PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

November 1989
Vol. 1, No.1

Verbal Autopsy Approach 3
Guidelines for ARI 9

Survey Results

For development of this publication, the editors asked PVO field staff, "What are your project's needs and preferences for a report?" The ideas of 34 respondents form the basis for this report. The guest editors for the first issue (Dr. Donglu Zeng and Dr. Kathy Ellerbeck) made the following decisions about format and content based on your responses.

Format

The publication will be called the *PVO Child Survival Technical Report* to emphasize its focus on implementation issues Both the PVOs and A.I.D. requested that the publication focus on implementation. The title will help to distinguish this report from a more "chatty" newsletter. A two-column format will be used. (Twenty-one respondents favored the two-column format, eight favored the single-column format, and five did not specify a preference.) The *Technical Report* will be published quarterly in English, Spanish, and French. The next issue will appear in February 1990.

Content

The survey listed four purposes for the *Technical Report*: (1) to encourage exchange of information and experience between projects; (2) to inform PVO project staff of the latest developments and techniques in Child Survival (CS); (3) to provide a forum to discuss interesting issues in implementation and evaluation of CS interventions; and (4) to explain A.I.D. guidelines for project reports and reviews as well as A.I.D. policies and initiatives in CS and health. All the respondents requested that the publication address the first three goals, and 32 of the 34 respondents expressed a need for more information about A.I.D. guidelines and policies.

PVO field staff requested a wide variety of technical information. The requests fell roughly into five categories: (1) CS interventions—growth monitoring and nutrition (most frequently requested), immunization, oral rehydration, acute respiratory infection, and vitamin A deficiency; (2) health information systems—survey techniques, (most frequently requested) and ways to monitor progress; (3) techniques for evaluation of CS interventions; (4) training of staff, supervision of community health workers, and management of Child Survival activities; (5) techniques to improve community participation.

There was a great deal of interest in the sharing of field experiences. Respondents representing 32 projects noted that they would be able to send a summary of experiences for future publication. PVO field staff were most eager to learn of other project experiences with sustainability; collaboration of project, government, and community; the impact of Child Survival projects; and community participation.

Of the 34 projects responding, 30 favored a question and answer column. A "Q & A column will appear in the next issue of the *Technical Report*.

Projects in Latin America and the Caribbean

This issue of the *PVO Child Survival Technical Report* focuses on PVO projects in Latin America and the Caribbean. Other regions will be highlighted in future issues.

Seventeen PVOs sponsored a total of 32 Child Survival projects in Bolivia, Ecuador, Dominican Republic, Guatemala, Honduras, and Haiti. The names of the PVOs and their acronyms follow: Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Andean Rural Health Care (ARHC), Cooperative for American Relief Everywhere (CARE), Catholic Relief Services (CRS), ESPERANCA, Inc., EYECARE, Inc., Freedom from Hunger Foundation (FFH), Food for the Hungry International (FHI), Project HOPE (HOPE), International Child Care (ICC), LaLeche League International (LLI), Project Concern International (PCI), Foster Parents Plan International (PLAN), Salvation Army (SA), Save the Children Federation (SCF), World Relief Corporation (WRC), World Vision (WV).

Lessons Learned: Improvements in Program Quality

A.I.D.'s recent guidelines for CSIII and CSIV projects asked PVOs to describe steps taken in this past year to strengthen the quality of health programming, project management, and information collection. The annual reports from PVOs in the Latin American and Caribbean region contained some interesting stories of improvements, two of which follow.

- FFH/Bolivia implemented a new and more systematic procedure for program planning, budgeting, and reporting. This procedure, which addresses each project within a country program separately,

requires that annual plans and budgets be justified within a long range plan. Therefore, the Child Survival project is being subjected to technical as well as management scrutiny within the context of the whole program in Bolivia. FFH/Bolivia also determined that the Family Registration Cards were not being properly completed. Investigation revealed that family members were reluctant to answer questions about their income and other sensitive issues. The staff decided that such information was not essential for program management, and the forms were revised to request only data pertinent to program implementation.

- HOPE/Guatemala developed a new family registration form that is largely pictorial, easy to use, and designed for easy data entry. The local Ministry of Health has asked Project HOPE/Guatemala to extend use of this Family Registration System to nonproject areas. HOPE believes the new registration system will strengthen health pro-

gramming, project management, and information collection.

Editorial Note: PVOs interested in quality assessment and assurance can obtain a bibliography on the subject from the Division of Strengthening Health Services (WHO/SHS/NHP/88.6), World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Identifying Causes of Death in the Community: The "Verbal Autopsy" Approach

Cause specific mortality data can be useful in the planning and evaluation of PVO Child Survival programs. Knowledge of mortality patterns in the population can improve selection of interventions and allocation of resources. The measurement of changes in mortality from targeted diseases over a period of time facilitates the evaluation of the impact of these interventions.

In most developing countries, however, information about causes of death is limited. Hospital and clinic records provide a distorted and incomplete picture of mortality in the community because many people die at home. Most of these deaths go unrecorded, and their causes are never identified. For example, neonatal tetanus is rarely seen in hospitals, and as a result, its contribution to infant mortality has been overlooked. Data from government registration systems may also be unreliable: the marginal and vulnerable groups of special concern to health programs are often poorly represented in those data, and stated causes of death are seldom trustworthy [1].

Verbal autopsy can be an effective way for PVO Child Survival programs to gather cause-of-death data when there is no other dependable source. Infant and child deaths are investigated by means of a structured interview in which parents are asked to recall the details of their child's last illness and death. The symptoms reported by the parents are later compared with predefined diagnostic criteria. Use of these criteria is based on the recognition that most deaths of children younger than 5 years of age are caused by diseases associated with characteristic patterns of symptoms known as syndromes. These diseases can be identified with reasonable accuracy by comparing reported symptoms with known syndromes. Thus, each death can be classified according to cause or to a specified combination of causes [2].

Despite the potential value of verbal autopsy, PVOs considering its use should be aware of the resources that will be required, as well as the limitations. This article is intended to provide an introduction to the verbal autopsy approach and some advice regarding its adoption by PVO Child Survival projects.

Resources Required

Before investigating causes of death by using verbal autopsy, a project should have the following resources available: (a) an established system for reporting vital events; (b) a completed baseline census; (c) the ability to hire or commit from existing staff one fully literate local person per 15,000-20,000 population to be trained as interviewer(s); (d) a physician and/or other experienced clinical staff able to supervise the interviewer(s) and to review questionnaires and assign probable cause of death (a commitment of at least three or four days per month); and (e) a consult-

ant or project support person capable of training staff in verbal autopsy, directing the design and field testing of questionnaires, and guiding the analysis of data produced. At least three weeks of consultant time will be needed.

A reliable system of vital events registration is the most important prerequisite for any investigation of causes. If more than 10 percent of deaths are being missed, the profile of cause-specific mortality produced by verbal autopsy would probably be distorted and could not be used with confidence. Deaths due to certain causes, or occurring in certain age groups (particularly in neonates), are less likely to be reported than others. The deaths that are reported are unlikely to be representative of all deaths in the population. Until infant and child deaths are being reported in a timely, accurate, and relatively complete manner, efforts should focus on improving the registry system rather than undertaking verbal autopsy. Once a project decides to use verbal autopsy, consideration should be given both to the selection, training, and supervision of the interviewer(s), and to the interview itself.

The Interviewer: Selection, Training, and Supervision

To be effective, the interviewer must be literate and familiar with local language, custom, and beliefs. A person from the area who relates well to people and is acceptable to the whole community would be desirable. Previous experience in community health or development would be helpful, as would prior exposure to surveys or field research. Clinical training is not necessary. Relative inexperience may be preferable to ingrained habits and preconceptions that can hinder the development of good interview technique.

Training can be conducted concurrently with questionnaire design and field testing. A minimum of two weeks should be allowed for this phase. The training should be highly participatory: after a brief orientation, the trainee can be involved with developing the questionnaire by contributing insight into local terminology. Field testing offers opportunities for the trainee to practice first in role-play situations and then in the community. Some interviews may be conducted by staff or consultants serving as interviewer role models, and others by the trainee under observation, with feedback and further instruction provided afterward.

Supervision is best carried out by a member of the clinical staff who is familiar with the interview process and involved with the review of questionnaires. In addition to regular contact at review sessions, the supervisor should observe one or more interviews each month to ensure that good technique is being maintained. A random sample of interviews can be repeated by the supervisor and the responses compared with those elicited by the interviewer, providing one means of checking data reliability.

The Interview: Setting and Process

A family's grief persists long after the death of a child, but family members tend to be willing and able to discuss a death after at least one month has passed. Recall appears to be satisfactory up to one year after a death [3], so a month's delay is likely to improve rather than impair the quality of data obtained.

The interview is usually conducted at

the home of the deceased child. The person primarily responsible for the child's care in the days before death is likely to provide the most useful responses. This person will most often be the mother. Participation of the father and other relatives may be helpful, but in some cases their presence may inhibit the mother's responses. The duration of the interview should be kept at a minimum. A two-page form with 25 or 30 questions takes roughly 30 minutes to complete. A few minutes must also be allowed for greetings and expressions of condolence, as well as an explanation of why the interview is necessary.

The interview begins with questions regarding the whole family: parents' names, respondent's relationship to the deceased child, caste or ethnic group, address, ages of living children, ages at death of children who have died, and mother's pregnancy history. Direct inquiry about socioeconomic status may be inappropriate, but criteria based on observation may also be used. Attention is then focused on the child who has died: name, sex, and dates of birth and death.

Questions about the child's death are of two main types: open-ended questions, such as "What happened to your daughter before she died?" and specific ones (often set up as a checklist) regarding symptoms, with their onset and duration, e.g., "Did she have a fever? When did you first notice that? How long did it continue?" Both types of questions are valuable, and can be used together, with open-ended questions usually being asked first [3].

Other questions may be asked about previous contact with program intervention activities or other health services and type and source of treatment received during the last illness. Immunization cards, growth-monitoring charts, prescriptions, and medicine containers can provide useful evidence and should always be sought. If a health worker examined the child before death, he or she might also be interviewed, and any record of that contact examined.

Cause of Death Classification

Completed questionnaires can be reviewed on a biweekly or monthly basis. The time required to review and classify each case will vary from five to 15 minutes, for an average of six to eight cases per hour. The questionnaires might be reviewed by a physician or other clinically trained person working alone, but a review panel of two to four members has advantages: (a) reaching a consensus on classification minimizes the chance of details being overlooked or of one cause being unintentionally favored by an individual; (b) "team" sense is strengthened and extends to other staff and activities; (c) learning occurs, and group diagnostic skills as well as community awareness improve over time; and (d) continuity can be maintained despite turnover or absence of individuals. Alternatively, two or more staff members could review and classify the same cases independently, then note their level of agreement and go over those on which they disagreed.

The interviewer(s) should be on call during these sessions to provide clarification of the responses recorded or to give supplementary information as needed. Feedback on data quality should be given, and problems dis-

cussed after each session. The interviewer(s) should not be present while review and classification is under way because bias may be introduced if they become familiar with the diagnostic criteria and know what the classifiers are "looking for."

Limitations of Verbal Autopsy

Verbal autopsy has limitations that must be considered before attempting its use. These include (a) its dependence on reliable vital events registration in settings where this is difficult to attain; (b) its potential for recall, interviewer, and misclassification bias; (c) the difficulty of relating folk terminology to biomedical symptom and disease categories; (d) the lack of clear-cut syndromes for a number of important diseases, e.g. tuberculosis, malaria, and the Acquired Immune Deficiency Syndrome; (e) the residual proportion of deaths, commonly 10 to 15 percent or more, that must be classified "unknown" because of inadequate data; and (f) the present short supply of expertise and published literature to guide the use of these methods.

Further Information

Verbal autopsy can be an effective means for PVO Child Survival programs to obtain cause-specific mortality data when they are not otherwise available. Readers interested in verbal autopsy can obtain Working Paper No. 10 [3] from the Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202. The PVO Child Survival Support Program, Baltimore, maintains a bibliography and reference file on the subject.

Reported by Lyndon Brown, P.A., M.P.H., Consultant to the PVO Child Survival Support Program

Editorial Note

The question of "how good" a good vital registration system has to be before the verbal autopsy approach is appropriate was put to the author and to several external reviewers. This paper represents the more conservative view. A less conservative view is that even if the vital registration system is not optimal, verbal autopsy still is useful to look at trends as long as potential bias is recognized and is relatively consistent over time. A reviewer expressed the opinion that "cause of death data and an interest in identifying causes of death by program staff by themselves are very strong stimuli for improving program focus and performance, even if the data are not very precise in terms of proportional mortality. The benefits from knowledge about causes of death outweigh the problems associated with some imprecision in reporting of deaths."

References 1. Garenne, M., and O. Fontaine. 1986. Assessing probable causes of death using a standardized questionnaire—A study in rural Senegal. Seminar on Comparative Studies of Mortality and Morbidity: Old and New Approaches to Measurement and Analysis. International Union for the Scientific Study of Population/Institute of Statistics, University of Siena, Italy.

2. Gray, R.H. 1987. The integration of demographic and epidemiological approaches to studies of health in developing countries. In Differential mortality: Methodological issues and biosocial factors, ed. L. Ruzicka, G. Wuasch, and P. Kane. New York: Clarendon Press.

3. Gray, R.H., G. Smith, and P. Barss. 1989. Workshop on the verbal autopsy—The use of verbal autopsies to determine selected causes of death in children. Report of a workshop held at The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health,

March 13-15, 1989. Working Paper No. 10, Institute for International Programs, Baltimore, Maryland.

Experience Shared in Central America Regional Workshop

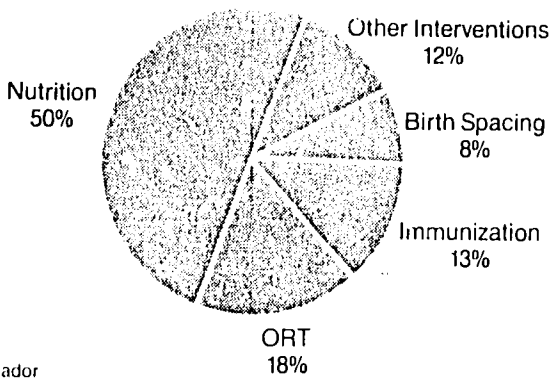
A.I.D. sponsored a Child Survival regional workshop for Central America in early August to foster networking among the PVO staff workers in Child Survival III and IV projects; to share their experiences and lessons learned about training, supervision, and sustainability strategies; and to strengthen their health information systems. Project HOPE's Child Survival field site in Quetzaltenango, Guatemala, hosted the workshop.

Twenty-two PVO country national field staff from four countries (Honduras, Dominican Republic, Ecuador, and Guatemala) had active discussions on various Child Survival topics. Lessons learned were shared among participants. When reliability of age determination for the family registration system was discussed, some of the participants suggested that community volunteers should always ask the date of birth, especially for children younger than 5, to calculate the exact age. A calendar made up of important community events might be of help to achieve more accurate information. The group also agreed that the woman of the house should be interviewed to obtain more reliable and detailed information.

Resource persons discussed a new "evaluation-based" communication strategy designed to determine the knowledge of the target audience, the availability of mass media, and other audience characteristics. Before developing the message, a program should conduct a social marketing analysis to

PVO Child Survival Interventions

PROJECTS ATTENDING GUATEMALA WORKSHOP
1989



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

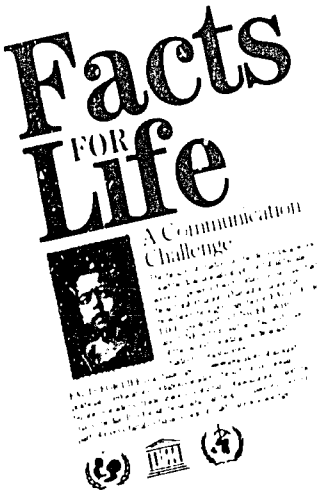
determine the channels for most effectively transmitting the message to the target audience. PVOs should design a plan to monitor and supervise health promotion efforts and to evaluate changes in knowledge and behavior of the community.

Dr. M. Angelica Bixcul described the experience of Project Concern International in developing materials for their illiterate volunteers in Santiago Atitlán, Guatemala. The process began with focus groups that identified the knowledge, attitudes, and practices of mothers with respect to treatment of diarrheal disease of their children. Then PCI developed a series of drawings depicting the main messages obtained through the focus groups. The drawings focused on the necessary attitudes, knowledge, and practices that the population had not yet acquired and on strengthening the existing beneficial ones. Then PCI tested the drawings with groups of women and developed six radio spots, each corresponding to a drawing.

Editoral Note: PVO staff who want more information about these educational materials can write directly to Dr. M. Angelica Bixcul. Address: Project Concern International, Clinica Santiaguito, 07019 Santiago Atitlán, Solola, Guatemala, Central America.

Facts for Life—A Communication Challenge

The health of children in the developing world could be dramatically improved if all families were empowered with today's essential child health information. That information has now been brought together in *Facts for Life*, published by UNICEF, WHO, and UNESCO. The book contains essential family information on maternal and child health care — birth-spacing, safe motherhood, breastfeeding, weaning and child growth, immunization, diarrheal diseases, respiratory infections, domestic hygiene, malaria, and AIDS. *Facts for Life* is a useful communication tool for Child Survival staff to empower families to use today's knowledge to make significant improvement in their own and their children's health.



The cost of *Facts for Life* is $1 per copy. It is available in English, Spanish, and French. To order, write to UNICEF, DIPA, Facts for Life Unit, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA or contact your regional UNICEF, WHO, or UNESCO office.

Latest WHO Guidelines for Case Management of Acute Respiratory Infections

A recent WHO document (June 1989) reported that in developing countries acute respiratory infection (ARI) is a major killer of children younger than 5 years [1]. ARI is responsible for at least 4 million deaths annually, of which 70 percent are due to pneumonia. Although the incidence of ARI is similar in both developed and developing countries (five to eight episodes per child per year among children younger than 5 years in urban areas, and three to five episodes in rural areas), the incidence of pneumonia is significantly different in developed vs. developing countries. The annual incidence of pneumonia in children aged 0 to 4 years, is three to four per 100 in the developed countries in contrast with 10 to 20 per 100 in the developing countries.

The objectives of the WHO global ARI control program are to reduce severity and mortality from acute lower respiratory infections (ALRI), especially pneumonia, in children; to reduce the severity of and prevent complications from ALRI in children; to reduce the inappropriate use of antimicrobial and other drugs for treatment of ARI in children; and to reduce the incidence of ALRI.

Correct case management continues to be the central ARI control strategy of WHO [2]. Immunization is a specific strategy to prevent childhood respiratory infections caused by diphtheria, measles, pertussis, and tuberculosis. Control of risk factors such as low birth weight, specific nutritional deficiencies, malnutrition, and indoor air pollution may also reduce the incidence of ALRI.

WHO has recently revised its guidelines for ARI case management. The terminology has been changed from the categories "mild," "moderate," and "severe" to "cough and colds (or no pneumonia)," "pneumonia," and "severe pneumonia." The WHO protocol for case management comprises three essential steps: (a) identification of the children who should be examined for possible pneumonia (case-finding on the basis of "entry criteria"); (b) identification of the cases of pneumonia (case diagnosis); and (c) appropriate home treatment or referral.

The entry criterion for pneumonia has been extended from "cough alone" to "cough or difficult breathing." Table 1 shows how to identify and treat pneumonia cases among children aged 2 months to 4 years with cough or difficult breathing but no wheezing.

Editorial Note:

For more information about case management of ARI and the ARI control program, write to the following address: Acute Respiratory Infections Control Programme, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

References:

1. WHO: Programme for Control of Acute Respiratory Infections. Interim Program Report. 1988. WHO/CDD/89.31. Geneva, Switzerland.

2. WHO. Case Management of Acute Respiratory Infections (ARI) in Children in Developing Countries. 1989. CDD/MIP/89.6.

9

Table 1. **Management of The Child 2 Months to 4 Years Old with Cough or Difficult Breathing, but no Wheeze.**

• Chest indrawing	• No chest indrawing. • Breathing 50 per minute or MORE	• No chest indrawing. • Breathing LESS than 50 per minute.
SEVERE PNEUMONIA	PNEUMONIA	NO PNEUMONIA: COUGH OR COLD
		→ If coughing more than 30 days, refer for assessment. → Assess and treat ear complaint, if present.
→ Refer URGENTLY to hospital. → Give first dose antibiotic. → Treat fever, if present. [If referral is not possible, treat with antibiotic; and follow closely.]	→ Advise mother to give home care. → Give antibiotic. → Treat fever, if present. → Advise mother to return child in 2 days for reassessment.	→ Advise mother to give home care. → Treat fever, if present.

	Reassess in 2 days a child who is taking an antibiotic for pneumonia:		
SIGNS:	WORSE • Not able to drink. • Has chest indrawing. • Has other signs of severe illness.	THE SAME	IMPROVING • Less fever. • Eating better. • Breathing slower.
➧ TREATMENT:	→ Refer URGENTLY to hospital.	→ Refer or → Change antibiotic.	→ Finish 5 days of antibiotic.

The Instituto de Investigación Nutricional in Peru

The Instituto de Investigación Nutricional (IIN) is a private nonprofit association located in Lima, Peru. The Institute conducts research and provides health services and nutrition education in Peru and other developing countries. IIN has helped several projects with a number of Child Survival interventions, including diarrheal disease control, growth monitoring and development, and nutrition education. The Institute has also provided assistance in development of health information systems, giving an annual computer training course in data collection and analysis to project staff. Projects in Latin America may want to contact the Institute directly. Dr. Claudio Lanata is director of the IIN. Address: Instituto de Investigación Nutricional, Av. La Universidad La Molina, P.O. Box 18-0191, Lima, Peru. Telephone: 367671 or 369123. Fax: 705364 or 427677.

10

What's new in the CSIV Projects

Annual reports provided information on the CSIV projects funded in October 1988. Three excerpts follow, along with the name of the person to be contacted for further information.

- Foster Parents Plan/Guatemala conducted a baseline survey that indicated high levels of malnutrition and identified underlying factors to explain the high levels. PLAN also assessed the technical knowledge of MOH, PLAN, and private sector health personnel about various aspects of Child Survival and found a low level of knowledge of growth monitoring. In summary, there was enough evidence to identify growth faltering and acute malnutrition as a huge problem in the target area. However, current efforts and available resources could not begin to tackle the problem effectively. This situation was of great concern to personnel of PLAN, MOH, the Guatemalan Social Security Institute (IGSS), World Vision, and other private organizations working in the area, and they formed a committee to plan Child Survival interventions. As a result of the findings of the baseline survey, the common plan gave greater weight to the nutrition component than previously anticipated. (For further information, contact Dr. Gustavo Tapia, Health Coordinator, Foster Plan International. Address: P.O. Box 519-A, Guatemala City, Guatemala, Central America.)
- Project HOPE/Honduras staff reported that they met with the community health volunteers (CHVs), selected by the communities before training, to explain in detail the work and the need for dedication to serve the community. This meeting also gives the CHV the opportunity to decide whether he or she is capable of fulfilling the role of a health promoter and reduces dropout rates during the training sessions, resulting in reduced training costs.

  The project staff has developed manuals on oral rehydration therapy, ARI, and immunizations, to provide the CHVs with a source of reference. These manuals have had an excellent reception in various MOH facilities, and the project was recognized by the Educational Department and other MOH facilities, as well as local PVOs and the HOPE Center. (For further information, contact Mr. Carol Elwin, Project Coordinator, Project HOPE/Honduras. Address: Apdo. Postal # 3505, Tegucijalpa, Honduras, Central America.)
- LaLeche League/Guatemala plans to request copies of the growth-monitoring card from community health facilities. The card will be distributed with a brief, simple explanation to all new pregnant and lactating women who attend a Mother's Support Group meeting. The project noted several positive points: (a) the project will know how the baby is growing without doing the actual weighing; (b) the project will reinforce an MOH guideline, thereby strengthening project ties to the MOH and demonstrating one of the many ways a Mother's Support Group can be useful in the community; and (c) the project will put in the mother's hands one concrete item by which she can gauge the external effects of breast milk on her infant. (For further information, contact Mrs. Maryanne Sone-Jimenez, Director LaLeche League International. Address: 11 Avenida, 14-19 Zona 1, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Central America.)

PVO Child Survival Projects in Latin America & Caribbean by Year of Funding

	Boliva	Dominican Rep.	Ecuador	Guatemala	Haiti	Honduras
ADRA					85/88E	
ARHC	87					
CARE	(85)			89	(85)	
CRS			85/88E			
ESPERANCA	86/89E					
EYECARE					86A	
FFH	87					
FHI	89					
HOPE			89	85/88E		88
ICC					85	
LLI				88		88
PCI	85/88E 86			86/89E		
PLAN	86	89		88	85	
SA					85	
SCF	85/89E 86A 87		85			87
WRC					87	89
WV					87	
TOTAL	11	1	3	5	8	4

Note: E project received funds to expand in the year noted;
A project receive vitamin A funding;
Years in parentheses represent projects completed in September 1989.

PVO Child Survival Technical Report is prepared and distributed quarterly by PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University, Baltimore under Cooperative Agreement #PDC-0526-A-00-6186-00 with the Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. The editors welcome reports and correspondence from PVO field projects. Audress correspondence to the attention of the editors, PVO Child Survival Technical Report, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A.
The Technical Report is provided free of charge to PVO Child Survival field and headquarter staff and U.S.A.I.D. health and Child Survival personnel. Subscription rates are $6.25 annually or $1.40 per issue.

12

ONG Survie de l'Enfant

Rapport Technique

Decembre 1989
Vol. 1, No. 1

La méthode de l'autopsie verbale 3
Recommendations en matière d'IRA 9

Résultats du sondage

Avant de préparer cette publication, les rédacteurs ont posé la question suivante au personnel de terrain ONG: "Dc quel genre de rapport avez-vous besoin dans le cadre de votre projet? Et quelles sont vos préférences?". Les idées de 34 répondants forment la base de ce rapport. Se conformant à ces propositions, les rédacteurs invités pour ce premier numéro (Dr. Donglu Zeng et Dr. Kathy Ellerbeck) ont pris les décisions suivantes quant à sa forme et à son contenu.

Forme du rapport

La publication s'intitule *Rapport Technique ONG Survie de l'Enfant* pour clairement indiquer qu'il se concentre sur des questions pratiques de mise en oeuvre. Cette orientation correspond au souhait exprimé à la fois par ONG et l'A.I.D. Ce titre servira aussi à faire la différence entre ce rapport et une simple lettre d'information. Un format de deux colonnes sera utilisé (31 répondants préfèrent ce format, 8 un format d'une colonne et 5 n'ont indiqué aucune préférence). Le *Rapport Technique* sera publié 4 fois par année en anglais, espagnol et français. Le prochain numéro paraîtra en février 1990.

Contenu du rapport

Le sondage fit ressortir quatre buts pour ce *Rapport Technique*: (1) encourager l'échange d'informations et d'expériences entre projets; (2) informer le personnel des projets ONG au sujet des récents développements et des nouvelles techniques en matière de Survie de l'Enfant; (3) constituer un forum de discussions sur la mise en oeuvre et l'évaluation des interventions Survie de l'Enfant; (4) expliquer les recommendations de l'A.I.D. relatives aux rapports et revues de projet ainsi que sa politique et ses initiatives en matière de santé et Survie de l'Enfant. Tous les répondants ont souhaité que les trois premiers sujets soit abordés dans la publication, et 32 des 34 répondants ont exprimé le besoin d'être mieux informés sur les recommendations et la politique de l'A.I.D.

Le personnel de terrain ONG a demandé une large gamme d'informations techniques. Les souhaits correspondent en gros à cinq catégories: (1) interventions Survie de l'Enfant—surveillance de la croissance et nutrition (thème le plus fréquemment évoqué), vaccination, réhydratation orale, infections respiratoires aigues et carence en vitamine A; (2) systèmes d'information sanitaire—techniques d'enquête (thème le plus fréquemment évoqué) et de monitoring; (3) techniques d'évaluation des interventions Survie de l'Enfant; (4) formation du personnel supervision des agents de santé communautaire et gestion des activités Survie de l'Enfant; (5) techniques permettant d'améliorer la participation communautaire.

Les répondants se sont montrés très intéressés par la possibilité de partager leurs expériences de terrain. Ceux de 32 projets ont indiqués qu'ils pourraient envoyer un résumé de leurs expériences pour une future publication. Le personnel de terrain ONG est avide de connaître les expériences d'autres projets en matière de continuité; de collaboration entre projet, gouvernement et communauté; d'impact des projets Survie de l'Enfant; de participation communautaire.

Des 34 projets qui ont donné réponse, 30 ont exprimé leur intérêt pour une section "Questions et Réponses". Une telle section apparaîtra dans le prochain numéro du *Rapport Technique ONG Survie de l'Enfant*.

Projects en Amérique Latine et dans les Caraïbes

Ce numéro de *ONG Survie de l'Enfant* se concentre sur les projets ONG en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Les autres régions feront l'objet des prochains numéros.

13

Dix-sept ONG patronnent un total de 32 projets Survie de l'Enfant en Bolivie, Equateur, République Dominicaine, Guatemala, Honduras et Haïti. Les noms de ces ONG ainsi que leurs sigles sont les suivants: Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Andean Rural Health Care (ARHC), Cooperative for American Relief Everywhere (CARE), Catholic Relief Services (CRS), ESPERANCA, Inc., EYECARE, Inc., Freedom from Hunger Foundation (FFH), Food for the Hungry International (FHI), Project HOPE (HOPE), International Child Care (ICC), LaLeche League International (LLI), Project Concern International (PCI), Foster Parents Plan International (PLAN), Salvation Army (SA), Save the Children Federation (SCF), World Relief Corporation (WRC), World Vision (WV).

La leçon à retenir: une amélioration de la qualité des programmes

Les dernières recommendations de l'A.I.D. pour la conduite des projets Survie de L'Enfant III et IV demandent aux ONG de décrire les démarches qu'ils ont entreprises durant l'année écoulée pour améliorer la qualité des programmes de santé, la gestion des projets et la collecte d'informations. Les rapports annuels des ONG basés en Amérique latine et dans la région des Caraïbes contiennent d'intéressants récits témoignant de telles améliorations. Nous en rapportons deux ci-dessous.

- FFH/Bolivie a mis en oeuvre une nouvelle procédure plus systématique pour établir le plan, le budget et le rapport d'un programme. Cette procédure, dans laquelle chaque projet d'un programme national est pris en considération séparement, exige que les plans et budgets annuels soient justifiés et révisés dans le cadre d'une planification à long terme. Il en résulte que la gestion et les aspects techniques du projet Survie de l'Enfant sont maintenant examinés dans le contexte général du programme bolivien.

FFH/Bolivie a également établi que les cartes d'enregistrement des familles n'étaient pas remplies comme il se doit. Une enquête a révélé que les membres des familles étaient peu disposés à répondre à des questions concernant leur revenu ou d'autres sujets particulièrement

délicats. Les responsables décidèrent que de telles informations n'étaient pas indispensables à la gestion du programme et les formulaires ont été revisés. Ainsi, seules les données qui ont un rapport avec la mise en oeuvre du programme sont maintenant récoltées.

- HOPE/Guatemala a développé un nouveau formulaire d'enregistrement des familles. Il est largement illustré, d'emploi facile et conçu pour faciliter l'entrée des données. Le Ministère de la Santé local a demandé au projet HOPE/Guatemala d'introduire ce nouveau système d'enregistrement des familles dans des régions qui ne sont pas couvertes par le projet. Les responsables de HOPE estiment que ce nouveau système d'enregistrement renforcera la planification des programmes de santé, la gestion des projets ainsi que la collecte d'informations.

Note de la rédaction: les ONG qui s'intéressent aux questions de contrôle et d'assurance de qualité (quality assessment and assurance) peuvent demander une liste de références bibliographiques (WHO/SHS/NHP/88.6) auprès de la Division de Renforcement des Services de Santé, Organisation Mondiale de la Santé, CH-1211 Genève 27, Suisse.

Identification des causes de décès dans une communauté: la méthode de l'autopsie verbale.

Les données relatives aux causes spécifiques de mortalité peuvent être utiles à la planification et à l'évaluation des programmes ONG Survie de l'Enfant. La connaissance du profil de mortalité dans la population peut améliorer le choix des interventions ainsi que l'allocation des ressources. La mesure des variations de la mortalité de certaines maladies cibles facilite l'évaluation de l'impact de ces interventions.

Néanmoins, dans la plupart des pays en voie de développement les informations concernant les causes de décès sont limitées. Les dossiers d'hospitalisation et ceux des cliniques fournissent une image incomplète et déformée de la mortalité dans la communauté parce que de nombreuses personnes meurent à leur domicile. La plus grande partie de ces décès ne sont pas enregistrés et leur cause n'est jamais identifiée. Par exemple, le tétanos néonatal se rencontre rarement dans les hopitaux, et par conséquent on tend à négliger son importance et sa contribution à la mortalité infantile. Il se peut aussi que les données provenant des systèmes d'enregistrement mis en place par le gouvernement soient peu fiables: les groupes marginaux et vulnérables qui sont au centre des préoccupations des programmes de sante sont souvent sous-représentés et les causes de décès mentionnées inexactes. [1]

Pour les programmes ONG Survie de l'Enfant l'autopsie verbale peut alors être un moyen efficace de récolter des données sur les causes de décès lorsqu'il n'existe aucune autre source sûre. Une enquête sur le décès des nouveaux-nés et des enfants peut être conduite au moyen d'un entretien structuré au cours duquel on demande aux parents de se remémorer les détails de l'ultime maladie et du décès de leur enfant. Les symptômes rapportés par les parents sont ensuite comparés à une liste de critères diagnostiques prédéfinis. L'utilisation de ces critères se base sur le fait que la plupart des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans sont dus à des affections présentant des symptômes caractéristiques constituant ce qu'on appelle un syndrome. Ces affections peuvent être identifiées avec une précision acceptable en comparant les symptômes rapportés aux syndromes reconnus. De cette façon chaque décès peut être classifié selon une cause ou une combinaison de causes. [2]

Malgré la valeur potentielle de l'autopsie verbale, les ONG qui envisagent de l'utiliser doivent être conscients des ressources nécessaires à son application ainsi que des limitations de cette méthode. Le but de cet article est d'introduire nos lecteurs à la méthode de l'autopsie verbale et de leur fournir quelques conseils quant à son adoption dans les projets ONG Survie de l'Enfant.

Ressources nécessaires

Avant de rechercher les causes de décès en utilisant l'autopsie verbale, un projet devrait disposer des ressources suivantes: (a) un système d'enregistrement des événements vitaux qui soit déjà établi; (b) un recensement de base qui soit achevé et complet; (c) la possibilité de former un enquêteur par 15000-20000 habitants: celui-ci peut être un membre de la communauté locale qui sache lire et écrire ou bien un des membres du personnel déjà en place; (d) un médecin et/ou du personnel ayant une expérience clinique qui soit en mesure de superviser les enquêteurs, de revoir les questionnaires et de déterminer dans chaque cas la cause probable de décès (une disponibilité d'au moins 3 à 4 jours par mois est nécessaire); (e) un consultant ou une personne appuyant le projet qui soit capable de donner la formation nécessaire à la pratique de l'autopsie verbale, de diriger la mise au point du questionnaire et sa mise à l'épreuve sur le terrain, ainsi que de guider l'analyse des données récoltées. Le consultant devra pouvoir consacrer au moins 3 semaines à cette tâche.

Un système fiable d'enregistrement des événements vitaux est la condition préalable la plus importante à toute recherche des causes de décès. Si plus de dix pourcent des décès ne sont pas enregistrés par un tel système, le profil des causes de mortalité produit par la méthode de l'autopsie verbale sera

déformé et ne pourra pas être utilisé en toute confiance. Les décès dus à certaines causes particulières ou se produisant plus spécifiquement dans certains groupes d'âge (en particulier les nouveaux-nés) auront une moindre probabilité d'être rapportés. Tant que les décès ne sont pas notifiés sans délai et d'une manière précise et relativement complète, les efforts doivent se concentrer sur l'amélioration du système d'enregistrement des décès plutôt que sur la conduite d'autopsies verbales. Dès qu'un projet décide d'utiliser la méthode de l'autopsie verbale, il doit veiller tant à la sélection, formation et supervision des enquêteurs qu'à la qualité des entretiens.

L'enquêteur: sélection, formation et supervision

Pour être efficace, l'enquêteur doit savoir lire, écrire et connaître la langue, les coutumes et les croyances locales. Il est souhaitable que se soit une personne de l'endroit qui ait de bonnes relations avec les habitants et qui soit acceptée par toute la communauté. Il serait utile que cette personne ait une expérience préalable en matière de santé ou de développement communautaire et qu'elle ait déjà participé à des enquêtes ou à des recherches sur le terrain. Une formation clinique n'est pas nécessaire. Une relative inexpérience vaut mieux que des habitudes invétérées et des préjugés qui peuvent empêcher l'acquisition d'une bonne technique d'enquête.

La formation des enquêteurs peut avoir lieu en même temps que la mise au point du questionnaire et sa mise à l'épreuve sur le terrain. Il faut compter que cette phase dure au moins deux semaines. La formation doit être la plus participative possible: après une courte introduction, les futurs enquêteurs peuvent tout de suite contribuer à la rédaction du questionnaire par leurs connaissances de la terminologie locale. Lorsque le questionnaire est testé sur le terrain, ils peuvent passer à la pratique, d'abord en participant à des jeux de role, puis en se rendant directement dans la communauté. Les responsables ou les consultants peuvent conduire des entretiens qui servent de modeles aux enquêteurs en formation, puis ces derniers pratiqueront sous le regard des formateurs, qui feront part de leurs commentaires, réactions et recommendations.

Pour être optimale, la supervision devrait etre effectuée par un membre du personnel clinique qui ait une connaissance des techniques d'entretien et qui ait participé à la révision des questionnaires. En plus d'un contact régulier lors des séances de révision, la personne chargée de la supervision devrait observer un ou plusieurs entretiens chaque mois pour assurer le maintien de leur qualité. Un échantillon aléatoire d'entretiens peuvent être répétes par le supèrviseur qui comparera ses propres résultats aux réponses obtenues par les enquêteurs. Ceci représente une des façons de contrôler la fiabilité des données.

L'entretien: cadre et déroulement

Le deuil d'une famille persiste longtemps après la mort d'un enfant, mais les membres de la famille tendent à être disposés et en mesure de parler du décès après qu'une période minimale d'un mois se soit écoulée. Comme la remémoration semble satisfaisante jusqu'à une année après le décès, (3) un délai d'un mois devrait améliorer la qualité des données obtenues plutôt que la diminuer.

L'entretien est habituellement conduit au domicile de l'enfant qui est décédé. La personne qui s'est le plus occupée de l'enfant durant les jours précédents le décès est en toute probabilité celle qui donnera les réponses les plus utiles. Cette personne est le plus souvent la mère. La participation du père et d'autres membres de la famille peut se révéler utile, mais dans certains cas leur présence peut constituer un obstacle et empêcher que la mère réponde à certaines questions. La durée de l'entretien devrait être aussi courte que possible. Il faut compter approximativement une demi-heure pour remplir un questionnaire de deux pages contenant 25 à 30 questions. Il faut toujours ajouter quelques minutes pour exprimer ses salutations et ses condoléances et aussi pour expliquer les raisons et la nécessité de l'entretien.

L'entretien commence par des questions

10

concernant l'ensemble de la famille: nom des parents, rapport des répondants avec l'enfant décédé, caste ou groupe ethnique, adresse, âge des enfants en vie, âge de l'enfant au moment du décès, anamnèse de la grossesse. Des questions concernant directement le statut socio-économique risquent d'être déplacées, mais des critères basés sur l'observation peuvent être utilisés. L'attention doit ensuite se porter sur l'enfant décédé: nom, sexe, date de naissance et de décès.

Les questions relatives à la mort de l'enfant sont de deux sortes: questions ouvertes, telles que "Qu'est-il arrivé à votre fille avant sa mort?" et questions spécifiques au sujet des symptômes, de leur apparition et de leur durée, par exemple "Avait-elle de la fièvre?" "Quand avez-vous remarqué cela pour la première fois?" "Combien de temps cela a-t-il duré?". Les questions spécifiques sont souvent présentées sous la forme d'une liste à cocher. Les deux sortes de questions ont leur propre valeur et peuvent être utilisées en même temps, les questions ouvertes étant généralement posées en premier (3).

Des questions peuvent être posées afin de savoir si les répondants ont déjà eu des contacts avec le programme ou avec d'autres services de santé. Des renseignements sur le type et l'origine du traitement reçu durant la dernière maladie peuvent aussi être récoltés. Les cartes de vaccination et de surveillance de la croissance, les ordonnances et les emballages de médicaments peuvent fournir des indices et devraient toujours être recherchés. Si un agent de santé a examiné l'enfant avant sa mort, cette personne devrait être interrogée et si un dossier concernant cet examen a été établi, il devrait être consulté.

Classification des causes de décès

Les questionnaires remplis peuvent être revus toutes les deux semaines ou tous les mois. Le temps qu'il faut pour revoir et classifier un cas varie de 5 à 15 minutes, la moyenne étant de 6 à 8 cas par heure. Les questionnaires peuvent être revus par une seule personne, soit un médecin ou quelqu'un ayant une formation clinique. Néanmoins la revue des cas par un comité composé de 2 à 4 membres présente des avantages: (a) parvenir à un consensus sur la classification diminue sensiblement le risque que certains détails passent inaperçus ou qu'un individu choisisse inconsciemment des causes de décès en fonction de préférences personnelles; (b) l'esprit d'équipe est renforcé et se transmet au reste du personnel ainsi qu'aux autres activités du programme; (c) un effet d'apprentissage a lieu, les capacités diagnostiques du groupe s'améliorent et la conscience d'appartenir à une même communauté devient plus marquée; (d) une continuité est maintenue même si des personnes quittent ou sont momentanément absentes. En outre, deux ou plusieurs membres de ce comité peuvent indépendamment revoir et classifier les mêmes cas, estimer leur degré de convergence et revoir ensemble les cas pour lesquels leurs diagnotics diffèrent.

Le ou les enquêteurs devraient être atteignables durant ces séances pour aider à clarifier certains cas ou fournir d'éventuelles informations supplémentaires. Un feedback quant à la qualité des données devrait leur être donné et les problèmes devraient être discutés avec eux après chaque séance. En revanche les enquêteurs ne devraient pas être présents au cours de la revue et classification des cas de peur qu'ils ne deviennent au courant des critères diagnostiques et qu'ils ne sachent ce que recherchent les personnes chargées de la classification. Sans ces précautions des biais pourraient s'introduire.

Limitations de la méthode de l'autopsie verbale

Les limitations de la méthode l'autopsie verbale sont à prendre en considération avant d'envisager son utilisation. Ce sont avant tout: (a) l'autopsie verbale dépend d'un enregistrement des décès fiable alors que cela est assez rarement le cas; (b) il est indispensable de toujours faire attention au risque de biais liés à la classification, à l'enquêteur et à la remémoration; (c) il est souvent difficile de faire le lien entre la terminologie populaire et les symptômes et catégories de maladies; (d) des maladies importantes telles que la

tuberculose, la malaria et le SIDA ne produisent pas de symptômes très spécifiques; (e) une partie des cas, en général 10 à 15 pourcent, doivent être rangés dans la catégorie des "décès de cause inconnue" en raison de données inadéquates ou manquantes; (f) dans ce domaine il n'existe actuellement qu'un petit nombre d'experts et de publications qui peuvent aider ceux qui désirent utiliser cette méthode.

Informations supplémentaires

Pour les programmes ONG Survie de l'Enfant la méthode de l'autopsie verbale peut être un moyen efficace d'obtenir des informations sur les causes spécifiques de mortalité lorsqu'elles ne sont pas disponibles. Les lecteurs qui souhaitent en savoir plus sur ce sujet peuvent obtenir le Rapport de travail no. 10 (3) auprès de l'Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. Le programme de soutien à ONG Survie de l'Enfant à Baltimore entretient une bibliographie portant sur ce domaine.

Ce rapport a été établi par Lyndon Brown, P.A., M.P.H., consultant auprès du programme de soutien à ONG Survie de l'Enfant.

Note de la rédaction

La question de la qualité qu'un système d'enregistrement doit avoir atteinte avant que la méthode de l'autopsie verbale puisse être considérée comme appropriée a été soumise à l'auteur et à plusieurs experts. L'article ci-dessus représente la position la plus stricte. Une vision moins restrictive est que la méthode de l'autopsie verbale demeure utile pour déterminer les tendances et variations des causes de décès même si le système d'enregistrement n'est pas optimal, mais à la condition que les risques de biais soient reconnus et ne changent pas de façon importante au cours du temps. Un des experts exprima l'opinion que "les données relatives aux causes de décès et le désir des responsables d'identifier par eux-mêmes les causes de décès sont d'excellents stimulants pour améliorer l'orientation et les performances d'un programme, même si les données récoltées ne reflètent pas d'une manière très précise la mortalité proportionnelle. Malgré l'imprécision de l'enregistrement des décès, une meilleure appréciation des causes de décès constitue un avantage indéniable".

Références bibliographiques

1. *Garenne, M., and O. Fontaine. 1986. Assessing probable causes of death using a standardized questionnaire—a study in rural Senegal. Seminar on Comparative Studies of Mortality and Morbidity: Old and New Approaches to Measurement and Analysis. International Union for the Scientific Study of Population/Institute of Statistics, University of Siena, Italy.*

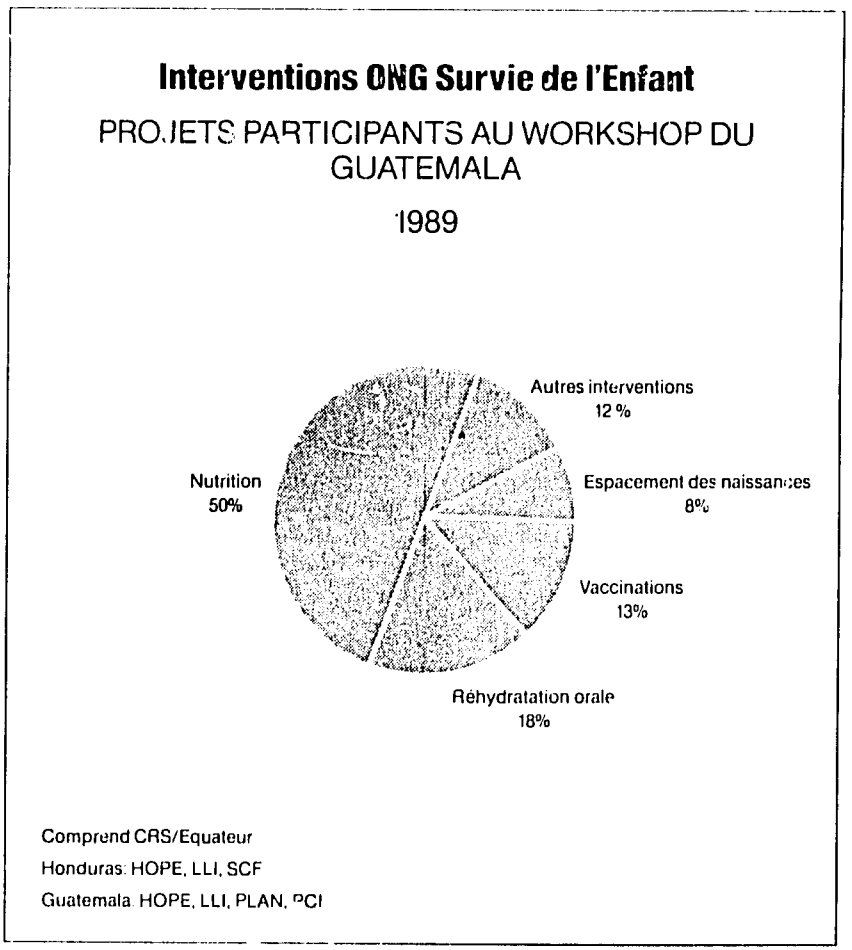
2. *Gray, R.H. 1987. The integration of demographic and epidemiological approaches to studies of health in developing countries. In Differential mortality: Methodological issues and biosocial factors, ed. L. Ruzicka, G. Wuasch, and P. Kane. New-York: Clarendon Press.*

3. *Gray R.H., G. Smith, and P. Barss. 1989. Workshop on the verbal autopsy—the use of verbal autopsies to determine selected causes of death in children. Report of a workshop held at The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, March 13-15, 1989. Working Paper No. 10, Institute for International Programs, Baltimore, Maryland.*

Partage d'expériences au cours d'un workshop régional en Amérique centrale

L'A.I.D. a patronné un workshop régional Survie de l'Enfant en Amérique centrale au début du mois d'août afin que les membres des projets Survie de l'Enfant III et IV puissent constituer des réseaux de liaison, partager leurs expériences et les leçons qu'ils ont tirées en matière de formation, supervision et stratégies pour le maintien à long terme des projets et pour renforcer leurs systèmes d'information sanitaire. Ce workshop s'est déroulé à Quetzaltenango, Guatemala, sur les lieux du projet HOPE Survie de l'Enfant.

Vingt-deux délégations de 4 pays (Honduras, République Dominicaine, Equateur et Guatemala) discutèrent activement de divers sujets concernant la Survie de l'Enfant. Ils firent part des leçons qu'ils avaient tirés de leurs activités. Lors de la discussion sur la fiabilité du système d'enregistrement des familles, quelques participants proposerent que les volontaires demandent toujours la date de naissance pour calculer l'âge exacte, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants au-dessous de 5 ans. Un calendrier établi en fonction des événements communautaires les plus importants peut être utile pour obtenir des informations plus précises. Les participants estimèrent d'un commun accord que lors d'un entretien



15

dans un foyer la femme devrait toujours être questionnee afin de récolter des renseignements plus précis et plus fiables.

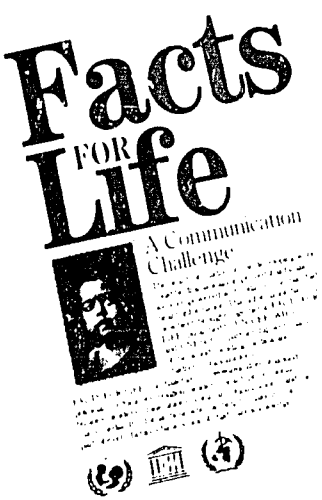
La discussion porta également sur une nouvelle stratégie de communication basée sur l'évaluation; cette méthode est destinée à déterminer le niveau de connaissance du public cible, les mass media à disposition et d'autres caractéristiques du public cible. Avant d'élaborer un message, une analyse de type marketing social devrait être effectuée afin de déterminer les canaux de transmission les plus efficaces. Les ONG devraient établir un plan de surveillance et supervision des efforts entrepris en matière de promotion de la santé ainsi qu'un plan pour évaluer les modifications du niveau de connaissance et du comportement de la communauté.

Dr. M. Angelica Bixcul décrivit les expériences en matière de préparation de matériel pour volontaires illettrés qu'ils firent dans le cadre du Project Concern International (PCI) à Santiago Atitlán, Guatemala. La première étape fut d'identifier les connaissances, attitudes et pratiques des mères quant à leur manière de traiter les maladies diarrhéiques de leurs enfants. PCI créa ensuite une série de dessins représentant les messages les plus importants. Ces dessins avaient pour thème principal les connaissances, attitudes et pratiques que la population n'avait pas encore acquises et ils visaient également à renforcer celles qui existaient déjà et avaient un effet bénéfique. PCI testa la valeur de ces dessins dans divers groupes de femmes et créa 6 messages publicitaires radiophoniques correspondant à chacun des 6 dessins.

Note de la redaction: les membres ONG qui aimeraient avoir des informations au sujet de ce matériel didactique peuvent directement s'adresser à Dr. M. Angelica Bixcul, Project Concern International, Clinica Santiaguito, 07019 Santiago Atitlan, Solola, Guatemala. Amérique Centrale.

Savoir pour sauver—le défi de la communication

La santé des enfants du Tiers Monde pourrait être considérablement améliorée si toutes les familles disposaient des connaissances essentielles en matière de santé infantile. Cette information a été rassemblée dans *Savoir pour sauver*, un livre publié conjointement par l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO. Ce livre contient les informations essentielles sur les soins de santé maternelle et infantile, l'espacement des naissances, la maternité sans risque, l'allaitement au sein, le sevrage et la croissance de l'enfant, les vaccinations, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, l'hygiène domestique, la malaria et le SIDA. *Savoir pour sauver* est un instrument de communication utile au personnel Survie de l'Enfant. Il permet de communiquer aux familles les connaissances contemporaines qui leur permettront d'améliorer leur propre santé ainsi que celle de leurs enfants.



Le prix de *Savoir pour sauver* est de 1 US$ par exemplaire. Il est disponible en anglais, français et espagnol et peut être commandé à: UNICEF, DIPA, Facts for Life Unit, 3 UN Plaza, New-York, NY 10017, USA. Vous pouvez également vous adresser à votre bureau régional UNICEF, OMS ou UNESCO.

Nouvelles recommendations de l'OMS pour le traitement des infections respiratoires aiguës

Un document OMS récemment publié (juin 1989) rapporte que dans les pays en voie de développement les infections respiratoires aiguës (IRA) sont une des principales causes de décès des enfants âgés de moins de cinq ans.(1) Les IRA sont responsables de plus de 4 millions de décès par an, dont 70 pourcent sont dus à une pneumonie. Bien que l'incidence des IRA soit semblable dans les pays développés et en voie de développement (5 à 8 épisodes par enfant et par année dans les régions urbaines, et 3 à 5 épisodes dans les régions rurales), l'incidence de la pneumonie est significativement différente. L'incidence annuelle de la pneumonie chez les enfants âgés de 0 à 4 ans est de 3 à 4 pourcent dans les pays développés, alors qu'elle est de 10 à 20 pourcent dans les pays en voie de développement.

Les objectifs du programme global de l'OMS pour le contrôle des ARI sont de réduire la sévérité et la mortalité liée aux infections des voies respiratoires inférieures (IVRI) chez les enfants, en particulier la pneumonie; de réduire la sévérité et de prévenir les complications dues aux IVRI chez les enfants; de diminuer l'emploi inapproprié d'antibiotiques et autres médicaments pour le traitement des IRA chez les enfants; et de réduire l'incidence des IVRI.

La prise en charge correcte continue à être le point central de la stratégie de l'OMS pour le contrôle des IRA.(2) La vaccination est une stratégie spécifique de prévention des infections respiratoires de l'enfant causées par la diphtérie, la rougeole, la coqueluche et la tuberculose. Le contrôle des facteurs de risque suivants peut également contribuer à diminuer l'incidence des IVRI: petit poids de naissance, carences alimentaires spécifiques et pollution atmosphérique intérieure.

L'OMS a récemment révisé ses recommendations en matière de prise en charge des IRA. La terminologie a été modifiée: les catégories "léger", "modéré" et "sévère" ont été remplacées par "toux et refroidissements (ou absence de pneumonie)", "pneumonie" et "pneumonie sévère" Le protocole de l'OMS pour la prise en charge des cas d'IRA comprend trois étapes essentielles: (a) identification des enfants qui devraient être examinés en raison d'une éventuelle pneumonie (recherche de cas sur la base d'un "critère d'entré"); (b) identification des cas de pneumonie (diagnostic); (c) traitement à domicile approprié ou référence.

Le critère d'entrée pour la pneumonie est maintenant plus large: de "toux uniquement" il est devenu "toux ou respiration difficile". Le tableau 1 montre comment identifier et traiter des cas de pneumonie parmi des enfants âgés de 2 mois à 4 ans présentant de la toux ou une difficulté respiratoire mais pas de sifflement (wheezing).

Note de la rédaction:

Pour de plus amples informations sur la prise en charge des IRA et le programme de contrôle des IRA, vous pouvez écrire à: Programme de Contrôle des Infections Respiratoires Aiguës, Organisation Mondiale de la Santé, CH-1211 Genève, Suisse.

Références bibliographiques:

1. WHO: Programme for Control of Acute Respiratory Infections. Interim Program Report. 1988. WHO/CDD/89.31. Geneva, Switzerland.

2. WHO. Case Management of Acute Respiratory Infections (ARI) in Children in Developing Countries. 1989. CDD/MIP/89.6.

Prise en charge des enfants de 2 mois à 4 ans présentant une toux ou une difficulté respiratoire mais sans sifflement (wheezing).

• Présence d'un tirage intercostal	• Absence de tirage intercostal • PLUS de 50 mouvements respiratoires par minute	• Absence de tirage intercostal • MOINS de 50 mouvements respiratoires par minute
PNEUMONIE SEVERE	PNEUMONIE	PAS DE PNEUMONIE TOUX OU REFROIDISSEMENT
		• Si la toux dure plus de 30 jours, referer pour evaluation
• Referer d'URGENCE à l'hôpital	• Donner des conseils à la mere pour le traitement a domicile	• Evaluer et traiter les maux d'oreilles, si presents
		• Donner des conseils à la mere pour le traitement à domicile
• Donner une premiere dose d'antibiotiques	• Donner des antibiotiques	
• Traiter la fievre, si presente	• Traiter la fievre, si presente	
[Si reference impossible, traiter avec antibiotiques et surveiller etroitement]	• Recommender à la mere de revenir avec l'enfant apres 2 jours pour evaluer une nouvelle fois la situation	• Traiter la fievre, si presente

	Reevaluer après 2 jours un enfant sous traitement antibiotique pour pneumonie		
SIGNES	DEGRADATION • Incapable de boire • Tirage intercostal present • Autres signes de maladies severes presents	PAS DE CHANGEMENT	AMELIORATION • Moins de fièvre • Mange mieux • Respire plus lentement
TRAITEMENT	• Referer d'URGENCE a l'hôpital	• Reférer ou changer d'antibiotiques	• Poursuivre le traitement antibiotique de 5 jours

L'Instituto de Investigación Nutricional du Pérou

L'Instituto de Investigación Nutricional (IIN) est une organisation privée sans but lucratif qui a son siége à Lima, Pérou. Cet institut conduit des recherches et fournit divers services en matière de santé et d'éducation nutritionnelle au Pérou et dans d'autres pays en voie de développement. L'IIN a aide plusieurs projets a mener des interventions Survie de l'Enfant tels que contrôle des maladies diarrhéiques, développement et surveillance de la croissance et éducation nutritionnelle. Cet institut a également fourni de l'assistance au développement de systemes d'information sanitaire en organicant un cours annuel d'informatique pour la récolte et l'analyse de données. Les projets latino-américains peuvent s'adresser directement à cet institut, dont le directeur est le Dr. Claudio Lanata. Adresse: Instituto de Investigación Nutricional, Av. La Universidad la Molina, P.O.Box 18-0191, Lima, Pérou. Tél. 367671 ou 369123. Fax 705364 ou 427677.

22

Quoi de neuf dans les projets Survie de l'Enfant IV?

Nous publions ci-dessous 3 informations extraites des rapports annuels des projets Survie de l'Enfant IV qui ont reçu des fonds en octobre 1988. Dans chaque cas nous donnons également le nom d'une personne à laquelle s'adresser pour de plus amples informations

■ Foster Parents Plan/Guatemala (PLAN) a conduit une première enquête qui montra des niveaux particulièrement élevés de malnutrition et identifia les facteurs sous-jacents pouvant expliquer ces résultats. Le PLAN a également procédé à une évaluation des connaissances techniques en matière de Survie de l'Enfant auprès du personnel de santé du Ministère de la Santé, du PLAN et du secteur privé; un bas niveau de connaissance quant à la surveillance de la croissance a été constaté. En résumé, les résultats indiquaient que la malnutrition chronique et aigue constituent manifestement un énorme problème dans la région couverte par l'enquête. Cependant, les efforts en cours et les ressources disponibles ne permettent pas d'affronter le problème efficacement. Cette situation inquiète beaucoup le personnel du PLAN, du Ministère de la Santé, de l'Institut Guatémaltèque de la Sécurité Sociale (IGSS), de World Vision et d'autres organisations privées travaillant dans la région; un comité a été formé afin de planifier des interventions Survie de l'Enfant. Suite aux résultats fournis par cette première enquête, un plan commun a été établi, celui-ci donne aux facteurs nutritionels une importance plus grande que prévue. (Pour plus de renseignements, prière de s'adresser à: Dr Gustavo Tapia, Health Coordinator, Foster Plan International, P.O. Box 519-A, Guatemala City, Guatemala, Amérique Centrale)

■ Le personnel du projet HOPE/Honduras a rencontré les agents de santé communautaires (ASC) qui avaient été préalablement choisis par leur communauté, ils leur ont expliqué en détail le travail et l'engagement nécessaires pour servir la communauté. Cette rencontre donna aussi l'occasion aux ASC de décider s'ils se sentent en mesure de remplir leur fonction de promoteur de la santé. Ceci permit de réduire le nombre des participants qui abandonnent en cours de formation et de diminuer les coûts liés à cette formation.

Les membres du projet ont mis au point un manuel sur la réhydratation orale, les infections respiratoires aigues (IRA) et les vaccinations afin de fournir aux ASC une bonne source de référence. Ces manuels ont été très bien accueillis dans les divers établissements du Ministère de la Santé, le projet a été reconnu par le Département de l'Education, d'autres établissements du MHO, les ONG locaux et le centre HOPE. (Pour plus de renseignements, prière de se mettre en rapport avec: Mr Carol Elwin, Project Coordinator, Project HOPE/Honduras, Apdo Postal # 3505, Tegicijalpa, Honduras, Amérique Centrale)

■ LaLeche League/Guatemala prévoit de demander des exemplaires de la carte de surveillance de la croissance aux établissements de santé communautaire. Cette carte, accompagnée d'une brève et simple explication, sera distribuée à toutes les mères enceintes ou allaitantes qui participent à une rencontre du Groupe de Soutien Maternel. Les points positifs suivants ont été relevés: (a) le personnel du projet pourra savoir comment le bébé grandit sans avoir à effectuer lui-même les mesures du poids; (b) le projet met en vigueur une recommendation du Ministère de la Santé, renforçant ainsi les liens entre le projet et le Ministère de la Santé et montrant une des façons dont un Groupe de Soutien Maternel peut être utile à la communauté; (c) le projet mettra dans les mains de la mère un objet bien précis au moyen duquel elle peut apprécier elle-même les effets du lait maternel sur son enfant. (Pour plus de renseignements, s'adresser à: Mrs. Maryanne Sone-Jimenez, Director LaLeche League International, 11 Avenida, 14-19 Zona 1, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Amérique Centrale)

23

Les projets ONG en Amérique latine et aux Caraïbes en fonction des années de financement

	Bolivie	République Dominicaine	Equateur	Guatemala	Haiti	Honduras
ADRA					85/88E	
ARHC	87					
CARE	(85)			89	(85)	
CRS			85/88E			
ESPERANCA	86/89E					
EYECARE					86A	
FFH	87					
FHI	89					
HOPE			89	85/88E		88
ICC					85	
LLI				88		88
PCI	85/88E 86			86/89E		
PLAN	86	89		88	85	
SA					85	
SCF	85/89E 86A 87		85			87
WRC					87	89
WV					87	
TOTAL	11	1	3	5	8	4

Remarque: E = projet ayant reçu des fonds durant l'année indiquée;
A = projet ayant reçu des fonds "vitamine A";
(les années entre parenthèses représentent les projets achevés en septembre 1989.

Le rapport technique ONG Survie de l'Enfant est préparé et distribué trimestriellement par le Programme de Soutien à ONG Survie de l'Enfant, Université Johns Hopkins, Baltimore, selon l'accord de coopération #PDC-0526-A-00-6186-00 établi avec l'Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food, Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. Les rédacteurs reçoivent avec plaisir tout rapport ou toute correspondance provenant du personnel de projets ONG qui est sur le terrain. Veuillez adresser toute correspondance à: Rapport Technique ONG Survie de l'Enfant, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A.
Le Rapport Technique est envoyé gratuitement au personnel ONG travaillant dans les agences et sur le terrain ainsi qu'au personnel de U.S.A.I.D. Health and Child Survival. Le prix de l'abonnement est de 6.25 US$ par année, celui de l'exemplaire est de 1.40 US$.

24

Supervivencia Infantil

REPORTE TÉCNICO PARA LAS OVP

Diciembre de 1989
Vol.1, Numero 1

Autopsia Verbal 3
Guias Directivas para el manejo de IRA 9

Resultados de La Encuesta

Recibimos 34 respuestas al cuestionario enviado a las Organizaciones Voluntarias Privadas (OVP) el 14 de Agosto de 1989. Las respuestas a la pregunta "cuales son sus necesidades y preferencias" han sido utilizadas como base para esta primera edición del *Reporte Técnico*. Las editoras responsables de esta primera edición (Doctoras Donglu Zeng y Kathy Ellerbeck) tomaron, basadas en estas respuestas, las siguientes decisiones acerca del contenido y formato del *Reporte Técnico*.

Formato

Para acentuar el enfoque deseado por la A.I.D. y las OVP en la implementación de intervenciones de Supervivencia Infantil (SI), la publicación se llamará *Reporte Técnico sobre la Supervivencia Infantil Para las Organizaciones Voluntarias Privadas*. Este titulo ayudará a diferenciar este reporte de otros boletines de información más general. El formato escogido para la presentación del reporte es de dos columnas (el formato a dos columnas fue escogido por ventiun de las organizaciones contactadas, mientras que solo ocho prefirieron el formato a una columna, y cinco no especificaron preferencia alguna). El *Reporte Técnico* será publicado trimestralmente con ediciones en Inglés, Español y Francés. La segunda edición será publicada en el mes de Febrero de 1890.

Contenido

En la encuesta se enumeraron cuatro objetivos para el *Reporte Técnico*: 1) intercambiar información y experiencias entre proyectos, 2) informar a los integrantes de los proyectos de las OVP sobre las técnicas y los desarrollos en SI más recientes, 3) proveer un foro de discución sobre temas relacionados a la implementación de intervenciones de SI, y 4) explicar las guias de instrucción para los reportes e informes de proyectos, y también explicar las normas e iniciativas de la A.I.D. en lo que a Supervivencia Infantil y Salud se refiere. Todas las OVP contactadas pidieron que esta publicación incluya los tres primeros objetivos, y 32 de los 34 que respondieron expresaron la necesidad de recibir más información sobre las guias directivas y normas de la A.I.D.

Los integrantes de los proyectos de las OVP pidieron una gran variedad de información técnica. Las diferentes peticiones de información técnica pueden ser clasificadas en cinco categorias: (1) Intervenciones para SI: control de crecimiento y nutrición (fué la información pedida con más frecuencia), inmunización, TRO, infecciones respiratorias agudas, y deficiencia de Vitamina A; (2) Sistema de información de salud. técnicas para encuestas; (3) Técnicas para la evaluación de intervenciones de SI; (4) Adiestramiento del personal del proyecto, supervisión de los trabajadores comunitarios de salud, manejo de las actividades de SI; (5) técnicas para mejorar la participación comunitaria en las actividades de SI.

Las OVP expresaron mucho interés en intercambiar información y experiencias entre proyectos. Representantes de 32 proyectos contestaron que estarían dispuestos a enviarnos resúmenes de sus experiencias para ser publicados en ediciones futuras.

Integrantes de los proyectos de las OVP desearian saber cuales han sido las experiencias de otros proyectos en relación al mantenimiento del proyecto, las relaciones del proyecto con el gobierno y la comunidad, el impacto de los proyectos de Supervivencia Infantil, y la participación comunitaria.

De los 34 proyectos que contestaron al cuestionario, 30 desearian una columna de preguntas y respuestas. Una columna de "P y R" será publicada en la proxima edición del *Reporte Técnico*.

Proyectos en America Latina y el Caribe

Esta edición del *Reporte Técnico Sobre La Supervivencia Infantil Para las OVP* ha sido enfocada en proyectos en America Latina y el Caribe. Otras regiones del mundo serán enfocadas en ediciones futuras.

Diecisiete OVP patrocinaron un total the 32 proyectos de Supervivencia Infantil en Bolivia, Ecuador, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Haiti. Los nombres de las OVP junto con sus siglas son las siguientes: Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Andean Rural Health Care (ARHC), Cooperative for American Relief Everywhere (CARE), Catholic Relief Services (CRS), ESPERANCA, Inc., EYECARE, Inc., Freedom from Hunger Foundation (FFH), Food for the Hungry International (FHI), Project HOPE (HOPE), International Child Care (ICC), LaLeche League International (LLI), Project Concern International (PCI), Foster Parents Plan International (PLAN), Salvation Army (SA), Save the Children Federation (SCF), World Relief Corporation (WRC), World Vision (WV).

Lecciones Aprendidas: Mejoramientos de la Calidad del Programa

En sus guías directivas más recientes para los reportes de los proyectos CSIII y CSIV, la A.I.D. pidió a las OVP una descripción de las medidas tomadas durante el año pasado para fortificar la calidad de la programación de salud, manejo del proyecto, o colección de información. En los reportes anuales de America Latina y el Caribe leímos con interés historias de mejoramientos de la calidad del programa tales como las dos aquí resumidas.

- FFH/Bolivia implementó un procedimiento más sistemático para la planificación del programa, elaboración de presupuestos y reportes. Este nuevo procedimiento, el cuál trata separadamente cada proyecto dentro del programa en el país, requiere que los planes y presupuestos anuales sean justificados dentro de un plan a largo plazo. De esta manera, el proyecto de SI recibe no solo un escrutinio técnico sino también administrativo dentro del contexto del programa para todo Bolivia.

FFH/Bolivia también encontró que las tarjetas de registro familiar no estaban siendo completadas como requerido. La investigación llevada a cabo para elucidar esta situación, reveló que los miembros de las familias no se sentían tranquilos dando información sobre ingresos y otros asuntos de índole delicada. Los integrantes del proyecto decidieron que este tipo de información no era esencial para el manejo del programa, y como resultado se cambiaron los formularios para solicitar sólo la información necesaria para la implementación del programa.

- HOPE/Guatemala desarolló un nuevo formulario de registro familiar el cuál es en gran parte pictórico y facil de usar. El Ministerio de Salud ha pedido al Proyecto HOPE/Guatemala extender el uso del nuevo formulario a otras áreas fuera del proyecto.

Nota Editorial: Las OVP que deseen más información sobre asesoría de calidad de servicios de salud pueden obtener esta información a través de la siguiente dirección: Division of Strengthening Health Services (WHO/SHS/NHP/88.6), World Health Organisation, 1211 Geneva 27, Switzerland.

26

Identicacion de Causas de Muerte en la Comunidad: el Sistema de Autopsia Verbal

Datos sobre mortalidad por causa especifica pueden ser muy valiosos durante la etapa de planeamiento y evaluación de los proyectos de Sobrevivencia Infantil de las OVP. Conocimiento de los patrones de mortalidad de la población estudiada pueden ayudar a seleccionar las intervenciones más apropiadas a las necesidades locales, asi como a la asignación más eficaz de los recursos existentes. La medición de cambios, sobre un periodo de tiempo, en las tasas de mortalidad por causa de una enfermedad especifica (escogida previamente como objetivo de la intervención), facilitaría la evaluación de el impacto que pudiera tener la intervención seleccionada.

El registro de mortalidad por causa es muy limitado en la mayoria de paises en via de desarrollo. Los registros de hospitales y clinicas solo dan una idea incompleta y alterada de las causas de la mortalidad en la comunidad porque frecuentemente las personas mueren en sus hogares y no en el hospital o la clinica. Muchas de estas muertes no son documentadas, y las causas de muerte no son tampoco identificadas. Por ejemplo, muertes causadas por tétano neonatal son ocurrencias raras en partos de hospital, por lo cual en general se pasa por alto la mortalidad infantil que hubiera podido ser causada por el tétano en partos transcurridos en otros lugares fuera de clinicas y hospitales. Tampoco se puede confiar en la calidad de los datos obtenidos por medio de los sistemas de registro de estadisticas vitales porque frecuentemente las poblaciones más marginales y vulnerables (las cuales son generalmente el objetivo de programas de salud) no están incluidas en los dichos registros, y porque la información encontrada en los registros sobre causa de mortalidad es a menudo inexacta.

Para las OVP en situaciones donde no existen fuentes de información fidedignas, el sistema de autopsia verbal puede representar un medio eficaz para obtener datos sobre la causa de mortalidad. Los casos de muertes infantiles pueden ser investigados por medio de una entrevista estructurada durante la cual se le pide a los padres recordar los detalles de la última enfermedad asi como de la muerte del hijo. Los síntomas así reportados por los padres se comparan después con criterios de diagnostico especificados previamente. El uso de estos criterios está basado en la aceptación de el hecho que la mayoría de muertes de niños menores de 5 años de edad, son causadas por enfermedades caracterizadas por patrones de síntomas con síndromes conocidos. La comparación de síntomas reportados con síndromes conocidos permite una identificación bastante precisa de la enfermedad en cuestión. De esta manera, cada muerte puede ser clasificada de acuerdo a su causa o de acuerdo a una combinación especifica de causas (2).

A pesar del valor potencial del sistema de autopsia verbal, se aconseja a aquellas OVP que estén considerando el posible uso del sistema, de informarse bien sobre los recursos requeridos asimismo que sobre las limitaciones posibles del mismo.

Recursos Requeridos

Antes de empezar una investigación de causas de muerte por medio del sistema de autopsia verbal, es necesario que el proyecto posea los recursos siguientes: (a) un sistema establecido para el registro de estadisticas vitales, (b) un censo preliminar completo, (c) posibilidad de emplear nuevo personal, o comprometer el tiempo de un integrante del programa quien sepa leer y escribir para ser capacitado como entrevistador responsable de 15.000 a 20.000 habitantes, (d) un médico y/u otro personal con experiencia clínica quien pueda inspeccionar a los entrevistadores asi como verificar los cuestionarios y atribuir la causa de muerte probable (este trabajo requiere por lo menos tres a cuatro días enteros por mes), y (e) un consultor de asuntos técnicos, quien pueda capacitar a los integrantes del proyecto en el sistema de autopsia verbal, asimismo que dirigir el diseño y las pruebas del cuestionario, y también guiar el análisis de los datos recogidos con este sistema. Los servicios del consultor serían necesarios durante un periodo de por lo menos tres semanas.

2

Un sistema fidedigno para registro de estadísticas vitales es el requisito previo más importante a tener en cuenta cuando se va a emprender una investigación de causas de muerte. Si más de 10 por ciento de las muertes ocurridas no son documentadas, la tasa de mortalidad por causa especifica producida por el sistema de autopsia verbal daria probablemente una imagen distorsionada de las causas de mortalidad en la región, y los resultados no se podrian usar con confianza. En general, ciertas causas de muerte, y muertes ocurridas en ciertos grupos de edades, son menos documentadas que otras clases de muertes.

Usualmente, las muertes documentadas en los registros vitales no son representativas de todas las muertes ocurridas en la población en general. Antes de comenzar cualquier actividad relacionada con el sistema de autopsia verbal es necesario que los esfuerzos del proyecto sean enfocados hacia el establecimiento o mejoramiento del sistema de registro de mortalidad de la niñez (mortalidad en la población de 0 a 4 años) ya que es esencial tener acceso a una pronta y precisa documentación de dichas muertes.

Los primeros puntos a tener en cuenta, una vez que se ha decidido usar el sistema de autopsia verbal en el proyecto, son, la selección, el adiestramiento y la inspección de los entrevistadores, asi como la entrevista en si misma.

Los Entrevistadores: Seleccion, Adiestramiento e Inspección

Para poder hacer un trabajo eficaz, los entrevistadores deben saber leer y escribir y conocer bien el dialecto, las costumbres y las creencias de la localidad. La persona mejor calificada para esta actividad seria alguien originario de la localidad con facilidades de comunicación con la población del lugar y quien sea aceptada por toda la comunidad. Alguien con experiencia previa en trabajo de salud comunitario o de desarrollo seria preferible; experiencia previa con métodos de estudio y de encuestas seria deseable. Conocimientos clínicos no son necesarios. Es preferible escoger una persona sin mucha experiencia previa con esta clase de trabajo, que otra persona con experiencia previa pero que a causa de viejas costumbres y prejuicios podria impedir el establecimiento de una buena técnica de entrevista.

El adiestramiento de los entrevistadores puede hacerse conjuntamente con el diseño y pruebas del cuestionario. Esta primera etapa debe tomar un mínimo de dos semanas. El adiestramiento debe dejar participar a los futuros entrevistadores lo más posible, asimismo que es importante dejarles ayudar con el desarrollo del cuestionario a través de contribuciones a la terminologia local a ser usada en el mismo. La prueba de campo del cuestionario provee para los futuros entrevistadores una buena oportunidad para practicar lo que se ha aprendido, primero que todo entre si mismos y luego en la comunidad. Algunas de las entrevistas pueden ser hechas por el consultor o por otros integrantes del proyecto quienes servirian como ejemplos, y otras pueden ser hechas bajo observación por los mismos adiestrados, y ser seguidas de comentarios y más adiestramiento.

La inspección debe ser hecha, preferiblemente, por un integrante del proyecto quien tenga experiencia clinica y quien conozca el proceso usado para las entrevistas y esté tambien involucrado con la revisión del cuestionario. Fuera de los contactos corrientes durante las sesiones de repaso, el inspector debe observar una o dos entrevistas cada mes para asegurar que la técnica establecida siga siendo aplicada como deseado. Para verificar la calidad de los datos, una muestra de entrevistas escogidas al hazar pueden ser repetidas por el inspector y las respuestas asi elicitadas deben ser comparadas con las respuestas recogidas por el entrevistador.

La Entrevista: Escenario y Procedimiento de Operacion

El duelo causado por la muerte de un hijo persiste durante mucho tiempo pero usualmente los miembros de la familia lo aceptan y se sienten capaces de hablar sobre la defunción despues de que haya pasado por lo menos un mes desde la muerte.

El recuerdo de los hechos parece permanecer claro hasta un año despues de la muerte (3), lo cual indica que un mes de retardo en hacer la entrevista puede

mejorar la calidad de los datos recogidos.

Usualmente la entrevista se lleva a cabo en la casa del niño difunto. La información más importante será obtenida entrevistando a la persona que se ocupó principalmente del cuidado del niño durante sus últimos días de vida. Frecuentemente esta persona será la madre del niño muerto. Participación del padre y otros familiares durante la entrevista puede ser útil, pero a veces la presencia de otros durante la entrevista puede inhibir a la madre. La entrevista debe ser lo más corta posible. Un formulario de dos páginas con un contenido de 25 a 30 preguntas se puede completar en más o menos 30 minutos. Se debe contar con algunos minutos más para saludos, pésames y explicaciones sobre la razón de la entrevista.

La entrevista se comienza con preguntas sobre la familia en general: nombre de los padres, vinculo del entrevistado con el niño muerto, grupo étnico, dirección, edades de los hijos en vida, edades al morir de los hijos muertos, e historia de embarazos de la madre. En algunas situaciones preguntas directas sobre la situación socio-economica de la familia no son apropiadas, en cuyo caso se pueden usar criterios basados sobre observación directa.

El siguiente enfoque de la entrevista es el niño muerto: nombre, sexo, y fechas de nacimiento y de muerte. Se hacen dos clases diferentes de preguntas sobre la muerte del niño: preguntas abiertas, tales como "qué le sucedió a su hija cuando murió?" y preguntas especificas (usualmente en forma de lista) sobre síntomas al comienzo de la enfermad y duración de los mismos, como por ejemplo "tuvo la niña fiebre?", "cuando se dió usted cuenta de la fiebre?", "durante cúanto tiempo duró la fiebre?". Las dos clases de preguntas son importantes, y se pueden usar juntas, con las preguntas abiertas al principio (3).

También se pueden hacer preguntas de otra índole tales como preguntas sobre contacto previo con intervenciones del programa u otros servicios de salud y sobre la clase y lugar donde se recibió tratamiento médico durante la última enfermedad. Otra clase de información útil que se debe tratar de conseguir durante la entrevista son: tarjetas de inmunización, planillas del registro de crecimiento, prescripciones de remedios, y envases o cajas de remedios usados. Si algún trabajador de salud examinó el niño antes de la muerte, tambien se le puede entrevistar y cualquier registro documentando ese encuentro debe ser revisado.

Clasificacion por Causa de Muerte

Una vez completados, los cuestionarios pueden ser revisados cada dos semanas o una vez por mes. El repaso de cada formulario y la clasificación de la información recogida toma entre cinco y 15 minutos con un promedio de seis a ocho casos por hora. El cuestionario ya completo puede ser revisado por un médico u otra persona con experiencia clínica, pero un panel de revisión compuesto por dos a cuatro personas tiene las siguientes ventajas. (a) cuando una clasificación es escogida de acuerdo general hay menos riesgo que algún detalle sea pasado por alto o que un individuo favorezca inconcientemente una causa de muerte sobre otras, (b) el "espíritu de equipo" es reforzado y también transmitido a otros integrantes del proyecto y sus actividades, (c) las destrezas del grupo en hacer diagnósticos se refina lo mismo que el conocimiento de la comunidad estudiada, (d) el trabajo de panel no es interrumpido por causa de cambios o ausencia de algunos de sus integrantes. Otra alternativa para el trabajo de diagnóstico es que independientemente de los otros, dos o más integrantes del proyecto revisen y clasifiquen los mismos casos, luego notando el nivel de acuerdo con los otros se estudien de nuevo aquellos casos donde se encuentren diferencias de diagnóstico.

Los entrevistadores deben poder ser contactados facilmente durante los periodos de diagnóstico para poder pedirles clarificaciones o más información en relación a las respuestas registradas. Información sobre la calidad de datos debe ser dada a los entrevistadores lo mismo que la discusión de problemas después de cada sesión de diagnóstico. Los entrevistadores no deben estar presentes durante la revisión de los cuestionarios ni durante el proceso de

diagnóstico porque conocimiento de los criterios de diagnóstico y de los detalles que el grupo de diagnóstico "busca" en los cuestionarios puede crear predisposiciones en los entrevistadores.

Limitaciones del Sistema de Autopsia Verbal

El sistema de autopsia verbal tiene ciertas limitaciones que deben ser consideradas seriamente antes de tratar de usar el sistema: (a) necesidad de estadisticas vitales fidedignas asi sea en lugares donde esta calidad de datos no existe, (b) posibilidad de sesgo causado por el entrevistador, por el grado de veracidad de hechos recordados, o por clasificacion errónea de sintomas, (c) dificultad de traducir el lenguaje común al sistema biomédico de sintomas y categorias de enfermedades, (d) falta de clarificación en la clasificación de algunos sindromes para algunas enfermedades importantes tales como tuberculosis, malaria, y el SIDA, (e) la proporción de muertes que deben ser clasificadas como "no se sabe la causa de muerte" (representando 10 a 15% o más de las muertes) por falta de información completa, y (f) la falta de expertos y literatura sobre los métodos del sistema en la actualidad.

Más Información

El sistema de autopsia verbal puede ser un medio efectivo el cual puede ser usado por los programas de Supervivencia Infantil de las OVP para obtener tasas de mortalidad por causas especificas cuando no existen otras fuentes de información. Los lectores interesados en el sistema de autopsia ve ncotrarán más información en el "Working Paper" Nc 10 (3) el cual se puede obtener escribiendo a la siguiente dirección: Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202. El "PVO Child Survival Support Program" en Baltimore mantiene al día una bibliografia y documentación sobre este tema.

Reportado por Lyndon Brown, P.A., M.P.H., Consultor para el PVO Child Survival Support Program.

Nota Editorial:

En varias ocaciones la pregunta "que tan eficaz debe ser el sistema de registro vital antes de poder implementar un sistema de autopsia verbal" ha sido hecha al autor. Este reporte representa el punto de vista más conservador. Un punto de vista más liberal propone que aunque las estadisticas vitales no sean de calidad óptima, el sistema de autopsia verbal es útil para identificar tendencias de mortalidad siempre que se reconozca que estas estadisticas pueden contener un error estándar y que este error debe mantenerse relativamente estable.

Uno de los evaluadores opina que "aún en casos donde las tasas de mortalidad por causa especifica no son veraces, el esfuerzo hecho por los integrantes del programa durante el proceso de identifición de las causas de muerte proveen un incentivo para mejorar el foco del programa y esperar mejores resultados de las intervenciones escogidas. Los beneficios obtenidos a través del conociemiento de las causas de mortalidad son más importantes que los problemas asociados con las faltas de precición encontradas en las tasas de mortalidad."

Referencias

1. Garenne, M and O. Fontaine, 1986. Assessing probable causes of death using a standardized questionnaire—a study in rural Senegal. Seminar on Comparative Studies of Mortality and Morbidity: Old and New Approaches to Measurement and Analysis. International Union for the Scientific Study of Population/Institute of Statistics, University of Siena, Italy.

2. Gray, R.H, 1987. The integration of demographic and epidemiological approaches to studies of health in developing countries. In Ruzicka, L., Wuasch, G, and Kane, P. (eds.): Differential Mortality: Methodological Issues and Biosocial Factors. Clarendon Press, New York, NY.

3. Gray, R.H., G. Smith, and P. Bars, 1989. Workshop on the verbal autopsy—the use of verbal autopsies to determine selected causes of death in children. Report of a workshop held at The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, March 13-15, 1989. working Paper No 10, Institute for International Programs, Baltimore, MD.

Experiencias Compartidas Durante el Grupo de Trabajo Para la Region Centro Americana

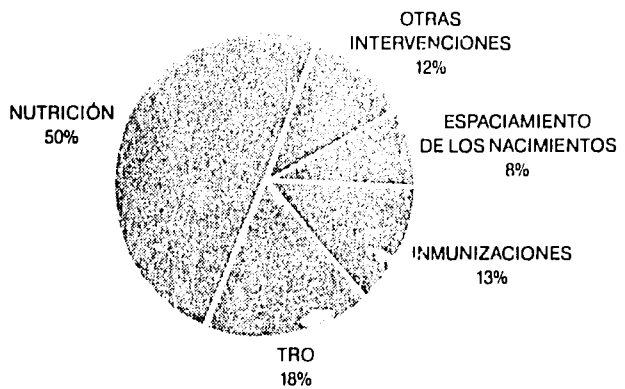
En el mes de Agosto, la A.I.D. patrocinó un grupo de trabajo para la región de Centro América con el objetivo de fomentar el intercambio de conocimientos entre los integrantes de los proyectos de Sobrevivencia Infantil III y IV de las OVP. Los principales focos de interés discutidos incluyeron las lecciones aprendidas por las OVP sobre estrategias de adiestramiento, inspección y manutención de los proyectos, asimismo que las tácticas desarrolladas para reforzar los sistemas de información de salud. El grupo de trabajo se llevó a cabo en Quetzaltenango, lugar donde se desarrolla el trabajo de campo del proyecto de SI de la organizacion HOPE quien fue la anfitriona en esta ocasión. Participaron en las discuciones veintidos integrantes de las operaciones de campo de las OVP con proyectos de SI en cuatro paises diferentes (Honduras, Republica Dominicana, Ecuador y Guatemala).

Durante las discuciones sobre la exactitud del sistema de registro de familia para establecer la edad de los niños, algunos de los participantes sugirieron que se obtenga la fecha de nacimiento especialmente para los niños menores de cinco años. Un calendario marcando los eventos más importantes ocurridos en la comunidad puede prestar gran ayuda cuando se trata de conseguir información fidedigna. El grupo tambien estuvo de acuerdo sobre el hecho de que la ama de casa debe ser entrevistada en vista de obtener información más detallada y veraz.

Expertos discutieron una nueva estrategia de comunicación basada sobre evaluaciones diseñadas para determinar el nivel de conocimiento de la población de interés, la disponibilidad de medios de comunicación públicos, y otras caracteristicas de el público en cuestión. Antes de

Intervenciones de las OVP Para la Sobrevivencia Infantil

PROYECTOS QUE PARTICIPARON EN EL GRUPO DE TRABAJO EN GUATEMALA 1989



Son incluidas:
CRS/Ecuador
Honduras: HOPE, LLI, SCF
Guatemala: HOPE, LLI, PLAN, PCI

31

que el mensaje sea desarrollado, el programa de conducir un analisis de mercadeo social para determinar cuales serian los canales más efectivos para la transmisión de el mensaje deseado a la audiencia de interés. Para poder evaluar cambios en conocimientos y costumbres debidos a programas de información en la comunidad, las OVP deben diseñar un plan de supervisión e inspección de las campañas de promoción de salud.

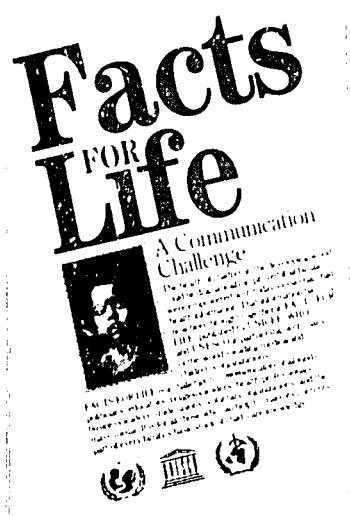
La Dra. M. Angelica Bixcul, describió la experiencia de la OVP Project Concern International (PCI) durante el desarrollo de materiales de información para uso por los voluntarios analfabetos en su proyecto en Santiago Atitlán en Guatemala. Al principio se utilizaron "grupos de enfoque" para identificar los conocimientos, actitudes y costumbres de las madres en el tratamiento de enfermedades diarréicas de sus niños. Luego la PCI desarrolló una serie de dibujos los cuales reflejaban los mensajes más importantes obtenidos por medio de los "grupos de enfoque". Los mensajes comunicados a traves de los dibujos se concentraron en impartir las nuevas actitudes, conocimientos y prácticas necesarias para el tratamiento de la diarrea y tambien trataron de reforzar a través de sus mensajes las prácticas beneficas que ya existian en el pasado.

Despues el PCI ensayó los dibujos con grupos de mujeres locales y desarrolló seis mensajes para ser transmitidos por radio, cada uno de los cuales correspondia al mensaje de un dibujo.

Nota Editorial: Para aquellos integrantes de las OVP quienes deseen más información sobre estos materiales educativos, pueden escribir directamente a la Dra. M. Angelica Bixcul a la siguiente dirección: Project Concern International, Clinica Santiaguito, 07019 Santiago Atitlán, Solola, Guatemala, America Central.

Para la Vida—un Reto de Comunicación

La salud infantil mejoraria considerablemente en el mundo en desarrollo si todas las familias conocieran la información básica de salud actual. Esta información ha sido compendiada en PARA LA VIDA y publicada por el UNICEF, la OMS y la UNESCO. Esta publicación contiene información essencial sobre la salud materna e infantil como: espaciamiento de los nacimientos, maternidad sin riesgos, lactancia materna destete y desarrollo infantil, immunización, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, higiene doméstica, paludismo y SIDA. PARA LA VIDA es un medio de communicación efectivo a traves del cual los integrantes de los proyectos de Sobrevivencia Infantil podran capacitar a las familias con el conocimiento de medidas de salud actuales y la confianza necesarias para mejorar su salud y la de sus hijos.



Para La Vida cuesta $ 1 por ejemplar y puede ser obtenido en tres idiomas, Inglés, Español y Francés. Para obtener ejemplares, sirvase escribir a la siguiente dirección: UNICEF, DIPA, Facts for Life Unit, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, U.S.A. o contacte las Oficinas Regionales de UNICEF, OMS o UNESCO.

Guias Directivas Más Recientes de la OMS Para el Manejo de Las Infecciones Respiratorias Agudas

En un documento recientemente emitido por la OMS (Junio, 1989), se estima que en los paises en via de desarrollo las infecciones respiratorias agudas (IRA) son responsables de por lo menos 4 millones de muertes cada año en la población de niños menores de cinco años (1). Entre estas muertes por lo menos 70 por ciento son causadas por casos de neumonia. Aunque la incidencia de IRA es similar en los paises desarrollados y en los paises en desarrollo (para la población de niños menores de cinco años: entre cinco a ocho episodios por niño por año en areas urbanas y entre tres a cuatro episodios en areas rurales), la incidencia de neumonía es significativamente diferente entre los paises desarrollados y los paises en desarrollo. La incidencia anual de neumonía en los niños entre 0 y 4 años de edad es entre tres y cuatro casos por cada cien niños en los paises desarrollados y entre diez a veinte casos por cada cien niños en paises en via de desarrollo.

Los objetivos del Programa Global para Controlar las IRA son: reducir la morbilidad y mortalidad de la niñez causadas por las infecciones agudas de las vias respiratorias inferiores (especialmente la neumonía); reducir la severidad y prevenir las complicaciones causadas por las infecciones agudas de las vias respiratorias inferiores (IAVRI); reducir el uso inadecuado de drogas antimicrobiales y otras drogas en el tratamiento de IRA en los niños; y reducir la incidencia de las IAVRI.

El manejo correcto de los casos de IRA sigue siendo uno de los principales objetivos de la estrategia utilizada por la OMS (2). Una estrategia específica para prevenir las infecciones respiratorias causadas por la difteria, sarampión, tos ferina y tuberculosis es la vacunación. Control de otros factores de riesgo tales como bajo peso al nacimiento, deficiencias nutricionales especificas, malnutrición, contaminación del aire en el interior del hogar, pueden también contribuir a una reducción de la incidencia de las IAVRI.

La OMS revisó recientemente sus lineas directivas para el manejo de casos de IRA. La terminologia fué cambiada para la descripción de casos de las categorias "ligero", "moderado" y "severo" a los terminos "tos y catarro (o sin neumonia)", "neumonia" y neumonia severa". El protocolo de la OMS para el manejo de los casos se compone de tres etapas esenciales: (a) identificación de los niños que deben ser examinados por posible neumonia (los casos se identifican segun un "criterio de entrada"), (b) identificacion de los casos de neumonia (diagnóstico del caso), (c) tratamiento apropriado o referencia al servicio de salud indicado.

El criterio de entrada para la neumonia se ha extendido de "solamente tos" a "tos y dificultad para respirar". El cuadro numero 1 muestra los pasos para identificar y tratar los casos de neumonia en niños entre 2 meses y 4 años de edad quienes tengan tos o dificultad para respirar pero sin sibilancias al respirar.

Nota Editorial: Si se desea más información sobre manejo de casos de IRA o sobre el programa de control de IRA, por favor escriba a la siguiente dirección: Acute Respiratory Infections Control Programme, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

Referencias:

1. WHO, 1988: Programme for Control of Acute Respiratory Infections. Interim Program Report. WHO/COD/89 31, Geneva, Switzerland.
2. WHO, 1989: Case Management of Acute Respiratory Infections (ARI) in Children in Developing Countries. CDD/MIP/89.6.

23

Manejo de Casos Sin Sibilancias Pero con tos o Dificultad Para Respirar en Niños Entre 2 Meses y Cuatro Años de Edad

• con tiraje intercostal	• sin tiraje intercostal • respiración rapida (50 veces/minuto o mas)	• sin tiraje intercostal • respiración MENOS de 50 veces/minuto
NEUMONÍA GRAVE	NEUMONÍA	NO ES NEUMONÍA: ES TOS O CATARRO
→ refiérase de urgencia al hospital → dar primera dosis de antibiótico → tratar fiebre si es necesario (si no es posible referir al hospital trate con antibiótico y supervise el estado del niño de cerca)	→ aconseje a los padres sobre la terapia de apoyo a seguir en el hogar. → dar antibióticos → tratar fiebre si es necesario → aconseje a los padres de volver a traer el niño en 2 dias para examinarlo de nuevo	→ si la tos ha durado más de 30 dias, refiera para diagnostico. → examine y trate dolores de oido, si es necesario. → aconseje a los padres sobre tratamiento en el hogar. → tratar fiebre si es necesario

	Examine al niño de nuevo en dos dias si se está tomando antibiótico para la neumonia		
SIGNOS:	PEOR: no puede beber, tiraje, otros síntomas de enfermedad grave	LO MISMO	MEJORANDO: menos fiebre, mejor apetito, respiración más lenta
TRATAMIENTO:	Refierase URGENTEMENTE al hospital	Refiera o cambie de antibiótico.	Dé antibiótico hasta el quinto dia.

El Instituto de Investigación Nutricional del Peru

El Instituto de Investigación Nutricional (IIN) es una organización privada sin fines de lucro situada en Lima, Perú. El Instituto dirige estudios en Peru y en otros países en desarrollo. El IIN ha colaborado con varios proyectos con diferentes clases de intervenciones de SI tales como control de enfermedades diarréicas, control del crecimiento y desarrollo de niños, y educación nutricional. El Instituto también ha ayudado con el desarrollo de sistemas de información de salud, y conduce todos los años un curso de adiestramiento en sistemas para los integrantes de proyectos para capacitarles en la colección y análisis de datos. Proyectos en America Latina pueden contaciar el Instituto directamente en la siguiente dirección: Dr. Claudio Lanata, Director. Instituto de Investigación Nutricional, Av. La Universidad - La Molina, P.O. Box 18-0191, Lima, Perú. Telefono: 367671 o 369123. Fax: 705364 o 427677.

34

Noticias De Los Nuevos Proyectos CSIV

La siguiente información fué presentada por los proyectos CSIV por medio de sus reportes anuales. Pasajes de tres de estos reportes fueron escogidos para ser reproducidos en esta edición. Para las personas interesadas en obtener información más detallada sobre los mismos pueden obtenerla escribiendo a la persona y dirección indicada al final de cada pasaje.

■ Foster Parents Plan (PLAN) de Guatemala llevó a cabo un estudio de base cuyos resultados indican que el nivel de malnutrición en la región estudiada es muy alto. Tambien se pudieron indentificar los factores de base causantes de estos altos niveles de malnutrición. PLAN tambien asesoró el nivel de conocimiento de los integrantes del Ministerio de Salud, del PLAN, y del sector privado sobre diferentes aspectos técnicos de las intervenciones de sobrevivencia infantil. Los resultados indican que el nivel de conocimiento es muy bajo en lo que se refiere a las actividades del control de crecimiento. En resumen, este estudio ayudó a identificar el mayor problema en la región, el cual es el retardo del crecimiento en los niños causado por la malnutrición aguda la cual es endémica del lugar. Estos resultados alarmantes influyeron a la creación de un Comité formado por integrantes del PLAN, del Ministerio de Salud, del Instituto de Seguridad Social de Guatemala, del World Vision, y de otras organizaciones privadas para planear las intervenciones de sobrevivencia infantil. Con base en los resultados del estudio de base el plan de acción escogido por el Comité le da más importancia a las intervenciones nutricionales que lo que se habia anticipado antes del estudio. (Más información puede ser obtenida escribiendo a la siguiente dirección: Dr. Gustavo Tapia, Coordinador de Salud, Foster Plan International. P.O. Box 519-A, Guatemala City, Guatemala, America Central).

■ Los integrantes del Proyecto HOPE de Honduras, reportaron sobre las reuniones que se han llevado a cabo con los trabajadores de salud voluntarios (escogidos por la comunidad) antes del adiestramiento, durante las cuales se les ha explicado el trabajo que se piensa llevar a cabo y tambien el nivel de dedicación necesario para servir a la comunidad. Estas reuniones han dado la oportunidad para que los trabajadores de salud voluntarios puedan decidir si se sienten capaces de llevar a cabo el trabajo de promotor de salud. Estas reuniones han ayudado a reducir el número de personas que abandonan el proyecto durante la etapa de adiestramiento, resultando en gastos de entrenamiento más bajos.

Los integrantes del proyecto han desarrollado manuales sobre la terapia de rehidratación oral, infecciones respiratorias agudas e immunizaciones con el objeto de proveer la información necesaria a los trabajadores de salud voluntarios. Estos manuales han sido muy bien recibidos por el Ministerio de Salud, y el proyecto fué felicitado tanto por el Ministerio de Salud, como por las otras OVP locales y el centro HOPE. (Si desea más información sirvase escribir a la siguiente dirección: Sr. Carol Elwin, Coordinador del Proyecto, Proyecto HOPE de Honduras, Apdo. Postal # 3505, Tegucigalpa, Honduras, America Central).

■ La Liga LaLeche de Guatemala esta planeando un programa de control de crecimiento por medio de la distribución y más tarde recogida de copias de fichas de crecimiento dadas a todas las nuevas madres que esten en cinta o lactando y que hayan participado en los grupos de ayuda para madres de los centros de salud comunitarios. Varios puntos sobresalientes son mencionados sobre este proyecto: (a) el proyecto sabrá si el bebé esta creciendo sin tener que estar involucrado directamente en la toma de peso, (b) por medio de esta actividad el proyecto renforzara las guias del Ministerio de Salud, lo cual resultara en lazos más fuertes entre las dos organizaciones, (c) las madres tendran en su posesión un documento visual por medio del cual ellas podran ver el efecto de la lactancia en el crecimiento del hijo. (Si desea más información sirvase contactar a la Sra. Maryanne Sone-Jimenez, Directora, Liga LaLeche Internacional, avenida 11, 14-19 Zona 1, Ciudad de Guatemala, Guatemala, America Central).

Proyectos de las OVP de Sobrevivencia Infantil en America Latina y el Caribe Clasificados por Ano en que Recibieron Fondos

	Boliva	Dominican Rep	Ecuador	Guatemala	Haiti	Honduras
ADRA					85/88E	
ARHC	87					
CARE	(85)			89	(85)	
CRS			85/88E			
ESPERANCA	86/89E					
EYECARE					86A	
FFH	87					
FHI	89					
HOPE			89	85/88E		88
ICC					85	
LLI				88		88
PCI	85/88E 86			86/89E		
PLAN	86	89		88	85	
SA					85	
SCF	85/89E 86A 87		85			87
WRC					87	89
WV					87	
TOTAL	11	1	3	5	8	4

Nota E proyecto recibio fondos para expandir sus actividades en el año anotado
A proyecto recibio fondos para programas de vitamina A
Los años entre parentesis representan los proyectos completados en septiembre de 1989.

El Reporte Técnico Sobre la Supervivencica Infantil para las Organizaciones Voluntarias Privadas es publicado y distribuido trimestralmente por el "PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University", Baltimore, bajo el acuerdo cooperativo # PDC-0526-A-00-61d6-00 con la "Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D". Reportes y correspondencia desde los proyectos OVP son bienvenidos por los Editores. La correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección: Editores, Reporte Técnico Sobre la Supervivencia Infantil Para OVP, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A.
El Reporte Tecnico es gratis para los integrantes de las oficinas rurales y centrales de las OVP. Para otras personas interesadas, el abono al Reporte Tecnico cuesta $6.25 por año o $1.40 por cada suplemento individual.

36