuestra audiencia.

Las piezas contendrán los mensajes respectivos a cada promoción, para tres niveles:

Comunidad:

[illegible]

Interno: (personal de salud)

[illegible]

Relaciones Publicas: (lideres, autoridades y otros):

[illegible]

VII. ESTRATEGIA CREATIVA:

1. Crearemos ideas para representar cada una de las piezas definidas para la promoción.

2. En cada una de las piezas incluiremos los objetivos de comunicación, distribuyendo los objetivos en las diferentes piezas.

3. Todas las piezas incluirán tono, manera, posicionamiento lema o slogan, originalidad y tema o nombre de la campaña.

4. Hacer los bocetos o pruebas, para ser sometidos a validación.

VIII. VALIDACION:

Se refiere a la prueba de todas las piezas o materiales elaborados en la localidad.

La validación se llevará a cabo por medio de grupos focales o entrevistas, con grupos de la Audiencia Meta, o grupo objetivo para la cual esta dirigida cada promoción, por medio de grupos focales o entrevistas.

Para validar, tendremos, por lo menos, dos motivos de cada pieza.

IX. ESTRATEGIA DE MEDIOS

La estrategia de medios, se orienta a la difusión de nuestras piezas, a través de los medios tradicionales, tomando en cuenta que el diagnóstico de comunicación nos ha definido deficiencias de alcance de la radio y la televisión, que sólo pueden ser eliminadas aprovechando

La difusión de los mensajes, se sustentará en el [illegible] de los contenidos promocionales a través de la capacitación del personal voluntario y del aprovisionamiento de material audiovisual, para que el personal institucional pueda difundir mensajes durante la realización [illegible] la audiencia meta.

Para hacer una estrategia de medios se tomará en cuenta los canales más apropiados para difundir los mensajes a la audiencia meta en la comunidad.

Definidas las piezas se hará lo siguiente:

1. Piezas para radio local y circuito cerrado, las enviaremos con una nota que exprese:

   - No. de avisos diarios
     Hora de difusión para la A.M.
   - Tiempo de duración de la promoción.

2. Las piezas impresas, las enviaremos al colaborador con anticipación, para que sean colocadas en los puntos estratégicos, para ser vistos por la audiencia meta.

   Colocaremos los carteles a una altura de 1.50 metros, procurando y que no haya otros cercanos a él. Otro tipo de impresos los entregaremos y o colocaremos a la vista de la Audiencia Meta.

X. CRONOGRAMA:

En este cronograma, incluimos cada una de las actividades programadas en la estrategia de comunicación, separando aquellas tareas más importantes, de tal manera que sea fácil visualizarlas en el tiempo, (ver cronograma adjunto).

XI. MONITOREO

Es el seguimiento del proceso de planificar, producir, distribuir, usar y o colocar piezas de comunicación.

Harán monitoreo, las siguientes personas:

- _____
- _____

Número de veces por mes cada una: _____
Por medio de: _____
_____
_____

XII. SUPERVISION

La supervisión estará dirigida a compañeros de trabajo, personal voluntario, con el objeto de ayudarlos a realizar estrategias, planes, piezas, etc. comprobando en lo mínimo que se difunden están en concordancia con los objetivos del plan.

Del Distrito de Salud al puesto de salud visitas.
Del puesto de salud a la comunidad
Del Distrito de salud a la comunidad
Instrumento de supervisión

XIII. PRESUPUESTO:

Como este plan está elaborado para apoyo de la promoción a nivel local, tomando como base la circular 10-87 DAI IPD, respecto a los renglones a utilizar para gastos de promoción, se detalla la lista de los materiales que se utilizarán en las piezas de comunicación, con sus costos estimados, según hoja adjunta.

XIV. FINANCIAMIENTO

El financiamiento será aportado por agencias internacionales, presupuesto propio del servicio de salud y de la comunidad, según el detalle que se observa en el presupuesto respectivo.

XV. EVALUACION:

Para el desarrollo de la evaluación, se tendrá como punto de partida, el estudio de CAP, las investigaciones locales y los objetivos de comunicación.

Se hará por muestreos y los contenidos definirán el incremento del conocimiento y la motivación a la práctica, que como impacto ha logrado cada promoción.

Se establecerá una evaluación periódica por promoción y una al final del año calendario.

Primera de 19
Segunda de 19
Tercera de 19

METODOLOGIA DE COMUNICACION EN SALUD

INTRODUCCION:

El presente resumen, ofrece lineamientos de la metodologia de comunicación, para que los trabajadores de salud, la utilicen en el desarrollo de sus planes y actividades de comunicación (promoción) y educación en salud. Es pues, una contribución para ayudar a resolver los problemas de comunicación en salud, especialmente en las acciones de supervivencia infantil, considerando que los niños necesitan nuestra urgente ayuda, concreta y capaz de ser medida.

Se trata de una metodologia que se ha comprobado que es susceptible de medir, desde el punto de vista del incremento de conocimientos y motivación de la práctica de nuestra audiencia.

INVESTIGACION EN COMUNICACION

Es la busqueda y estudio sistemático de la información necesaria para saber y conocer a nuestra audiencia meta, para el establecimiento de planes, estrategias y lineas de acción a seguir en beneficio de ellos.

La información se puede obtener a través de la busqueda de bibliografía o en el campo mismo, por medio de encuestas, grupos focales, etc.

Toda información debe provenir del grupo (Audiencia Meta) al que vamos a dirigir nuestros mensajes, para conocer:

- Qué se ha hecho en comunicación
- Cómo se ha hecho
- Qué ha sido lo más eficaz
- Conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia, etc., etc.

Sin la investigación seria inútil planificar acciones de comunicación (promoción).

DIAGNOSTICO DE COMUNICACION

Es el resultado del análisis de la información recabada en la investigación. Nos permite planificar nuestras acciones de comunicación futuras, identificando los aspectos que requieren de refuerzos, modificaciones o confirmaciones.

Esto nos ayuda a comparar lo que está ocurriendo en distintos niveles de la audiencia meta, en los diversos medios, a lo que ellos tienen acceso, de tal manera que podemos tener un "esquema" de la situación global en el área.

AUDIENCIA META:

También llamada: Grupo objetivo o Población blanco

Es el grupo de personas a la que vamos a dirigir la comunicación y de las cuales esperamos la modificación o adopción de un comportamiento. El comunicador, debe conocer todo lo relativo a la audiencia meta:

- cuantificarla (cuántos son)
- segmentarla (qué subgrupos ha,)
- ubicarla (dónde está)
- su idioma
- su religión
- su forma de migración
- su alimentación
- sus fiestas
- sus actividades (trabajos),
  sus costumbres respecto a su familia
- sus costumbres respecto a sus hijos
- sus costumbres respecto a ellos mismos,
- hábitos en el cuidado de su salud.

Cuanto más se conoce de la Audiencia Meta, se garantizan mejores resultados.

OBJETIVOS DE COMUNICACION

Son conceptos o ideas básicas que deberán estar en cada una de las piezas de comunicación.

Constituyen una ley o guía para la elaboración de contenidos de cada mensaje (de las diferentes piezas de comunicación).

Estos objetivos se definen de la información obtenida en la investigación, el diagnóstico de comunicación y la oferta de servicios que da el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ANALISIS DE MERCADEO SOCIAL

Mercadeo social, significa "ofrecer o vender productos de salud" a la audiencia meta. Los procedimientos del mercadeo social se aplican para la comunicación en salud. Los elementos que incluye son los siguientes:

Los principales elementos son:

- Punto de atención,
- Producto,
- Precio,
- Promoción,
- Posicionamiento,
- Opinión Publica

Su aplicación, garantiza el éxito de las acciones de salud.

Punto de Atención:

Es el lugar o servicio de salud donde se da la atención a la audiencia. Este debe contar con algunos requisitos que el personal puede proporcionar como: Buena atención, amabilidad, cordialidad, respeto, ambiente limpio y horarios adecuados para la audiencia meta, etc. El personal debe estar actualizado en los temas que se desarrollan a través de las acciones de salud.

Producto:

Es lo que se "ofrece" a la audiencia (servicios, etc.) Todo producto posee caracteristicas propias. Para que la audiencia lo acepte, debemos presentarlo atractivo, confiable, creíble, fácil de obtener, beneficioso y de bajo costo. Para hacer una promoción debemos contar a tiempo con el producto.

Precio:

Es el "costo" que representa a la audiencia meta, la obtención del " producto". Significa el esfuerzo, tiempo, incomodidades, gastos pérdida de energías, o complicaciones en que incurren para recibir el producto.

Para la audiencia meta, la obtención del producto, constituye algo muy "caro"(dificil de obtener), ya que un buen porcentaje de la población no tiene acceso a los servicios de salud por la distancia, u otras razones.

Promoción:

Es el conjunto de acciones y desarrollo de las piezas de comunicación que se producen y difunden para informar, orientar y motivar a la audiencia con el objeto de incrementar su conocimiento y motivarles a que realicen la práctica de salud que ofrecemos en los servicios de salud.

Posicionamiento:

Es el concepto, respecto al producto, que queremos que quede grabado en la mente de la audiencia.

Opinión Publica:

Es la influencia que tienen en la audiencia primaria, otras personas como empleados, lideres, amigos, familia, etc. los que pueden influir en la audiencia, por darle otras interpretaciones a los mensajes.

ESTRATEGIA DE COMUNICACION

Significa decidir cuáles son las acciones más efectivas y a través de qué canales (los más adecuados), las piezas de comunicación llegarán con efectividad a la audiencia.

Las piezas de comunicación deben dirigirse a nivel de comunidad , de proveedores, de autoridades y de líderes de opinión, con lo cual estaremos cubriendo cada uno de los niveles de nuestra audiencia.

ESTRATEGIA CREATIVA:

La estrategia creativa, son las ideas que se inventan para elaborar una pieza de comunicación, para lo cual se tienen que tomar en cuenta los objetivos de comunicación.

La estrategia creativa incluye:

El Tono: Significa como expresar el sentimiento en una pieza de comunicación, ejemplo: es positiva, negativa, agresiva, nostálgica, triste.

Manera: Es la forma de presentar la pieza, ejemplo: diálogo, entrevista, reunión, testimonio, etc.

229

Tema: Que nombre le va a dar a su campaña o a la promoción, ejemplo: "El mejor regalo", "Desde Antes de Hacer".

Posicionamiento:

Es el mensaje que queremos que quede grabado en la mente de las personas; respecto al producto, es decir sus cualidades, beneficios, ventajas, efecto en el organismo, es decir: Que el posicionamiento es: lo que creemos de un producto.

Originalidad:

Nuestra pieza debe ser única, no parecida a otra, que a la audiencia meta le agrade, que la acepten y que la comprendan.

Es importante, utilizar el colorido que a la audiencia le agrade.

Slogan: El slogan que va en una pieza de comunicación significa una palabra, una frase, una oración corta, que se dice al cierre de un anuncio si es impreso puede ir escrito.

El slogan o lema resume todo el comercial; es decir al escucharlo o verlo uno recuerda el comercial o anuncio.

VALIDACION (Pre-test)

La validación es una técnica que se utiliza para probar las piezas de comunicacion con la audiencia meta antes de su divulgación, ya que la audiencia y solo la audiencia definen los contenidos de los mensajes. Esta es una de las fases más importantes para las piezas de comunicación porque nos permiten saber si es necesario hacerles cambios, si es totalmente comprendido el mensaje y si gusta o no.

ESTRATEGIA DE MEDIOS:

Es diseñar planes para usar adecuadamente los medios masivos modernos y tradicionales, a través de los cuales vamos a difundir y distribuir las piezas de comunicación en toda la comunidad (donde está la audiencia).

La distribución, debe realizarse antes de empezar la difusión de material.

CRONOGRAMA:

Es listar , ordenar las actividades en tiempos reales , en concordancia con el punto de atención y la existencia del producto.

MONITOREO Y SUPERVISION:

Monitoreo: es controlar que las piezas de comunicación se difundan según la programación (en tiempos y numero de veces) y que las piezas impresas sean distribuidas y colocadas, en los lugares indicados para la audiencia.

La supervisión: Está dirigida a compañeros de trabajo , personal voluntario, con el objeto de ayudarlos a realizar estrategias, planes, piezas, etc. comprobando si los mensajes que se difunden están en concordancia con los objetivos y el plan.

PRESUPUESTO:

Es hacer un listado de necesidades del plan según la metodología y estimar los costos para cada aspecto.

FINANCIAMIENTO:

Definir quienes (personas o Instituciones nacionales o internacionales) pueden financiar las acciones de comunicación descritas en el plan.

EVALUACION:

Es comprobar con diversas técnicas cuánto hemos incrementado con la promoción el conocimiento y motivación a la práctica de nuestra audiencia.

Es importante recordar , que la promoción debe ser medida en términos de estos dos conceptos:

1. Incremento del conocimiento.

2. Motivación a la práctica: pretender hacerlo a través de coberturas (o resultados globales) de los programas de salud al asignarle a la promoción un rol global que no le corresponde.

modelo.plan

APPENDIX M

DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL MATERIALS

MATERIALES DIDACTICOS O EDUCATIVOS

MEDIOS O AYUDAS AUDIO-VISUALES

A- Pictóricos e Impresos

- Dibujos
- Carteles
- Láminas de Reflexión
- Fotografías
- Franelógrafos
- Imanógrafos
- Gráficas
- Mapas y Planos
- Noticiarios
- Murales
- Pizarras
- Portafolio Gráficos, Albumes de Carteles o Laminarios
- Tarjetas relámpago

B- Ejemplares y Modelos

- Seres vivos y objetos naturales
- Maquetas
- Modelos (Títeres-Dioramas)
- Ejemplares disecados

C- Luminosos o Proyectados y Sonoros

- Películas
- Videos
- Transparencias
- Diapositivas
- Fotobandas
- Grabaciones (discos, cintas, cassettes)
- Radio
- Televisión

GUIA PARA LA PREPARACION DE MATERIALES EDUCATIVOS

1. Discuta, con base en las necesidades de salud que se han explorado con la población de sus comunidades: ¿Qué materiales educativos de apoyo requiere? ¿Qué objetivos educativos se propone conseguir? y ¿Para qué público o grupo de la comunidad se diseñarán los materiales?

2. Cada grupo ya sabe qué es lo que va a elaborar: un cartel, un panfleto, una lámina de reflexión, una cuña para radio", etc.

3. Proceda a elaborar varias versiones en borrador o grabación y discutan en grupo las diferentes "PRUEBAS" para afinar algunos detalles. (Puede también elaborar una sola versión bien discutida).

4. Recuerde que tendrá que PROBAR los borradores escogidos con otro grupo (de esta sala) que represente al grupo de la comunidad al que iría dirigido.

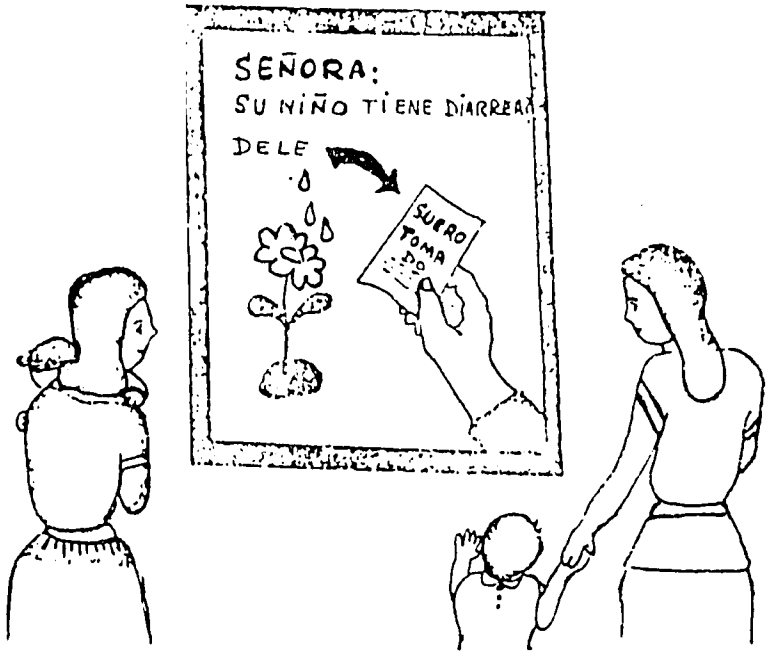
   - Deberá probar si son claras las figuras y el texto que se les escribió.
   - Los colores que se seleccionaron.
   - Forma en que está presentada la secuencia del mensaje y si éste es atractivo, si tendrá aceptación o si persuade.

5. Con las observaciones surgidas de la prueba, se hace una nueva versión, modificándola de acuerdo a las sugerencias u observaciones hechas con el grupo de prueba.

6. El material en nueva versión, se vuelve a probar con el grupo que sugirió las modificaciones.

7. SE ELABORA LA VERSION FINAL.....

INDICACIONES PARA ELABORAR UN CARTEL



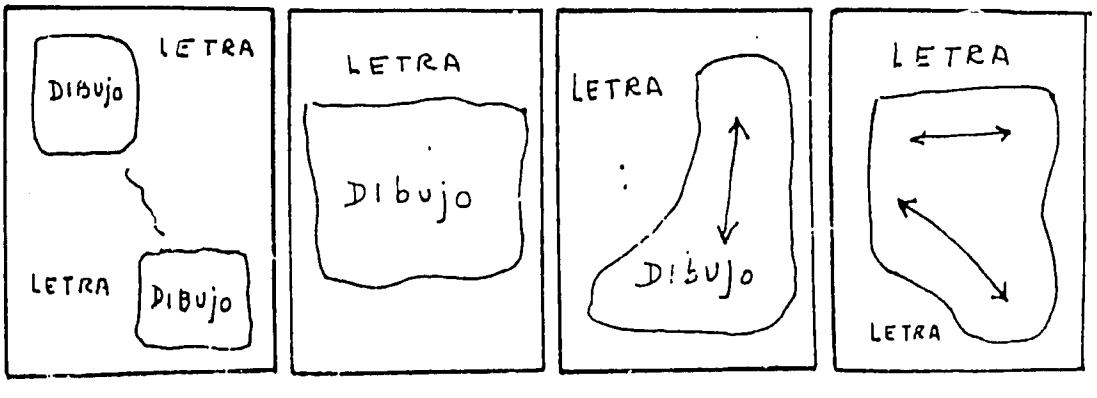
1. Consiste en una hoja de papel, cartulina o cartoncillo de tamaño variable, mayor de una hoja tamaño oficio.

2. Generalmente se usa el tamaño 15 x 20 pulgadas o 1/4 de pliego que es ideal para apreciarse de una distancia no mayor de 3 metros.

3. Su elaboración debe hacerse con pocas palabras escritas o una sola que de a entender una sola idea.

4. Debe combinar adecuadamente los colores, especialmente (negro, rojo, azul y amarillo).

5. Los dibujos deben ser suficientemente grandes y distribuidos en equilibrio con las pocas palabras escritas; aunque también pueden elaborarse sin letras. Un ejemplo de su distribución gráfica es:



EL FOLLETO

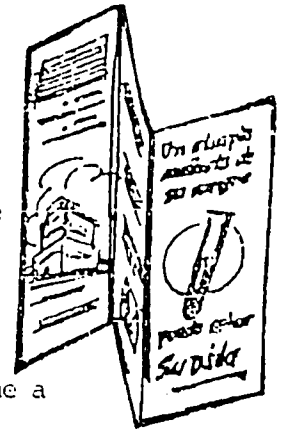
Es un impreso que posee menor número de hojas que un libro, puede tener entre 6 y 60 páginas impresas además de la portada. Está hecho generalmente de papel, cartoncillo o cartulina; su encuadernación casi siempre con grapas; aunque una variante es el panfleto o desplegado que se realiza en una sola hoja tamaño carta u oficio.

De todas formas en ningún material visual debe darse excesiva información, sobretodo si las personas a quien va dirigido son poco preparadas.

Los folletos que utilizan un relato para transmitir un mensaje son de mayor interés que aquéllos que dan directamente un consejo; también el vocabulario que se utilice en ellos es muy importante.

Entre mayor sea el número de analfabetas en nuestro público deberá aumentarse el uso de dibujos o ilustraciones, pues éstas son de medio de comunicación muy poderoso, llegándose a producir folletos totalmente sin texto.

La letra utilizada debe ser grande y clara, cuando se trata de informar a adultos iletrados, ya que de esta forma facilita la lectura e interesa al lector.



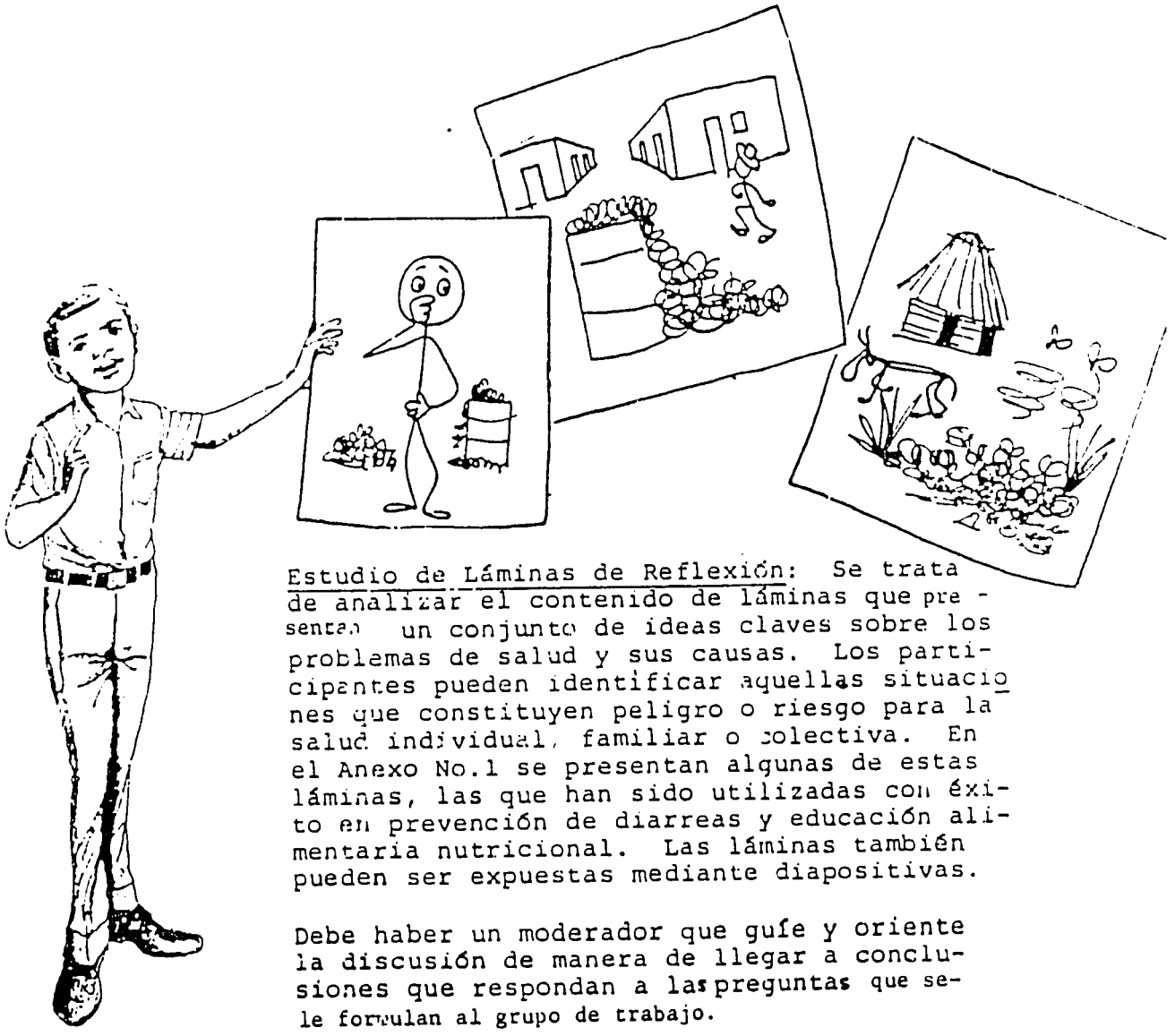
Los folletos se clasifican en:

1. Motivadores - invitan a hacer algo, a que se actúe
2. Promotores - para conseguir apoyo
3. Educativos - enseñan cómo hacer algo

La portada también debe ser atractiva y así asegurar que a primera vista el folleto tenga impacto..

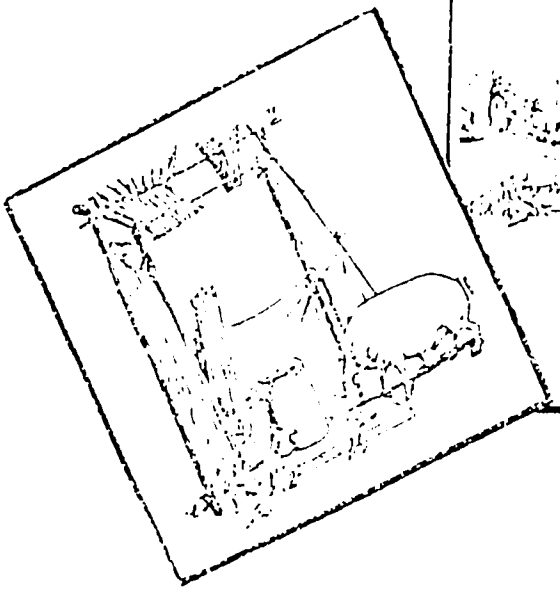
De todas maneras la creación de un folleto o panfleto siempre debe responder a las necesidades de la población a la que va dirigido.

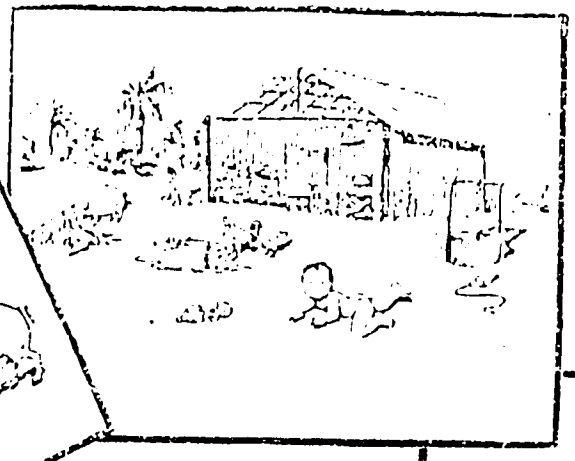
LAMINAS DE REFLEXION

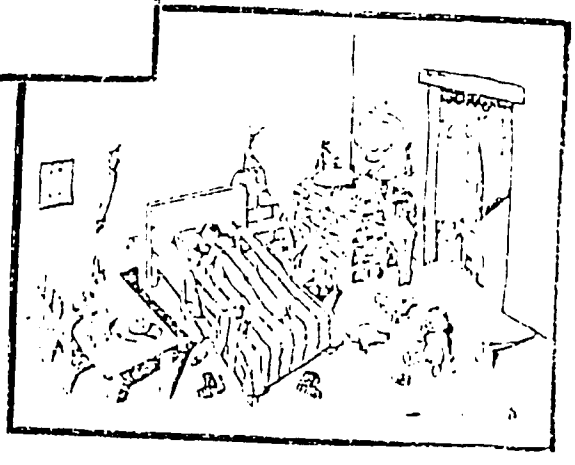


Estudio de Láminas de Reflexión: Se trata de analizar el contenido de láminas que presentan un conjunto de ideas claves sobre los problemas de salud y sus causas. Los participantes pueden identificar aquellas situaciones que constituyen peligro o riesgo para la salud individual, familiar o colectiva. En el Anexo No.1 se presentan algunas de estas láminas, las que han sido utilizadas con éxito en prevención de diarreas y educación alimentaria nutricional. Las láminas también pueden ser expuestas mediante diapositivas.

Debe haber un moderador que guíe y oriente la discusión de manera de llegar a conclusiones que respondan a las preguntas que se le formulan al grupo de trabajo.







El facilitador deberá motivar la participación del grupo y la discusión mediante algunas preguntas:

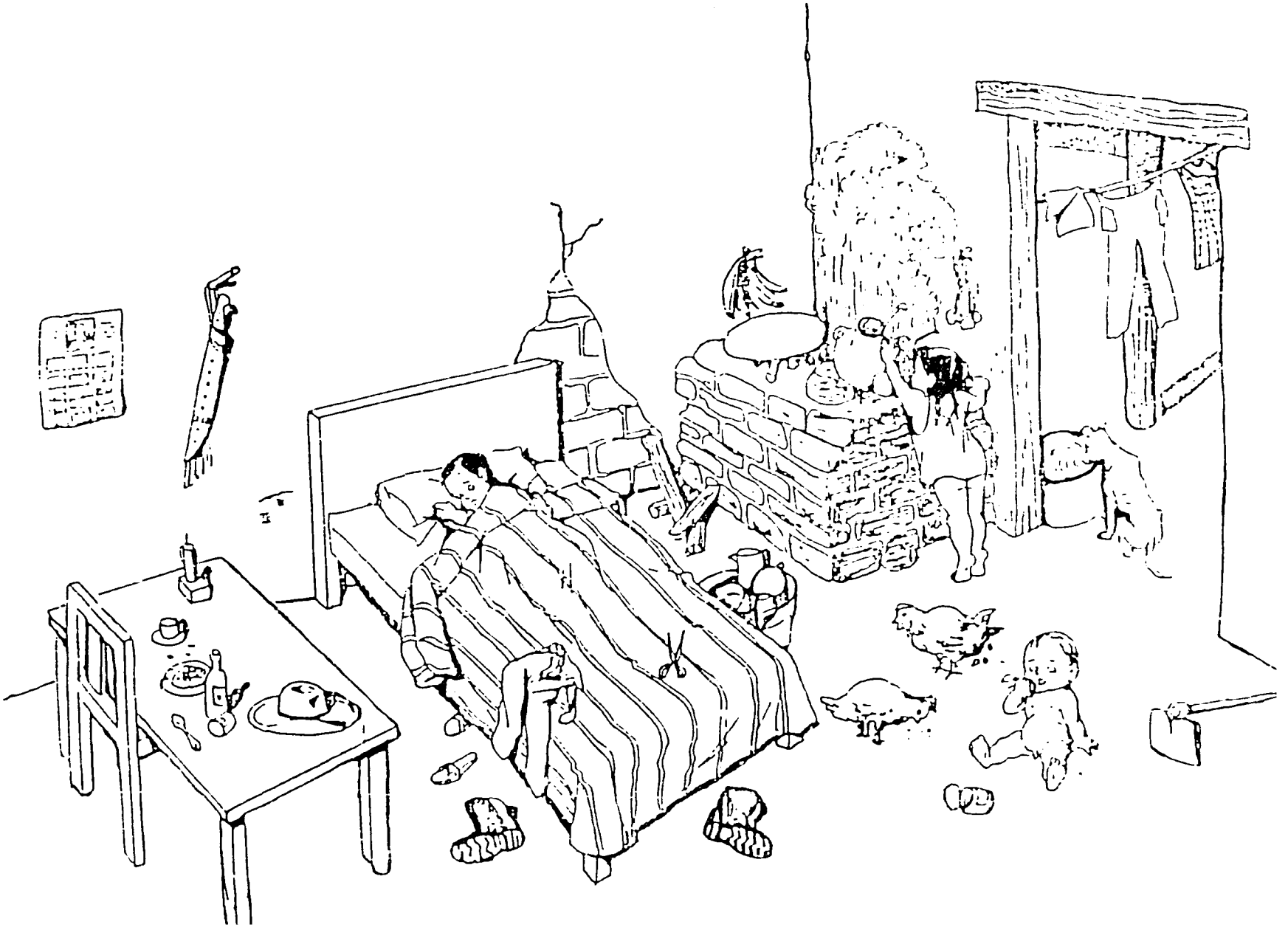
¿Qué vemos en esta lámina?

¿Qué significan estas situaciones?

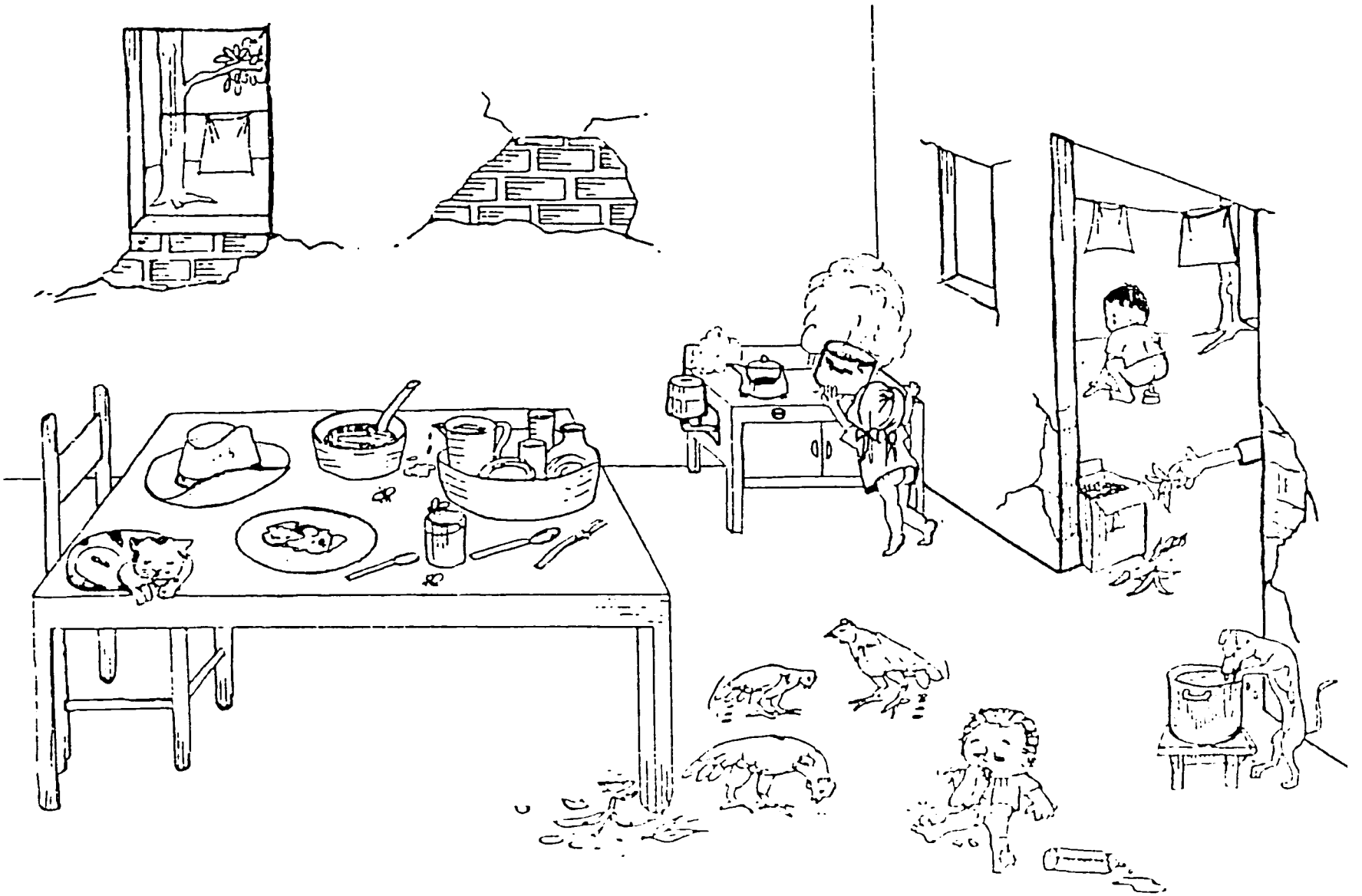
¿Tienen alguna relación con los problemas de mi comunidad?

¿Qué podemos hacer para solucionarlos?

LAMINA DE REFLEXION (7)



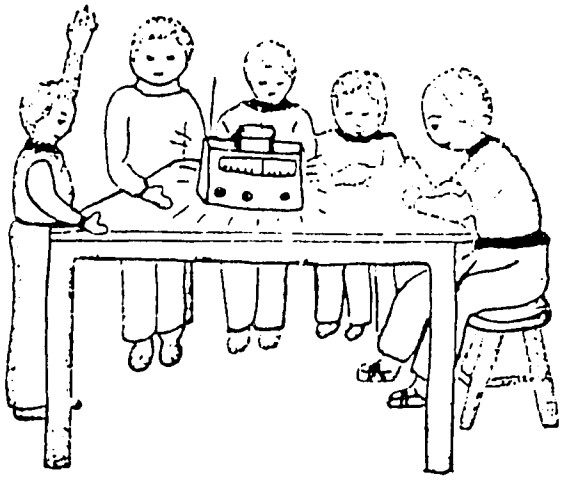
LAMINA DE REFLEXION (9)



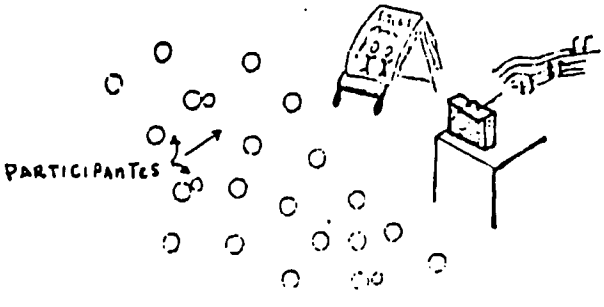
Marque con "X" las situaciones que signifiquen peligro o riesgo para la salud

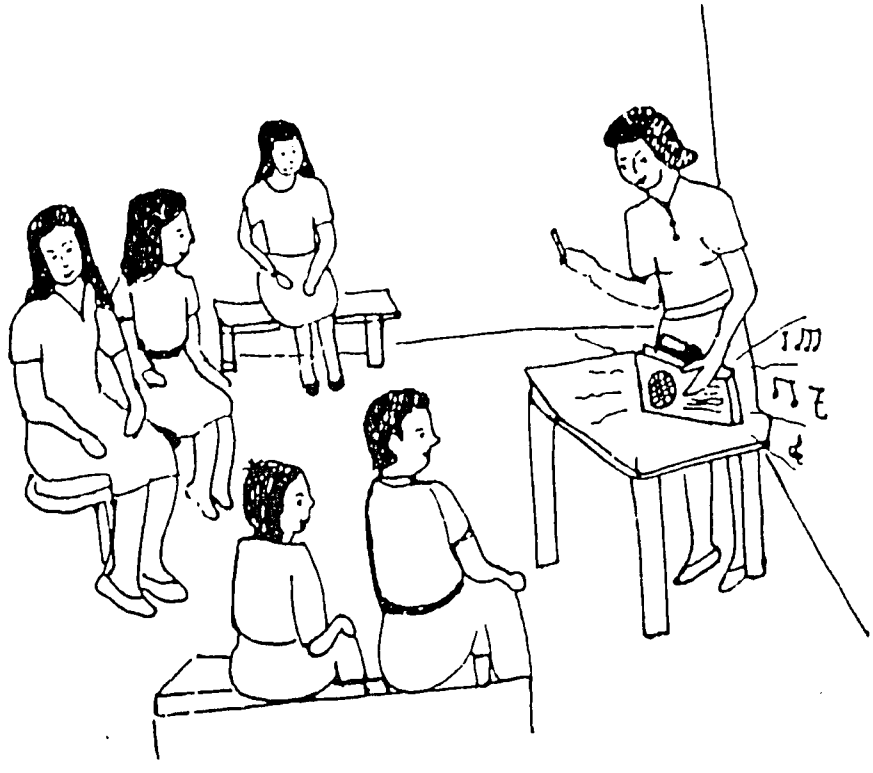
GRABACIONES CON DISCUSION

(FORO - CASSETTE)



Esta técnica se basa en el principio de presentar situaciones ante un público o grupo; el cual, con la presencia de un moderador, las analiza, discute y saca conclusiones. Para esta presentación se utilizan materiales de enseñanza o medios audiovisuales como folletos, panfletos, carteles o láminas con grabaciones en cassette o solamente la grabación.





1o. Se determina el tema con base a una necesidad educativa.

2o. Hay que construir una situación (Diálogo o Descripción) de lo que se desea transmitir.

3o. Hay que elaborar en detalle el guión, es decir Definir personajes y lo que hablará cada uno.

4o. Hay que probar las voces de los miembros del grupo que se oigan mejor y los sonidos que den Ambientación.

5o. Se coloca el cassette en la grabadora y se inicia el ensayo.

6o. Se deja la grabación ya completa.

7o. Se somete a prueba con otro grupo.

8o. Se hacen los ajustes necesarios.

9o. Se realiza la grabación definitiva.

MÁS[illegible] CRITERIOS PARA EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES EDUCATIVOS

1. La comunidad debe participar lo más activamente posible en el diseño y elaboración de los materiales educativos, utilizando sus habilidades y recursos disponibles.

2. Los materiales a elaborar deben hacer referencia a situaciones de la vida de la comunidad con sus propias necesidades, problemas y objetivos, de manera que sus miembros puedan identificarse con dichos materiales, teniendo especial cuidado de que propicien el respeto a la cultura local y aclaren la razón de ser de tradiciones que influyan en el área o campo en que se esté trabajando.

3. Preferentemente necesitarán formar parte de un programa educativo y no como productos aislados, sino que interrelacionándose y con un objetivo claro de aprendizaje.

4. Deben estar relacionados con un sistema de prestación de servicios, ya que la demanda promovida por el material necesitará ser satisfecha o la necesidad despertada, requerirá de otras actividades que faciliten su satisfacción.

5. Los diversos materiales que se produzcan en un tema o ámbito deben reforzarse mútuamente y/o ser complementarios.

6. Todo material educativo, aún en mínimo grado, debe probarse con el grupo social al que va dirigido, antes de su elaboración final y difusión.

7. Los materiales educativos deben contar con acciones de capacitación para su uso e instructivos que propicien la unificación de criterios en su empleo con la población.

8. Cambio periódico y oportuno del material, pues a medida que se usa, se detectan nuevas necesidades de ellos y vacíos que deben llenarse, por lo que se requerirá renovarlos.

9. Estos materiales educativos para la comunidad, en lo posible, deben ser de múltiple uso, de larga duración y de costo acorde a los recursos disponibles a nivel local.

Lic. María Elena Claros Calderón
Educadora División Nutrición y Salud
INCAP

Tomado de:

"Guía para el Diseño, Utilización y Evaluación de Materiales Educativos de Salud". Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares No. 10.

OPS/OMS Washington D.C. 1984.

APPENDIX N

POEM TO PROJECT HOPE

PROYECTO HOPE

P rimer barco-hospital de amor y Paz,

R conocido a nivel mundial,

O asis para países del tercer mundo,

Y ejemplo de atención primaria,

E ducación en salud es tu clave,

C apacitación a voluntarios es tu fuerte,

T ecnología apropiada de Supervivencia Infantíl,

O rquideas perfumadas yo te ofresco.

H ombre feliz es tu fin,

O las de salubridad traes en cada viaje,

P rograma que buscas el desarrollo integral,

E speranzas eres de tiempos mejores.

TSR. Elias Ignacio Fuentes Monzon.

San Marcos, Guatemala C. A. Agosto 11 de 1989.

APPENDIX O

PRESENTATION OF MR. JOHN MCENANEY

This has been a new experience for me to be in a Latin American country. I wish to thank Project HOPE and each of you in particular for the enthusiasm you brought to this Child Survival Workshop.

Bringing people together to share common interests is what this experience is all about. Each of you, in your own way, is promoting the Child Survival Action Program. We each do it differently, according to our means, our customs, our culture, our politics. The important thing, I think, is that we fold the Child Survival interventions into our own particular situations. One way is not better than another. But, perhaps through sharing and meeting our counterparts in other Child Survival Programs, we can take something back home which can help us improve what we are already fully engaged in doing.

We hope this workshop gave you such an opportunity. From this workshop we hope you will take what you need, see your program in a new light, share common failures and successes. For my part, I am taking fond memories of each one of you, of the unselfish efforts you are making in your countries, in your programs to assure the success of the Child Survival Program. I am taking away with me the dedication to service and other human beings that you have committed yourselves to. For me it has been an inspiration to see that there are people who are committed to helping their fellow man - no matter what the cost - I call it unconditional love.

As we move forward in our Child Survival efforts, it will be you in the field who will ultimately win the battle. It will not be won in Washington. We, however, must do what we can to see that your efforts continue.

I wish to again thank Project HOPE for inviting me and thank each of your for your patience and understanding during the week. I think we have had a successful workshop and hope to see each of you again. I wish you a safe trip back home and much success in your programs - VIVA EL NINO!

APPENDIX P

ACTIVITIES OF THE PARTICIPATING PVOs IN ORT AND NUTRITION

CUESTIONARIO SOBRE TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
PRACTICA TRADICIONAL								
Antidiarréicos	x							x
Suspensión/lactancia		x						x
Suspensión/alimentos		x						x
Agua de Arroz	x	x	x					x
Tés o Infusiones	x			x			x	
Líquidos Caseros			x			x	x	
Medicamentos		x						
Purgantes							x	
DISTRIBUCION DE SRO & FUENTE DE SRO								
Si								
-MSP	x	x				x	x	x
-UNICEF			x					x
No				x	x			
LIQUIDOS CASEROS								
Infusiones	x							
Agua de Coco	x	x						
Suero Casero	x		x					
Jugo de Frutas		x						x
Té de Canela		x					x	
Té de Manzanilla		x				x		
Leche Materna				x	x			x
Agua de hierba -buena/tortilla						x		
Agua de Arroz							x	
PERSONAS ENTRENADAS								
Voluntarios	x	x				x	x	
Promotores			x					x
Líderes/comadronas				x				
Personal de Clínica								x

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MOH/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/G	S/RD
RECOMENDACION DE INICIO DE TRO EN DIARREAS								
Desde el inicio de la Diarrea	x	x	x		x	x	x	x
Al haber Signos Deshidratación				x				
PROMOCION DE TENENCIA DE SRO EN EL HOGAR								
Si	x	x	x		x	x	x	x
No				x				

CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
OBJETIVOS DE PROMOCION								
Mejorar Salud & Nutrición		x	x	x			x	
Metodo de Espaciamiento Infantil		x						
Reducción de Morbi-Mortalidad (Diarreas)			x	x		x	x	
Promoción/Beneficios	x							
Lactancia exclusiva por 4 o 6 meses				x				x
Prolongar lactancia hasta 24 meses								
Continuar lactancia durante diarreas				x				
Destete apropiado				x				
Apego Madre/Niño								
HASTA QUE EDAD RECOMIENDAN L.M.								
4 meses exclusivamente		x					x	
6 meses				x				
18 meses	x							
24 meses			x		x	x		x
Hasta que se desee							x	
Hasta que el niño supere necesidad o deje de harcerlo		x		x				
RAZONES/DESCONTINUAR LACTANCIA MATERNA								
Morbilidad Materna	x		x			x		
Trabajo		x						
Poca producción/leche		x						
Nuevo Embarazo			x				x	
Ninguna				x	x	x		

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
PROMOCION ALIMENTOS DEL DESTETE								
Mezclas propias de cada región/comunid.	x							
Comidas según edad hasta dieta completa		x						
Incaparina			x					
Pure de frutas o vegetales			x		x		x	
Papilla de tortilla frijol o hierbas						x		
EDAD IDEAL PARA EL DESTETE								
4 meses			x					
6 meses				x		x		
4 a 6 meses					x		x	
12 meses	x	x						

CUESTIONARIO SOBRE MONITOREO DE CRECIMIENTO

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
GRUPO ETARIO ELEGIBLE CONTROL PERIODICO DE PESO								
< 1a					x			
0 - 5a		x					x	
1m - 5a			x					
< 5a	x					x		x
FRECUENCIA/CONTROL PERIODICO DE PESO								
Cada Mes	x					x		
Cada 2 Meses							x	
Cada 3 Meses		x						

Desnutridos:	Cada Mes							
Peso Normal:	Cada 6m							x
								x
< 12m edad:	Cada 2m			x				
1 - 2a:	Cada 3-4m			x				
2 - 5a:	Cada 6m			x				
Primer mes:	C/Semana					x		
> 1 mes:	Cada Mes					x		

PERSONA QUE CONTROLA PESO							
Voluntarios de Salud		x					
Promotoras Comunitarias	x					x	
Madres bajo Supervisión			x			x*	x
Personal de Clinica		x*		x			
					x		

* Apoyan o Supervisan

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
ACCIONES AL PERDERSE/ ESTANCARSE EL PESO								
Visita Domiciliaria de Evaluación/Caso						x	x	x
Revisión Hábitos Alimenticios			x		x			
Referencia C/Salud		x			x			
Suplemento Nutricional			x					
Investigación de grupos focales	x							
Educación Intensiva a la Madre		x						x

ACCIONES SI EL NINO NO ACUDE A SESIONES DE CONTROL DE PESO								
Visita Domiciliaria	x	x	x		x		x	x
Madre visita C/Salud o Promotora						x		

CUESTIONARIO SOBRE EDUCACION EN NUTRICION

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
TEMAS IMPARTIDOS EN COMPONENTE EDUCATIVO								
Lactancia Materna	x	x	x	x	x	x	x	x
Prácticas Alimenticias durante diarreas/ otra enfermedad	x	x	x	x	x	x	x	x
Huertos Familiares	x	x	x				x	
Higiene en Preparación/ Manejo de Alimentos	x	x	x	x	x	x	x	x
Alimentos necesarios para buena salud materno infantil		x		x				
Uso de Alimentos disponibles/comunidad		x		x				
Valor Nutritivo de Alimentos							x	
Destede Adecuado				x				
Saneamiento Ambiental	x							
Conservación de Alimentos	x							
Mezclas Alimenticias	X							

CUESTIONARIO SOBRE VITAMINA A & SUPLEMENTOS

RESPUESTAS	CRS/E	HOPE/G	MSP/G	LL/G	LL/H	PCI/G	S/H	S/RD
PROBLEMAS DE DEFICIENCIA DE VIT."A"? COMO LO SABEN?								
Si		x	x			x	x	
Problemas de Piel							x	
Problemas Visuales							x	
Alto Indice de Desnutrición		x	x			x		
No	x							
CUANDO DAN VIT."A" A POBLACION BLANCO								
Niños con problemas descritos							x	
Ronda Nacional de Vitamina "A"			x					
No dan	x					x		
OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS/VIT A								
Educación/Orientación		x					x	
Distribución Vit A							x	
Cultivo/Consumo Alimentos ricos en Vit A			x					
Distribución sólo en Campana del MSP						x		
Ninguna	x							