PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

February 1990
Vol. 1, No. 2

SCF/ Bangladesh CS Experience 1
Nutrition Action Messages 5
Preventing Maternal Mortality 7
Maternal Nutritional Status 9

Child Survival Experience of Save the Children/Bangladesh

Save the Children Federation (SCF), Bangladesh Field Office, by means of its Child Survival (CS) Project, has been working to develop a "safety net" around the children of its project area. The "net," which starts functioning even before the mother has conceived and extends into the adulthood of her children, includes the following activities: birth spacing, tetanus toxoid immunization, training of pregnant mothers on nutrition and safe delivery with antenatal check-up, training of traditional birth attendants, post-natal follow-up, childhood immunizations, growth monitoring and promotion through addressing the causes of malnutrition, motivation education-mobilization of mothers into "women savings" groups, adult literacy, assistance in income-generation/ agricultural activities, provision of curative facilities for simple ailments, and continued education of the parents on child protective behaviors (for example: diarrhea management, nutrition counseling, hygiene, and sanitation).

The major lessons learned during the last four years of the CS project can be summarized as follows:

1. Objectives and targets should be well defined and appropriate to the intervention, with periodic reviews and necessary correction.

2. All concerned with the project - managers, other staff, volunteers, community leaders - should be well informed about the objectives of the project.

3. The integrated development approach has a synergistic effect on the assimilation and adoption of child protective behavior and on the survival of children. To enhance the impact on CS a number of activities must be integrated: awareness/empowerment of child caretakers, establishment of service facilities, economic development/ income generation, agriculture/food production, and health care.

4. Adoption of new behavior or change of behavior in the illiterate community depends on the message and its practical demonstration; the personality of and confidence in the message giver; advice; reassurance and support; peer pressure; and peer example.

5. Having only female health extension workers, and motivating/educating only mothers for child protective behavior, does not work in a society in which males are the household decision makers. Male household members/decision makers must be motivated and should be supportive of the changed behavior. To achieve this goal, male health extension workers, along with female workers, are essential.

6. Growth monitoring and promotion is a difficult and challenging program to implement in rural Bangladesh, where the belief pattern is that children are not commodities and should not be weighed. In addition,

many people believe that weighing may cause illness in their children. Without the growth promotional component, the growth-monitoring program cannot be effective, especially in communities with poor socioeconomic conditions, where the nutritional problems are greatest.

7. An appropriate, locally available, precooked weaning/supplemental food is needed for successful growth promotion. Mothers do not have the resources to buy expensive "baby foods" nor do they have time, patience, or resources to cook several meals every day.

8. A health information system (HIS) is vital, not only for monitoring purposes, but also for making programmatic and strategic decisions. Such a system is expensive, painstaking, and time-consuming, but it is a must in a CS project.

In this project the HIS indicated a decreasing trend in immunizable diseases, an increase in acute respiratory infections and deaths due to perinatal diseases, a decrease followed by a leveling off of diarrheal deaths thanks to the oral rehydration therapy program, and an improvement in the nutritional status of the children from families that have participated in "women savings" groups compared with children from nonparticipant families.

Reported by Dr. Afzal Hussain, Save the Children, Bangladesh.

1st Asia Regional PVO Child Survival Workshop

The First Asia Regional Child Survival (CS) Workshop for Private Voluntary Organizations (PVOs) was held in Kendari, Southeast Sulawesi, Indonesia, from December 5 to 12, 1989. The workshop was sponsored by the United States Agency for International Development, Bureau for Food for Peace & Voluntary Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation (AID/FVA/PVC) in cooperation with the Government of Indonesia. The workshop was hosted by Project Concern International with the assistance of The Johns Hopkins University.

The Governor of Southeast Sulawesi gave the keynote address at the opening ceremony on December 5, 1989. PVO participants representing the Adventist Development Relief Agency, Aga Khan Foundation, CARE, Freedom From Hunger Foundation, Helen Keller International, Project Concern International, Rotary PolioPlus, Save the Children Foundation, and World Vision came from Pakistan, India, Nepal, Bangladesh, and Indonesia to attend the workshop.

The workshop gave participants an opportunity to share information and materials from their projects and to discuss the central theme of the workshop, "Building on Lessons Learned."

The workshop produced a list of lessons learned by Asia PVOs and a 90-day action plan that participants can implement themselves. Topics addressed at the workshop were "Improving the Quality of Services," "Project Sustainability," "Increasing Coverage and Use," "Prenatal Care and Family Planning," "Training Methods for Semi-literate Health Workers," and "Health Information Systems."

Priority Lessons Learned By Asia PVO Child Survival Projects

Defining Objectives, Targets, and Strategy

- Objectives and targets should be well defined and appropriate to the intervention, with periodic review and necessary correction.
- Small, achievable targets in the beginning of the project can create a nucleus for transformation.
- Strategy should be well designed at the beginning of the project, but it should be flexible to adjust to local conditions.

Community Involvement

- Community leaders should be well informed about the objectives and targets before and during implementation of the project.
- From the beginning, the project should be community based/oriented and the community leaders should be involved in the planning of activities.
- Women's participation should be given high priority for successful implementation of CS interventions.

Baseline Survey

- Baseline survey should be conducted before the project begins and adequate funds should be provided for it.
- Maps and proper information about the area are necessary.

On Training

- Training is a critical component of a project as a means to transfer ideas, skills, and technology. Therefore, training, either formal or informal, should be designed in accordance with the local needs and conditions.
- Ongoing training is needed for everybody involved in the project.
- Task-oriented training sessions should be organized for village leaders and Village Health Workers (VHW) coordinators. The training should focus on enhancing practical skills, problem-solving abilities, and planning and management capabilities.
- In-country personnel should be trained to a level where they can satisfactorily give technical assistance. They should be able to conduct their own survey and evaluation to reduce unnecessary cost.
- All Village Health Workers should be trained locally.
- It is difficult to train workers with varying levels of literacy. Teaching materials are necessary, especially for illiterate workers. Participatory training is more effective, than non-participatory training.
- Reliable female workers who can speak local dialects are absolutely essential. They should be well versed in the local language and in traditional terms and phrases.
- It is important to allow adequate time for the development of effective training aids for a primarily nonliterate population. The development of such educational materials calls for repeated changes in design and field tests.
- Only those audiovisual materials that are locally available, acceptable, and consistent with government ministry of health materials and messages should be used.

Supervision and Managemeent

- Supervision and "formative training" should be a key element of a man-

agement of a CS project.

- Long-term regular follow-up is necessary to maintain and improve a program.
- Health education and continuous follow-through is essential to reduce the high drop-out rates in immunization.

Communication and Behavioral Change

- The following 7 components are necessary for adoption of a new behavior:
  a. Clear, simple, concise message, appropriate for the target group.
  b. Repeated two-way practical demonstration of the expected skill.
  c. Well-known educator of good personality, capable of earning the confidence of the target group.
  d. Mechanism of experience sharing within the target group.
  e. Reinforcement of the message and skill in time of felt need.
  f. Availability of some support services within the reach (geographically and financially) of the target population.
  g. Long-term, multimedia propaganda on the expected behavior.
- When communicating messages, it is very important to get feedback about what has been understood.

Health Information System

- A health information system (H.I.S.) is vital for identification of future program direction and strategic planning.
- Development of a scientific but simple H.I.S. will lead to appropriate decision making for the program.
- Only useful data should be collected.
- The data being collected routinely should be used in a CS program for operational management.
- Target rosters in the hands of village health workers are essential for good coverage.
- The home-based health records are an essential component of growth monitoring and promotion and immunization.
- Data collection forms and the collection process should be pretested.
- Data should be collected and processed in small groups at the village level.
- It is important to develop an H.I.S. that can be turned over to the ministry of health and useful to the PVO.

Collaboration With Government and Sustainability

- Every effort should be made to involve government staff in all stages of planning and implementation of the program. However, strong support by community leaders is required to supplement the limited resources of the government and to ensure sustainable local management of CS services.
- Phasing out often "boomerangs." Hence, phasing out should be prepared for from the beginning of the project to facilitate development of sustainability among the community.
- Income generation and development activities should be included in CS program.
- Projects conducted in response to community need have greater chance of success.
- CS PVOs should network with other NGOs, government organizations, and local welfare organizations.

Reported by Robert Cunnane, M.P.H., First Asia PVO CS Regional Workshop Coordinator.

Messages to Decrease Malnutrition

Specific Child Survival messages for amily planning, oral rehydration, and mmunization have generally been well leveloped, refined, and disseminated o target audiences and the health pro-essionals who serve them. Because ealth workers have been provided vith clear action messages, they natu-ally find it easier to talk to mothers bout these important strategies of Child Survival.

On the other hand, messages for nothers whose children are under-veight or growth faltering are often too eneral and therefore confusing, e.g., Feed your child healthy food" (what nd how often?) or "Feed your child nore fruits and vegetables" (most of us ose weight on this kind of diet).

Two messages highlighted in the ooklet, "Facts for Life", are particu-arly needed to address the problem of aloric malnutrition common among ne- and two-year-olds in developing ountries. In their action form they are:

"Add a tablespoon (or other appro-riate measurement) of extra fat (pro-ide some local examples) or oil (name ome local examples) to your child's ood."

"Feed your one-or two-year-old child ix times a day."

Health professionals using active, onformal methods of adult education e.g., role-playing) must train commu-ity volunteers to deliver these mes-ages to mothers. Home visits or nutri-on discussion groups are effective ettings for delivering these important utrition messages and should be part f the institutionalized, systematic fol-ow-up that occurs once a child is creened, diagnosed, and targeted as malnourished in a growth-monitoring session. To decrease malnutrition in your target children, teach these simple messages to health workers as soon as possible.

Reported by Jennifer Brinch, MPH, Child Survival Coordinator, U.S.A.I.D., Indonesia.

Q & A: What are A.I.D.'s Nutrition Priorities?

This question was answered by Dr. Norge Jerome, Director of A.I.D. Office of Nutrition. Dr. Jerome gave a good overview of the five basic problems that affect the nutritional status of populations in developing countries: (1) lack of access to adequate amounts of quality food, (2) lack of employment, (3) lack of income, (4) illiteracy, and (5) fast population growth. The Agency's nutrition policy for the 1990s is to integrate nutrition interventions into the agriculture, education, and health sectors. There are three major components of the policy: child survival and development, household food security, and nutri-business.

Since the causes of malnutrition vary from country to country and even within regions in the same country, Dr. Jerome recommends that where current assessment data are not available, the best approach is, first, to evaluate, with help from the local community, the nutritional problem within the PVO service area. Then, based on the results of the assessment, and working with the PVO, the community will be empowered to identify the most appropriate and cost-effective interventions to address the problem.

Ten additional A.I.D. officers in-

volved in implementing nutrition policy and strategies in the Regional Bureaus, FVA/PVC Office, Office of Nutrition and Office of Health answered questions about their nutrition priorities within Child Survival (CS) projects. Most of the nutrition officers interviewed answered that their main priorities were to strengthen interventions in the following areas:

Breast-Feeding. Promotion of exclusive breast-feeding for the first 4-6 months of life can reduce infant malnutrition as well as infant morbidity and mortality. Therefore, it is important for CS projects to promote exclusive breast-feeding. To design a breast-feeding intervention, PVOs need reliable baseline data on the duration and frequency of breast-feeding, use of colostrum and of milk substitutes, and the timing of introduction and type of supplementary foods. A.I.D. will soon publish a Breast-Feeding Strategy paper, which will give clear guidelines on breast-feeding interventions.

Maternal Nutrition. The maternal nutrition intervention includes food and micronutrient supplementation during pregnancy and nutrition education. The mother's nutritional status during pregnancy has a direct effect on the baby's birth weight. Birth weight at or below 2500 grams is known to be associated with higher risk of infant morbidity and mortality. In addition, a malnourished woman often cannot produce enough volume of breast milk to meet the baby's requirements. Baseline studies to assess maternal nutritional status should include data on the mother's work load, time allocation, and decision-making power in addition to the usual anthropometric data (weight, height, arm circumference).

Infant and Child Nutrition - To design this type of intervention, the PVO will need to assess the causes and rates of malnutrition, especially for the weaning age group. Data on weaning practices can be obtained through studies of local knowledge, attitudes and practices.

Vitamin A. Vitamin A interventions should be a priority for service areas where vitamin A deficiency is a known problem. PVOs planning this intervention should obtain the "Field Guide for Adding Vitamin A Interventions to PVO Child Survival Projects" by writing to the PVO Child Survival Support Program, Institute for International Programs, 103 Mount Royal Ave., Baltimore, MD 21202.

Integration of Nutrition Interventions With Other CS Interventions. PVOs should be aware that there is a direct link between malnutrition and decreased immune response. For example, infectious diseases (such as diarrhea) last longer in malnourished children. Also, malnourished children have a poor response to immunizations. Therefore, for optimal results of CS immunization or oral rehydration interventions, a nutrition component should be integrated in CDD and EPI projects.

Growth Monitoring - There was accord among those interviewed that growth monitoring is a useful tool when accompanied by counseling and nutrition education, but that growth monitoring is not an end in itself.

A.I.D. nutrition officers recognize the essential role PVOs have in reducing childhood malnutrition in the developing countries. However, they emphasize that PVO staff should obtain appropriate training in the latest tech-

niques for the assessment, monitoring, and implementation of nutrition-specific interventions.

Further information on A.I.D.'s Nutrition Strategy for Child Survival can be obtained by writing to Sally Jones, Deputy Chief, Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Department of State, Room 317, SA-8, Washington, DC 20523. *Reported by Fannie Fonseca-Becker, M.P.H., R.D., L.D., Consultant.*

Preventing Maternal Mortality What Role Can PVO Child Survival Projects Play?

PVO Child Survival projects have focused, quite properly, on preventing infant and child mortality through key interventions such as immunization, ORT, nutrition/breast-feeding, child spacing, and ARI. Although some PVOs have developed programs to improve prenatal care among pregnant women in their target populations, or have trained traditional birth attendants (TBAs), reduction of maternal mortality has not been a high priority for most PVO projects. There have been a number of reasons for this:

- Maternal mortality occurs much less often than infant or child mortality (in some developing countries maternal mortality ratio is 5 maternal deaths per 1,000 live births versus infant mortality rate [IMR] of 100 per 1,000 live births).
- In many cultures pregnancy is not considered a "disease," so medical care is not sought until a woman goes into labor.
- USAID has not stressed the reduction of maternal mortality as a primary objective of child survival projects.

But times are changing. A number of factors have recently converged which are bringing the general issue of women's health care and the specific issue of maternal mortality to the forefront of international public health awareness.

The International Safe Motherhood Conference held in Nairobi, Kenya in February 1987 highlighted the fact that 99% of maternal deaths occur in developing countries; that women in developing countries run a risk of dying in pregnancy or childbirth that can be hundreds of times greater than that of women in the developed world; that the lifetime risk of a woman in a developing country dying in pregnancy or from a pregnancy-related illness is as high as 1 in 20 in some countries of Africa.

The Safe Motherhood Initiative, arising out of the Nairobi Conference, developed a blueprint for reducing maternal mortality by 50% within 10 years with only modest increases in health care costs.

USAID, through Mothercare and other initiatives, has begun playing a much more active role in women's health care and in preventing maternal deaths.

Worldwide social action to improve the status of women, including their health status, and to improve the conditions under which women experience childbirth, is increasing.

As infant mortality rates have fallen dramatically in the 1980's (so that by 1990 some developing countries are approaching IMRs of 50-70 per 1,000 births), the standard child survival interventions need to be supplemented with greater effort in the area of maternal care — as the IMR falls, the percent of infant deaths that occurs in the neonatal period (first 28 days of life) in-

Table I
Cost-Benefit Comparisons of Hypothetical Programs to Reduce Maternal Mortality

Program/Strategy	Cost Per Maternal Death Prevented
1. Train and equip staff in 5 health centers to perform "Obstetric First Aid"(which includes manual removal of retained placenta, injecting drugs to contract the uterus, etc.), plus emergency transport fot the 5 health centers, plus equipping 5 small hospitals to do caesarean sections and provide blood.	$ 2,516
2. Train and equip staff in 10 health centers to perform obstetric first aid.	$ 2,536
3. Twenty percent of pregnancies averted through family planning.	$ 2,667
4. Ten health centers provided with emergency transport plus 5% of pregnant women treated in urban hospitals.	$ 8,203
5. One-hundred percent of deliveries by trained, supervised TBAs.	$17,250
6. One-hundred percent coverage by prenatal care.	$41,818

* Source: Maine, Deborah et al. "Prevention of Maternal Deaths in Developing Countries. Program Options and Practical Considerations."

creases. Thus, maternal health initiatives, including tetanus toxoid immunization and maternal food and micronutrient supplementation, can benefit both the mother and her newborn baby.

In order to decide upon the potential role of PVO child survival projects in reducing the tragedy of maternal deaths, it is important to examine the most important causes of maternal mortality and the most cost-effective interventions to prevent maternal deaths. Most maternal deaths in developing countries are caused by the "big five." These are:

Hemorrhage
Infection
Toxemia
Abortion
Obstructed labor/Ruptured uterus

The last two, abortion and obstructed labor/ruptured uterus, usually end up causing death either as a result of hemorrhage or infection. So there is some overlap using this classification.

PVO Child Survival projects that have targeted pregnant women have usually concentrated on prenatal care and TBA training as their main interventions. These interventions, in and of themselves, may not always have a significant impact on maternal mortality.

TBA training, although very useful in preventing neonatal tetanus and in educating pregnant women, is not likely to significantly reduce maternal mortality unless the trained TBA is able to get women with life-threatening complications to an appropriate health facility

where emergency Caesarean section, blood, or obstetric first aid are available) in time to save her.

Deborah Maine and her colleagues at The Center for Population and Family Health at Columbia University have conducted a cost/benefit study comparing six different strategies for reducing maternal mortality in a hypothetical population of 1,000,000 in a poor developing country. Based on their best estimates of the costs and benefits of the six strategies, they estimated the cost per maternal death averted for each. The lower the cost to prevent one maternal death, the better the cost/benefit ratio. Each of the six approaches was assumed to be a separate program, so that they are mutually exclusive. (See Table I, page8 for the results of this analysis.)

Given the assumptions of Maine et al. three of the six programs prevent maternal deaths at a much lower cost than the other three. The two most expensive strategies are "100% of deliveries by trained, supervised TBAs" and "100% coverage by prenatal care."

What are the implications of these findings for PVO Child Survival projects? Among those that may be important:

(1) Rather than focus exclusively on prenatal care and TBA training as interventions to reduce maternal mortality, PVOs might consider training health center/hospital staff in obstetric first aid.

(2) Innovative, low-cost approaches to improve emergency transport for women with severe complications are possible for PVOs such as developing simple systems for signaling buses or passing vehicles to alert them to the need.

(3) More can be done to improve the nutritional and health status of girls before they reach reproductive age so that they will be better prepared to survive pregnancy and childbirth. Prevention of anemia in girls 5-15 can play an important role in this regard.

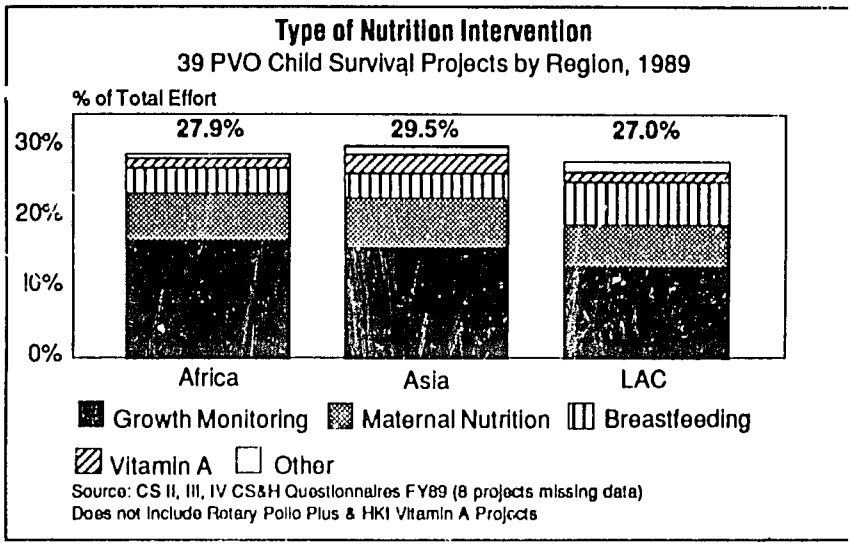
(4) Child spacing and family planning should be a high priority for both child and maternal health.

(5) When considering child survival interventions, think about the impact upon the mother as well as the baby.

Reported by Steven Solter, M.D., M.P.H., Management Sciences for Health.

The Relationship of Maternal Nutritional Status to Infant Growth in Rural India

The Integrated Child Development Services Scheme of the Government of India in Gujarat and Maharashtra receives Title 2 Food Aid through CARE. Although the project provides food supplements to pregnant and lactating women, coverage of eligible women is low and program implementers place more emphasis on Child Survival activities for children than on maternal nutrition. In November 1989, Dr. Mary Ann Anderson, Public Health Advisor, Office of Health, A.I.D, reported on a cross-sectional survey that took place in the CARE/India project to investigate the relationship of dietary supplementation of the mother on growth of the infant. The study population consisted of 45 women who had received a nutritional supplement during pregnancy and 136 women who had received no supplementation.



The supplement consisted of corn soy milk and vegetable oil, the equivalent of 556 kcal and 18.6 grams of protein per day. A subset of the supplemented population was also given iron folic acid tablets.

The researchers found several points of interest. There was a difference of 230 grams in weight during the first month of life in favor of babies born to supplemented women compared with those born to the unsupplemented group. The largest effects of supplementation on infant weight were seen for those babies born to women who received food supplementation and iron/folic acid tablets (versus just food) and for those women who received food supplementation during the second and third trimester (versus during only the third trimester).

It is interesting that this study found a large impact of supplementation on infant weight compared with other supplementation studies in other populations. One possible explanation could be a "threshold effect" of supplementation in relation to the mother's prepregnancy weight. According to this explanation, prenatal dietary supplementation will only significantly increase the birth weight of infants of women who are actually underweight. That all the Indian women in this sample were underweight to some degree would explain the large impact of supplementation. Half of the Indian women studied weighed less than 40 kg in early pregnancy, a well-established risk factor for delivering a low birth weight baby. Low birth weight (less than 2500 grams) is, in turn, associated with increased infant mortality and morbidity.

If this "threshold effect" can be validated in future community studies, it argues strongly for targeting of future prenatal dietary supplementation programs based on maternal weight. Dr. Anderson also noted that for a food supplementation intervention to have an effect on the mothers themselves, the intervention would have to be im-

lemented while women were not preg-
ant or lactating because no improve-
ıent in women's weight was observed
ı the feeding program.

Reported by Fannie Fonseca-
lecker, M.P.H., R.D., Consultant.

ditorial Note:

Threshold effect," or targeting to un-
erweight women, is an important
oncept in assuring maximum impact
f prenatal dietary supplementation.
he emphasis should be on targeting
ood supplements to those women at
igh risk of bearing low birth weight
abies. Nutritional interventions might
ıclude teenage women before they
re pregnant.

utrition References

romising PVO Strategies on Growth
fonitoring/ Promotion, Academy for
ducational Development, 1990. This
ıport documents the success of GMP
ctivities in 11 PVO country projects
ınd one Peace Corps country). Con-
usions are drawn by field and head-
uarters people and other GMP ex-
erts on program design, communica-
ons, and tools and techniques. Among
e promising strategies described are:
ctive participation of mothers; organ-
ed community involvement in plan-
ng and implementation; home visiting
ıd problem-solving nutrition counsel-
g; and integrating GMP in primary
ealth care and community develop-
ent. Two-page summaries for each
ıse study are included, plus lessons
arned/implications by each PVO. This
port was produced under the techni-
ıl coordination of INU/LTS and funded
the Office of Nutrition, A.I.D. through
e NCP/AED. Can be obtained through
ED publications division, 1255 23rd
reet, N.W., Washington, D.C. 20037,
S.A.

Protecting, Promoting and Supporting Breast-Feeding, WHO, Geneva, 1989. This joint WHO/UNICEF statement has been prepared to increase awareness of the critical role that health services play in promoting breast-feeding, and it is intended for use, after adaptation to suit local circumstances, by policy-makers and managers as well as by clinicians, midwives and nursing personnel. Focusing on the period of prenatal care, delivery, and perinatal care, it outlines practical steps that those concerned with the provision of maternity services can take to promote and facilitate the initiation and establishment of breast-feeding by mothers in their care. Can be obtained by writing to WHO, Distribution and Sales Services, 1211 Geneva 27, Switzerland or by contacting WHO regional offices. $4.80.

Positioning Your Baby at the Breast, La Leche League, 1987. Step-by-step guide to positioning the baby correctly to ensure that baby sucks well and gets plenty of milk, and to prevent nipple soreness and pain in the mother. Includes alternate breast-feeding positions. This guide would be indicated for urban or semi-urban areas. Bulletin No. 107, LaLeche League International, P.O. Box 1209, Franklin Park, IL 60131-8209, USA. Illustrated, 8 pages. $.50.

Manual on Feeding Infants and Young Children, by Margaret Cameron and Yngve Hofvander, 1983. Useful primarily in maternal and child health programs, this manual provides detailed information on the nutritional problems, needs, and recommended diets of weaning age children. The chapter on recipes for weaning foods emphasizes locally available foods, but

includes recipies based on donated foods. The manual also contains chapters and appendices on growth monitoring and screening for malnutrition, management of diarrhea, and foo composition tables. Third Edition, Ox ford University Press, English, 21 pages, US $9.95.

PVO Child Survival Projects in Asia and the South Pacific by Year of Funding

	Bangladesh	India	Indonesia	Nepal	Pakistan	Vanuatu
ADRA			87		87	
AKF					87	
CARE		87	85/88E			
FFH				87		
FPSP						89
HKI	85		85 86A			
PCI			85/88E			
ROTARY		87P				
SA	85				85	
SCF	85/88E		85/89E	87		
WRC	87					
WV	88					
Total	5	2	6	2	3	1

Note: E = project received funds to expand in the year noted;
A= project received vitamin A funding;
P = polio plus program

Names of the PVOs and their acronyms not shown in Issue 1: Aga Khan Foundatio (AKF), Helen Keller International (HKI), Rotary Polio Plus Program (Rotary)

PVO Child Survival Technical Report is prepared and distributed quarterly by PVC Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University, under Cooperative Agreement #PDC-0526-A-00-6186-00 with Office of Private Voluntary Coopera tion, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. The editors wel come reports and correspondence from PVO field projects. Address correspon dence to the attention of the editors, PVO Child Survival Technical Report, Institut for International Programs, Johns Hopkins University, School of Hygiene an Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A Guest Editors for Volume 1, No. 2 Issue are Fannie Fonseca-Becker, M.P.H., R.D. L.D., and Dongiu Zeng, M.D., M.P.H..

The Technical Report is provided free of charge to PVO Child Survival field an headquarter staff and U.S.A.I.D. Health and Child Survival personnel. Subscriptio rate for other individuals or organizations is $6.25 annually or $1.40 per issue.

12

ONG Survie de l'Enfant

Rapport Technique

Février, 1990
Vol. 1, No. 2

L'expérience de "Save the Children" au Bangladesh 1
Des messages pour la nutrition 5
Prévenir la mortalité maternelle 7
Etat nutritionnel de la mère 9

L'expérience de "Save the Children" au Bangladesh

Dans le cadre de son projet Survie de l'Enfant (SE) le bureau de "Save the Children Federation" (SCF, Fédération Sauvez les Enfants) au Bangladesh a travaillé au développement d'un "réseau de sûreté" pour les enfants de la région couverte par le projet. Ce "réseau" commence à fonctionner avant même que la mère ait conçu et s'étend jusqu'à ce que ses enfants aient atteint l'âge adulte. Il comprend les activités suivantes: espacement des naissances, vaccination anitétanique, éducation des mères enceintes en matière de nutrition et d'accouchement, examens prénataux, formation des accoucheuses traditionnelles, suivi postnatal, vaccinations durant l'enfance, surveillance et promotion de la croissance en s'attaquant aux causes de malnutrition, motivation-éducation-mobilisation des mères au travers de groupes "femmes-qui-sauvent", alphabétisation des adultes, aide à la création de revenus ainsi qu'à la poursuite d'activités agricoles, ouverture d'établissements de soins pour les cas de maladie sans gravité et formation continue des parents afin de promouvoir des comportements qui assurent une protection de l'enfant (par exemple: traitement des diarrhées, conseil diététique, hygiène et assainissement).

Les principaux enseignements des quatre dernières années du projet peuvent être résumés de la manière suivante:

1.Les buts et objectifs devraient être bien définis, adaptés à l'intervention, périodiquement revus et corrigés si nécessaire.

2.Toutes les personnes concernées par le projet (administrateurs, personnel, volontaires, chefs de communauté) devraient être bien informées sur les objectifs du projet.

3.L'approche intégrée a un effet synergique sur l'assimilation et l'adoption de comportements protégeant l'enfant ainsi que sur sa survie. Pour renforcer l'impact sur la survie de l'enfant, diverses activités doivent etre intégrées: prise de conscience et augmentation des aptitudes de toutes les personnes participant au soin des enfants, ouverture de nouveaux services, développement économique et création de revenus, agriculture et production alimentaire, soins de santé.

4.L'adoption de nouveaux comportements ou le changement de comportements dans une communauté illettrée dépend du message qui est transmis et de sa démonstration pratique; de la personnalité de celui qui émet le message et de la confiance qu'il inspire; des conseils, de la réassurance et du soutien qui sont offerts; de la pression exercée et de l'exemple donné par les pairs.

5.Lorsque dans chaque ménage ce sont les hommes qui prennent les principales décisions il est inutile d'avoir uniquement des agents de santé de sexe féminin et de motiver/éduquer seulement les mères pour qu'elles acquièrent des comportements protégeant l'enfant. Les membres et preneurs de décisions du ménage qui sont de sexe masculin doivent aussi être motivés afin qu'ils facilitent les changements de comportement. A cet effet il est indispensable d'avoir également des agents de santé de sexe masculin.

6.La surveillance et promotion de la croissance est difficile à mettre en oeuvre dans les régions rurales du Bangladesh, où la croyance générale est que les enfants ne devraient pas être pesés car ils ne sont pas des marchandises. En

outre, beaucoup de gens pensent que la pesée peut rendre leurs enfants malades. Surveiller la croissance sans la promouvoir est inefficace, surtout dans des communautés dont les conditions socio-économiques sont mauvaises et dans lesquelles les problèmes nutritionnels sont les plus grands.

7.Pour que la promotion de la croissance réussisse, il faut pouvoir recourir à une préparation pré-cuite qui puisse être donnée comme supplément ou comme aliment de sevrage. Cette nourriture doit être adéquate et disponible sur place. Les mères n'ont pas les moyens d'acheter d'onéreux aliments pour bébés et elles n'ont ni le temps, ni la patience, ni les ressources qu'il faut pour cuire plusieurs repas par jour.

8.Un système d'information de santé est vital non seulement pour surveiller la croissance, mais aussi pour prendre des décisions relatives au programme et aux stratégies à adopter. Bien qu'un système coûte cher et exige beaucc de temps et d'efforts, il doit faire pa d'un projet Survie de l'Enfant.

Dans ce projet le systèr d'information de santé a montré u tendance à la baisse du taux de ma dies pour lesquelles un vaccin est d ponible, une augmentation des infectio respiratoires aiguës et des décès dûs des affections périnatales, une dimir tion suivie d'une stabilisation des déc dûs aux maladies diarrhéiques (grâce un programme de réhydratation oral et finalement une amélioration de l'ét nutritionnel des enfants des familles q avaient participé aux groupes "femme qui-sauvent" (comparé à l'état nutritio nel des enfants provenant des famill qui n'avaient pas participé à ces groupes

Ce rapport a été établi par le Dr Afz Hussain, "Save the Children", Bangl desh.

Premier "workshop" régional des ONG Survie de l'Enfant en Asie

Le premier workshop régional asiatique de Survie de l'Enfant (SE) pour des organisations non gouvernementales (ONG) a eu lieu à Kendari, Southeast Sulawesi, Indonésie, du 5 au 12 décembre 1989. Il était patronné par United States Agency for International Development, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation (AID/FVA/PVC) en coopération avec le gouvernement indonésien. Ce workshop était l'hôte de Project Concern International, assisté par The Johns Hopkins University. Le gouverneur de Southeast Sulawesi tint le discours d'introduction lors de la cérémonie d'ouverture le 5 décembre. Les participants représentant Adventist Development Relief Agency, Aga Khan Foundation, CARE, Freedom From Hunger Foundation, Helen Keller International, Project Concern Internationa Rotary Polio Plus, Save the Childre Foundation et World Vision étaient ve nus du Pakistan, de l'Inde, du Népal, d Bangladesh et d'Indonésie pour suivr ce workshop. Il permit aux participant d'échanger des informations et d matériel provenant de leur projet et d discuter du thème central du workshop "Construire à partir des leçons apprises. Il en résulta une liste des leçons apprise par les ONG d'Asie et un plan d'action d 90 jours que les participants peuver mettre en oeuvre eux-mêmes. Les sujet évoqués durant les sessions furent amélioration de la qualité des services continuité des projets, augmentation d la couverture et de l'utilisation, soin prénataux et planning familial, méthode de formation pour agents de santé semi lettrés, systèmes d'information de santé

.es leçons prioritaires apprises par les ›rojets Survie de l'Enfant en Asie

›éfinition des buts, des objectifs et de la ıtratégie

- Les buts et objectifs devraient être bien définis, adaptés à l'intervention, périodiquement revus et corrigés si nécessaire.
- Au début du projet des objectifs modestes et atteignables peuvent être à l'origine de futures transformations.
- La stratégie doit être bien établie au début du projet, mais elle doit aussi être suffisamment flexible pour être adaptée aux conditions locales.

'articipation communautaire

- Les dirigeants communautaires devraient être bien au courant des objectifs et buts avant et durant la mise en oeuvre du projet.
  Dès le départ le projet devrait avoir une base et une orientation communautaire. Les dirigeants communautaires devraient être impliqués dans la planification des activités.
  La participation des femmes devrait être considérée comme hautement prioritaire pour que la mise en oeuvre des interventions SE réussisse.

nquete préliminaire

Une première enquête devrait être effectuée avant que le projet ne débute. Cette enquête devrait être adéquatement financée.
Des cartes topographiques et des informations convenables sur la région sont nécessaires.

›rmation

La formation est un élément primordial d'un projet; elle est un moyen de transmettre des idées, des aptitudes et des techniques. C'est pourquoi la formation, qu'elle soit formelle ou informelle, devrait être conçue en fonction des besoins et conditions locales. Une formation continue doit être donnée à toute personne qui participe au projet. Des sessions de formation pour les chefs de village et les coordinateurs des agents de santé devraient être organisées; ces sessions devraient traiter des taches qu'ils doivent accomplir. La formation devrait viser avant tout l'amélioration des aptitudes pratiques, des capacités à résoudre les problèmes et des capacités de gestion et de planification.

- Le personnel local devrait être formé de façon qu'il puisse apporter une assistance technique satisfaisante. Il devrait être capable d'effectuer sa propre enquête et évaluation afin de réduire les coûts. Tous les agents de santé de village devraient être formés localement.
- Il est difficile de former des agents de santé lorsqu'ils n'ont pas le même niveau d'alphabétisation. Du matériel d'enseignement est nécessaire, surtout pour les agents qui savent lire et écrire. Une formation basée sur la participation est plus efficace.
- Des agents de santé de sexe féminin qui soient dignes de confiance et sachent parler les dialectes locaux sont absolument indispensables. Ils devraient bien connaître la langue vernaculaire ainsi que les termes et expressions traditionnelles.
- Pour s'adresser à une population essentiellement analphabète il est important de réserver assez de temps pour développer des moyens de formation appropriés. Un tel matériel didactique exige une mise au point permanente et de fréquents tests sur le terrain.
- Ne devrait être utilisé que le matériel audio-visuel qui est disponible et accepté localement, et qui est en accord avec le matériel et les messages délivrés par le ministère de la santé.

Gestion et supervision

- La supervision et la formation devraient être les éléments clés de la gestion d'un projet SE.
- Un suivi régulier et de longue durée est nécessaire au maintien et à

l'amélioration d'un projet.

- L'éducation à la santé et un suivi permanent sont essentiels pour réduire le nombre des participants qui abandonnent progressivement une intervention.

Communication et changement de comportement

- Pour adopter un nouveau comportement les 7 éléments suivants sont nécessaires:
  a. Un message clair, simple, concis et adapté au groupe cible.
  b. Une démonstration pratique des aptitudes à acquérir, effectuée à plusieurs reprises.
  c. Un éducateur bien connu, ayant une personnalité appréciée et capable de gagner la confiance du groupe.
  d. Un méchanisme permettant le partage des expériences au sein du groupe.
  e. Un renforcement du message et une consolidation des aptitudes lorsque le besoin se fait sentir.
  f. Des services de soutien à la portée (géographique et financière) de la population.
  g. Une promotion multi-média et à long terme du comportement à adopter.
- Lorsque des messages sont transmis, il est important d'obtenir un feedback de ce qui a été reçu et compris.

Système d'information de santé

- Un système d'information de santé (SIS) est vital pour l'identification des futures orientations du programme et la planification stratégique.
- Le développement d'un SIS scientifique mais simple conduit à la prise de décisions adéquates pour le programme. Seules les données utiles doivent être rassemblées. Dans un programme SE les données collectées de routine devraient être utilisées pour la gestion opérationnelle.
- Pour assurer une bonne couverture il est essentiel que les agents de santé de village possèdent une liste des objectifs.
- L'enregistrement des données d santé domestiques est une con posante essentielle de la surveillanc et promotion de la croissance, ain que de la vaccination.
- Les formulaires destinés à la récolt de données et leur mode de collec tion devraient être préalablemer testés. Les données récoltée devraient être traitées en petit groupes au sein des villages.
- Il est important de créer un SIS qu puisse être ultérieurement repris pa le ministère de la santé et utile l'ONG.

Collaboration avec le gouvernement et continuité

- Il faut essayer de faire tout ce qui es possible pour impliquer des représen tants du gouvernement dans toute les étapes de la planification et de l mise en oeuvre du programme Néanmoins, les ressources du gou vernement sont le plus souvent lim tées et il est donc nécessaire d'obten un soutien massif de la part des dir geants communautaires pour assure la continuité de la gestion locale de services SE.
- La fin d'un projet a souvent un effe boomerang. C'est pourquoi la phas de retrait d'un projet doit être préparé dès le début afin que la communaut elle-même puisse plus facilemer prendre la relève.
- La création de revenus et des activi tés de développement devraient fair partie d'un programme SE .
- Les projets qui sont entrepris e réponse au besoin de la communaut ont une plus grande probabilité d réussite.
- Les ONG Survie de l'Enfant devraier établir un réseau avec d'autres ONG des organisations gouvernementale et des services sociaux locaux.

Ce rapport a été établi par Rober Cunnane, M.P.H., Coordinateur d premier workshop régional des ONG SE en Asie.

Des messages pour diminuer la malnutrition

Des messages spécifiques à la Survie de l'Enfant pour le planning familial, la réhydratation orale et la vaccination ont généralement été bien mis au point, améliorés et transmis aux publics cibles ainsi qu'aux professionnels de santé qui en ont la charge. Comme les agents de santé ont à leur disposition des messages clairs et pragmatiques, ils trouvent naturellement plus facile de parler aux mères de ces importantes stratégies pour la Survie de l'Enfant. En revanche, les messages destinés aux mères dont les enfants présentent un déficit pondéral ou un défaut de croissance sont souvent des messages trop généraux et qui portent par conséquent à confusion, comme par exemple: "donnez une nourriture saine à votre enfant" (quel aliment donner et à quel fréquence?) ou "donnez plus de fruits et de légumes à votre enfant" (un régime qui tend à faire perdre plutôt que gagner du poids). Deux messages mis en évidence dans la brochure "Savoir pour sauver" visent le problème de la malnutrition protéino-énergétique qui est fréquemment rencontrée parmi les enfants de 1 et 2 ans dans les pays en développement. Ce sont: "Ajouter une cuillerée (ou toute autre unité de mesure appropriée) de graisse (donner quelques exemples locaux) ou d'huile (citer quelques exemples locaux) à la nourriture destinée à votre enfant. "Donner à manger six fois par jour à votre enfant de 1 ou 2 ans". Les professionnels de santé qui utilisent des méthodes actives et informelles (par ex. jeu de rôle) pour l'éducation des adultes doivent former les volontaires communautaires pour transmettre ces messages aux mères. La communication de ces messages peut se faire dans le contexte de visites à domicile ou de groupes de discussion sur la nutrition. Ces activités devraient faire partie du suivi systématique et institutionnalisé qui a lieu à partir du moment où l'enfant a été dépisté et le diagnostic de malnutrition posé. Pour diminuer la malnutrition parmi vos enfants cibles, enseignez ces simples messages aux agents de santé dès que possible.

Ce rapport a été établi par Jennifer Brinch, M.P.H., Coordinateur Survie de l'Enfant, U.S.A.I.D., Indonésie.

Q. & R.:
Quelles sont les priorités de l'A.I.D. en matière de nutrition?

Le Dr. Norge Jerome, Directeur du Bureau de la nutrition à l'A.I.D. (Agence pour le Développement International), a bien voulu répondre à cette question. Le Dr Jerome présenta un survol des cinq problèmes fondamentaux concernant l'état nutritionnel des populations dans les pays en développement: (1) manque d'accès à une quantité adéquate de nourriture de qualité; (2) manque de possibilités de travail; (3) manque de revenu; (4) analphabétisme; (5) taux de croissance démographique élevé. La politique nutritionnelle de l'A.I.D. pour les années quatre-vingt-dix est d'intégrer les interventions en matière de nutrition dans les secteurs de l'agriculture, de l'éducation et de la santé. Cette politique comprend trois principaux éléments: survie et développement de l'enfant, garantie d'une alimentation domestique minimale et "nutri-business". Puisque les causes de malnutrition varient d'un pays à l'autre et même d'une région à l'autre à l'intérieur d'un même pays, le Dr Jerome fait la recommandation suivante: lorsque des données évaluatives ne sont pas disponibles, la meilleure approche est d'évaluer d'abord les problèmes nutritionnels à l'intérieur du pays ou de la région couverte par l'ONG. Cette évaluation devrait se faire avec la communauté locale. Puis, se basant sur les résultats ainsi obtenus et travaillant avec l'ONG, la communauté sera en mesure d'identifier l'intervention la plus appropriée et la plus efficace pour aborder le problème. Dix autres responsables de l'A.I.D. impliqués dans la mise en oeuvre de la politique nutritionnelle et des

stratégies dans les bureaux régionaux répondirent aux questions concernant leurs priorités au sein des projets SE. La plupart des responsables interrogés répondirent que leurs priorités étaient de renforcer les interventions dans les domaines suivants:

Allaitement au sein. La promotion de l'allaitement exclusivement au sein durant les 4 à 6 premiers mois de vie peut diminuer la malnutrition ainsi que la morbidité et la mortalité infantile. C'est pourquoi il est important que les projets SE fassent la promotion de l'allaitement exclusivement au sein. Afin de concevoir une telle intervention, les ONG ont besoin de données de base fiables quant à la durée et à la fréquence de l'allaitement au sein, l'utilisation du colostrum et de succédanés du lait ainsi que le moment de l'introduction d'aliments supplémentaires et le type de ces aliments. L'A.I.D. publiera prochainement un texte intitulé "Stratégies pour l'allaitement maternel" qui contiendra des recommandations en la matière.

Alimentation maternelle. L'intervention en matière d'alimentation maternelle comprend l'éducation nutritionnelle et la supplémentation en nourriture et micronutriments durant la grossesse. L'état nutritionnel de la mère durant la grossesse a un effet direct sur le poids de l'enfant à la naissance. Un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes représente un risque plus élevé de morbidité et mortalité infantile. De plus, il arrive souvent qu'une femme souffrant de malnutrition ne puisse produire suffisamment de lait pour satisfaire aux besoins de son enfant. En plus des données anthropométriques habituellement récoltées (poids, taille, périmètre brachial), les études préliminaires évaluant l'état nutritionnel des mères devraient inclure des données sur leur charge de travail, sur la manière dont elles allouent leur temps et sur leur pouvoir décisionnel.

Nutrition infantile. Pour concevoir ce genre d'intervention, l'ONG aura besoin de déterminer les causes et taux de malnutrition, en particulier chez les enfants qui sont en période de sevrage. Des études portant sur les connaissances, attitudes et pratiques locales peuvent fournir des données relatives au sevrage.

Vitamine A. Les interventions "vitamine A" devraient être une priorité pour les régions desservies par des ONG où la carence en vitamine A constitue un problème. Les ONG qui prévoient ce type d'intervention devraient obtenir le "Field Guide for Adding Vitamin A Interventions to PVO Child Survival Projects" (Guide de terrain pour la mise en oeuvre d'interventions "vitamine A" dans le cadre des projets Survie de l'Enfant). Ce guide peut être obtenu en écrivant à: Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, U.S.A.

Intégration des interventions nutritionnelles dans le cadre des autres activités Survie de l'Enfant. Les ONG devraient savoir qu'il y a un lien direct entre la malnutrition et la baisse des réponses immunitaires. Par exemple, les maladies infectieuses (telles que la diarrhée) durent plus longtemps chez les enfants souffrant de malnutrition. Ces derniers présentent également une réponse immunitaire à la vaccination qui est sensiblement diminuée. C'est pourquoi une composante nutritionnelle devrait être intégrée aux projets EPI (Extended Program of Immunization: Programme Elargi de Vaccination) et CDD (Control of Diarrheal Diseases: Contrôle des maladies diarrhéiques) afin que les vaccinations et la réhydratation orale produisent les meilleurs résultats possibles.

Surveillance de la croissance. Les personnes interrogées étaient d'accord pour dire que la surveillance de la croissance est un instrument utile lorsqu'elle est accompagnée par des conseils et de l'éducation nutritionnelle, mais qu'elle n'est pas un but en soi. Les responsables du secteur nutrition de l'A.I.D. reconnaissent le rôle important que les ONG peuvent jouer dans la réduction des taux de malnutrition dans les pays en dévelop-

ɔement. Cependant, ils soulignent que le ɔersonnel des ONG doit acquérir la formation adéquate et maîtriser les plus récentes techniques d'évaluation, de surveillance et de mise en oeuvre des interventions visant spécifiquement les problèmes nutritionnels.

De plus amples renseignements concernant la stratégie nutritionnelle de l'A.I.D. pour la Survie de l'Enfant (A.I.D.'s Nutrition Strategy for Child Survival) peuvent être obtenus en écrivant à: Sally Jones, Deputy Chief, Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Department of State, Room 317, SA-8, Washington, DC 20523, USA.

Ce rapport a été établi par Fannie Fonseca Becker, M.P.H., R.D., L.D., Consultante.

Prévenir la mortalité maternelle. Quel rôle les projets ONG Survie de l'Enfant peuvent-ils jouer?

Les projets ONG Survie de l'Enfant ont porté, assez justement, sur la prévention de la mortalité infantile et de l'enfance à travers des interventions clés telles que vaccination, SRO, nutrition/allaitement au sein, espacement des naissances et infections respiratoires aiguës. Bien que certaines ONG aient développé des programmes visant à améliorer les soins prénataux parmi les femmes enceintes ou aient amélioré la formation des accoucheuses traditionnelles, la réduction de la mortalité maternelle n'a pas été une priorité pour la plupart des projets ONG. Il y a un certain nombre de raisons à cela:

- Le décès maternel est beaucoup moins fréquent que celui d'un enfant de moins d'un an ou de moins de cinq ans. Le taux de mortalité maternelle des pays en développement est de 5 décès maternels par 1000 naissances vivantes tandis que le taux annuel de mortalité infantile (TMI) est de 100 décès par 1000 naissances vivantes).
- Dans beaucoup de cultures la grossesse n'est pas une "maladie", donc l'attention médicale n'est pas recherchée jusqu'au moment où la femme commence le travail.
- U.S.A.I.D. n'a pas choisi la réduction de la mortalité maternelle comme objectif prioritaire dans les projets Survie de l'Enfant.

Mais les temps changent. De nombreux facteurs ont récemment été réunis qui amènent le problème général de la santé de la femme et plus spécifiquement celui de la mortalité maternelle au premier plan des problèmes de santé publique internationale. La conférence internationale pour une maternité sans risque qui s'est tenue à Nairobi, Kenya, en février 1987 a mis en évidence le fait que 99% des décès maternels surviennent dans les pays en développement; que dans ces pays les femmes ont un risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement qui peut être des centaines de fois plus élevé que celui des femmes des pays développés; que pour une femme d'un pays en développement le risque global de mourir pendant la grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse est aussi élevé que 1 sur 20 dans certains pays africains. L'initiative pour une maternité sans risque lancée lors de la conférence de Nairobi a développé un plan de travail pour une réduction de la mortalité maternelle de 50% en 10 ans, sans augmentation importante des coûts de santé.

U.S.A.I.D., à travers Mothercare et d'autres initiatives, a commencé à jouer un rôle beaucoup plus actif dans les soins de santé de la femme et dans la prévention des décès maternels. Une action sociale d'envergure mondiale visant à l'amélioration du statut des femmes, de leur état de santé et des conditions d'accouchement est en plein essor. Alors que les taux annuels de mortalité infantile ont beaucoup chuté au cours des années 1980 (aboutissant à ce qu'en 1990 certains pays en développement vont avoir des TMI approchant 50-70 décès par 1000 naissances), les interventions classiques pour la Survie de l'Enfant doivent être davantage renforcées dans le secteur des soins maternels - alors que le TMI chute, le

Tableau I

Comparaison coût-bénéfice d'hypothétiques programmes visant à réduire la mortalité maternelle.

Programme/Stratégie	Coût par décès maternel évité
1. Formation et équipement du personnel dans 5 centres de santé à la pratique de "l'urgence obstétricale" (comprenant la récupération manuelle d'une rétention placentaire, l'injection de médicaments provoquant la contraction utérine etc.) plus moyens de transport d'urgence pour 5 centres, plus équipement de 5 petits hôpitaux pour pratiquer des césariennes et fournir du sang.	$ 2,516
2. Formation et équipement du personnel dans 10 centres de santé à la pratique de l'urgence obstétricale	$ 2,536
3. Vingt pour cent des grossesses évitées grâce au planning familial.	$ 2,667
4. Dix pour cent des centres de santé équipés de moyens de transport d'urgence, plus 5% des femmes enceintes suivies dans des hôpitaux urbains.	$ 8,203
5. Cent pour cent des accouchements effectués par des accoucheuses certifiées et supervisées.	$17,250
6. Cent pour cent de couverture des soins prénataux.	$41,818

Sources: Maine, Deborah et al. Prévention de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Choix des programmes et considérations pratiques. (Prevention of maternal deaths in developping countries. Program options and practical considerations.)

pourcentage d'enfant mourant pendant la période néonatale (les premiers 28 jours de vie) augmente. Donc les initiatives pour la santé maternelle, comprenant vaccination antitétanique et supplémentation maternelle en nourriture et micro-nutriments, peuvent être bénéfiques à la fois pour la mère et son nouveau-né. Afin de définir le rôle que des projets ONG Survie de l'Enfant peuvent jouer dans la lutte contre cette tragédie, il est important d'étudier les causes les plus importantes de mortalité maternelle et les interventions de prévention ayant le meilleur rapport coût-efficacité.

La plupart des décès maternels dans les pays en développement sont dûs aux "cinq grands". C'est à dire: hémorragie, infection, toxémie, avortement, mauvais déroulement du travail/rupture utérine.

Les deux derniers, avortement e mauvais déroulement du travail/rupture utérine, provoquent habituellement la mort soit par hémorragie soit par infection. Il y a donc un certain chevauchemen dans cette classification. Jusqu'à présen les projets ONG Survie de l'Enfan destinés aux femmes enceintes se son surtout intéréssés aux soins prénataux et à la formation des accoucheuses traditionnelles. Ces interventions, par et er elles-mêmes, n'ont pas toujours ur impact significatif sur la mortalité maternelle: la formation des accoucheuses traditionnelles, bien que très utile pour la prévention du tétanos néonatal e l'éducation des femmes enceintes, ne va probablement pas réduire d'une manière significative la mortalité maternelle, à

moins que l'accoucheuse n'ait les moyens de transporter à temps les femmes en situation difficile dans une unité de soins (où une césarienne en urgence, du sang, ou les premiers soins obstetricaux sont disponibles). Deborah Maine et ses collègues du Centre pour la population et la santé familiale de l'Université de Columbia ont effectué une étude coût/bénéfice comparant six différentes stratégies pour réduire la mortalité maternelle dans un hypothétique pauvre pays en développement de 1,000,000 d'habitants. En s'appuyant sur leurs meilleures estimations des divers coûts et bénéfices, ils ont évalué le coût par décès maternel évité, pour chaque stratégie. Plus le coût de prévention d'une mort maternelle est faible, meilleur est le rapport coût/bénéfice. Chacune des six approches étant supposée être indépendante, elles étaient donc mutuellement exclusives. (Voir Tableau I, page 8, pour les résultats de cette analyse). Etant donné les hypothèses de Maine et al. trois des six programmes préviennent les décès maternels à un coût beaucoup plus faible que les trois autres. Les deux stratégies les plus coûteuses sont "100% des accouchements effectués par des accoucheuses certifiées et supervisées" et "100% de couverture des soins prénataux".

Quelles sont les conséquences de ces résultats pour les projets ONG Survie de l'Enfant? Parmi celles qui peuvent être importantes:

(1) Plutôt que de se concentrer exclusivement sur les soins prénataux et la formation d'accoucheuses traditionnelles comme intervention de lutte contre la mortalité maternelle, les ONG devraient considérer la formation du personnel des centres de santé et des hopitaux à l'urgence obstétricale.

(2) Les ONG pourraient se consacrer à la recherche d'innovations peu onéreuses pour l'amélioration du transport d'urgence des femmes présentant de graves complications, tel que le développement de systèmes de signalisation simple pour les cars ou autres véhicules afin de les alerter en cas de besoin.

(3) Davantage peut être fait pour amélioror le statut nutritionnel et sanitaire des jeunes filles avant qu'elles n'atteignent la période de fertilité, afin qu'elles soient mieux préparées à supporter la grossesse et l'accouchement. La prévention de l'anémie chez les jeunes filles de 5-15 ans peut jouer un rôle important dans ce sens.

(4) L'espacement des naissances et le planning familial devraient être une priorité pour la santé de la mère et de l'enfant.

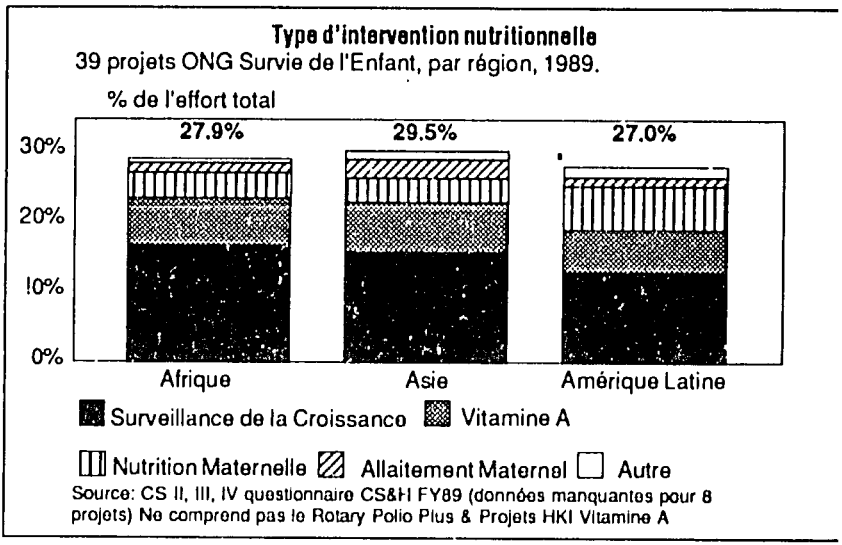
(5) Lorsque l'on considère les interventions pour la Survie de l'Enfant, il faut envisager l'impact sur la mère aussi bien que sur le nouveau-né.

Ce rapport a été établi par Steven Solter, M.D., M.P.H., Managoment Sciences for Health.

La relation entre l'état nutritionnel de la mère et la croissance de l'enfant dans l'Inde rurale.

Les services intégrés de développement de l'enfance du gouvernement indien dans les Etats du Gujarat et du Maharashtra reçoivent une aide alimentaire ("Title 2 Food Aid") par l'intermédiaire de CARE. Bien que le projet fournisse des suppléments de nourriture aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes, la couverture des bénéficiaires potentielles reste faible. Les responsables du programme ont davantage insisté sur les activités destinées aux enfants que sur la nutrition maternelle. En novembre 1989, le Dr Mary Ann Anderson, conseiller en santé publique de A.I.D., a présenté une étude transversale effectuée à l'intérieur du projet CARE/India dans le but d'étudier la relation entre le supplément diététique de la mère et la croissance de l'enfant. La population étudiée se composait de 45 femmes ayant reçu un supplément alimentaire pendant la grossesse et de 136 femmes n'en ayant pas reçu.

Ce supplément se composait de lait de soja et maïs ainsi que d'huile végétale,



équivalent à 556 kcal et 18,6 grammes de protéine par jour. Un sous-groupe de la population supplémentée reçut également des tablettes de fer et d'acide folique.

Les chercheurs trouvèrent plusieurs points intéressants. Il y avait une différence de poids de 230 grammes pendant le premier mois de vie en faveur des bébés nés de mères supplémentées par rapport à ceux nés dans le groupe non supplémenté. L'effet le plus important de la supplémentation fut trouvé chez les bébés nés de femmes ayant reçu le supplément alimentaire et les tablettes de fer et d'acide folique (par rapport au seul supplément) et chez ceux dont les mères reçurent le supplément pendant le second et le troisième trimestre (par rapport au seul premier trimestre). Le fait que cette étude ait montré un important effet de la supplémentation sur le poids de l'enfant est intéressant, comparé à des études similaires dans d'autres populations. Une possible explication serait un "effet de seuil" de la supplémentation en relation avec le poids maternel avant la naissance. Selon cette hypothèse, la supplémentation diététique prénatale augmenterait significativement le poids uniquement chez les enfants des femmes réellement en déficit pondéral. Le fait que toutes les femmes indiennes de cet échantillon étaient de poids relativement faible expliquerait l'important impact de la supplémentation. La moitié des femmes indiennes étudiées pesaient moins de 40 kg en début de grossesse, ce qui est un facteur de risque bien connu pour la naissance d'un bébé de faible poids. Un petit poids de naissance (moins de 2500 grammes) est à son tour lié à une augmentation de la mortalité et de la morbidité infantile. Si cet "effet de seuil" pouvait être démontré dans de futures études de communautés, ce serait un important argument pour orienter les programmes de supplémentation diététique sur le poids maternel. Le Dr Anderson a également remarqué qu'un programme de supplémentation alimentaire efficace destiné aux mères devrait intervenir avant que les femmes ne soient enceintes ou allaitantes, car aucune amélioration du poids n'a été observé au cours de ce programme de réhabilitation alimentaire.

Ce rapport a été établi par Fannie Fonseca Becker, M.P.H., R.D., Consultante auprès du Programme de Soutien

des ONG Survie de l'Enfant.
Note de la rédaction:

"L'effet de seuil", ou orienter les efforts sur les femmes en déficit pondéral, est un important concept car il met au premier plan la supplémentation alimentaire prénatale. La préoccupation majeure devrait être la supplémentation ali-mentaire des femmes à haut risque de donner naissance à des bébés de faible poids. Les interventions nutritionnelles peuvent inclure les adolescentes avant qu'elles ne soient enceintes.

Références en nutrition.

Prometteuses stratégies des ONG pour la Surveillance et la Promotion de la Croissance, 1990. Ce document relate les succès des activités de SPC dans 11 projets nationaux d'ONG (et un projet dans un pays où le Peace Corps est actif). Ses conclusions ont été élaborées par des gens de terrain et des différents sièges ainsi que par des experts SPC en conception de programme, communication, instruments et techniques. Parmi les stratégies prometteuses décrites nous trouvons: participation active des mères; organisation de la participation communautaire à la planification et à la mise en oeuvre; visite à domicile et conseils pour la résolution des problèmes de nutrition; intégration de la SPC aux soins de santé primaires et au développement communautaire. Deux pages de résumé pour chaque étude de cas sont inclues, avec les leçons tirées et les implications pour chaque ONG. Ce rapport a été rédigé sous la coordination technique de INU/LTS et financé par le Bureau pour la Nutrition, A.I.D. à travers le NCP/AED, et peut être obtenu par l'intermédiaire de: AED Publication, 1255 23d Street N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel, OMS, Genève, 1989. Ce document conjoint OMS/UNICEF a été préparé afin de promouvoir l'information sur le rôle essentiel que les services de santé jouent dans la promotion de l'allaitement. Il est destiné à être utilisé, après adaptation aux différentes conditions locales, par les responsables et organisateurs ainsi que par les cliniciens, sages-femmes et personnel soignant. Orienté particulièrement sur la période des soins prénataux, l'accouchement et les soins périnataux, il souligne les étapes pratiques que ceux concernés par la délivrance de soins de maternité doivent considérer afin de promouvoir et faciliter l'acceptation et la continuation de l'allaitement au sein par les mères. Ce document peut être obtenu en écrivant à OMS, Service de distribution et des ventes, 1211 Genève 27, Suisse ou en contactant les bureaux régionaux de l'OMS. Prix: US$4,80.

La position de votre enfant au sein. Laleche League, 1987. Guide progressif pour placer correctement l'enfant au sein afin d'assurer une bonne et complète tétée et prévenir toute blessure et douleur du mamelon chez la mère. Il présente différentes variétés de positions. Ce guide serait plutôt indiqué pour les zones urbaines et semi-urbaines. Bulletin No107, Laleche League International, P.O.Box 1209, Franklin Park, IL 60131-8209, USA. Illustré, 8 pages. Prix: US$0.50.

Manuel pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, par Margaret Cameron et Yngve Hofvander, 1983. Utile avant tout dans les programmes de Santé Maternelle et Infantile, ce manuel fournit des informations détaillées sur les problèmes nutritionnels, les besoins et les régimes recommandés lors du sevrage des enfants. Le chapitre sur les repas de sevrage met l'accent sur les aliments disponibles localement, mais comprend également des recettes basées sur les dons alimentaires. Ce manuel contient également des chapitres et appendices sur la surveillance de la croissance et le dépistage de la malnutrition, la prise en charge de l'enfant diarrhéique, et des tables de composition des aliments. Troisième édition, Oxford University Press, Anglais, 214 pages. Prix: US$ 9.95.

Projets ONG Survie de l'Enfant en Asie par année de financement.

	Bangladesh	Inde	Indonésie	Népal	Pakistan	Vanuatu
ADRA			87		87	
AKF					87	
CARE		87	85/88E			
FFH				87		
FPSP						89
HKI	85		85 86A			
PCI			85/88E			
ROTARY		87P				
SA	85				85	
SCF	85/88E		85/89E	87		
WRC	87					
WV	88					
Total	5	2	6	2	3	1

Remarque: E = projet ayant reçu un financement pour poursuivre ses activités au cours de l'année désignée
A = projet ayant reçu un financement pour vitamine A
P = programme Polio Plus

Le nom et le sigle des ONG non parus dans la première édition sont: Aga Khan Foundation (AKF), Helen Keller International (HKI), Rotary Polio Plus Program (Rotary).

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 for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. Les rédacteurs reçoivent avec plaisir tout rapport ou toute correspondance provenant du personnel de projets ONG survie de l' Enfant qui est sur le terrain. Veuillez adresser toute correspondance à l'attention des rédacteurs, 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. Les rédacteurs invités de ce numéro sont Fannie Fonseca Becker, M.P.H., R.D., L.R. et Donglu Zeng, M.D., M.P.H.

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$.

Supervivencia Infantil

Reporte Técnico Para Las OVP

Febrero de 1990
Vol. 1 Número 2

Experiencias en SI de SCF/Bangladesh 1
Mensajes de Nutrición 5
Previniendo la Mortalidad Materna 7
Estado Nutricional Materno 9

Experiencia en Supervivencia Infantil de "Save The Children", Bangladesh

A través de su Proyecto de Supervivencia Infantil (SI) la Oficina Regional de Bangladesh de la Federación "Save The Children" (SCF), ha estado trabajando en el desarrollo de una red de protección para los niños de su área.

La red, cuyo funcionamiento comienza incluso antes de que una madre conciba y que se extiende hasta que sus hijos son adultos, incluye las actividades siguientes: prolongación de los periódos libres de embarazo, inmunización con toxoide tetánico, enseñanza para las madres embarazadas sobre nutrición y parto seguro con revisión prenatal, adiestramiento de las parteras tradicionales, seguimiento posnatal, vacunaciones infantiles, control y promoción del crecimiento actuando sobre las causas de malnutrición, motivación, educación y movilización de las madres hacia grupos de "women savings", enseñanza para adultos, ayuda en actividades agrícolas y generadoras de ingresos, creación de dispensarios, y formación continuada para los padres sobre conductas dirigidas a la protección infantil (por ejemplo: manejo de enfermedades diarréicas, asesoramiento nutricional e higiene).

Las principales lecciones aprendidas durante los últimos cuatro años del Proyecto de SI pueden resumirse como sigue:

1.Los objetivos y grupos de interés deben estar bien definidos y ser apropiados para la intervención, con revisiones periódicas y las correciones necesarias.

2.Todos aquellos relacionados con el proyecto - directores, otro personal, voluntarios, líderes de la comunidad - deben estar bien informados sobre los objetivos del proyecto.

3.El enfoque de desarrollo integral ejerce un efecto sinergístico sobre la asimilación y adopción de conductas de protección infantil y sobre la supervivencia infantil. Para aumentar el impacto de los proyectos de SI deben integrarse una serie de actividades: concienciación y reforzamiento de aquellos que cuidan a los niños, establecimento de dispensarios. desarrollo económico y generación de ingresos, producción agrícola y alimentaria y de servicios de salud.

4. La adopción de nuevas conductas o el cambio de las ya existentes en una comunidad analfabeta depende del mensaje y de su demostración práctica; la personalidad y confianza en la persona que emite el mensaje; consejo; aliento y apoyo; presión y ejemplo de grupo.

5. El emplear exclusivamente mujeres como trabajadores de salud y motivar y educar únicamente a las madres hacia conductas de protección infantil no funciona en una sociedad en la cual los hombres son los que toman las decisiones en el hogar. Por eso, ellos deben ser motivados para apoyar el cambio de conducta. Para alcanzar este objetivo es esencial el emplear mujeres y hombres como trabajadores de salud.

6. La puesta en marcha del programa de control y promoción del crecimiento es difícil y todo un reto en el Bangladesh rural, porque no se considera que los niños sean objetos susceptibles de ser pesados. Además, mucha gente cree que el pesar a los niños les causa enfermedades. Sin el componente de promoción del crecimiento, el programa de control de crecimiento no puede ser efectivo, especialmente en comunidades en pobres condiciones socioeconómicas, en las cuales los problemas nutricionales

son mayores.

7. Un alimento de destete suplementario precocinado y accesible en la localidad es necesario para el éxito del programa de promoción del crecimiento. Las madres no tienen los recursos para comprar los caros alimentos infantiles ni el tiempo, paciencia o recursos para cocinar varias comidas cada día.

8. Un Sistema de Información de Salud (SIS) es vital, no sólo para objetivos de seguimiento sino para posibilitar decisiones de planificación y estrategia. El sistema es caro, y requiere trabajo y tiempo, pero es una necesidad en un programa de SI.

En este proyecto el SIS mostró una tendencia de disminución en enferme dades susceptibles de vacunación, u incremento en infecciones respiratoria agudas, mortalidad perinatal, una dism nución seguida por la estabilización d muertes por enfermedades diarréica gracias al programa de terapia de re hidratación oral, y la mejora en el estad nutricional de los niños en familias qu participaron en los grupos de "wome savings" respecto a niños de familias n participantes.

Informe Por El Dr. Afzal Hussain, "Sav The Children", Bangladesh. Primer Grup De Trabajo Regional Asiatico De Supe vivencia Infantil OVP

El Primer Grupo de Trabajo Regional Asiático de Supervivencia Infantil

Para Organizaciones Voluntarias Privadas (OVP) se celebró en Kendari, Sulawesi Sureste, Indonesia, del 5 al 12 de diciembre de 1989. El grupo de trabajo fue patrocinado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Oficina de Cooperación Voluntaria Privada/Oficina de Alimentos para la Paz y Asistencia Voluntaria (AID/FVA/PVC) en cooperación con el Gobierno de Indonesia. El anfitrión del grupo de trabajo fue Project Concern International con la ayuda de la Universidad de Johns Hopkins.

El Gobernador del Sulawesi Sureste pronunció el discurso de apertura en la ceremonia inaugural, el 5 de diciembre de 1989. Participantes de OVP representantes de Adventist Development Relief Agency, Aga Khan Foundation, CARE, Freedom from Hunger Foundation, Hellen Keller International, Project Concern International, Rotary PolioPlus, Save the Children Foundation y Mundial Vision viajaron desde Pakistán, India, Nepal, Bangladesh e Indonesia para acudir al grupo de trabajo.

El grupo de trabajo dio oportunidad a los participantes para intercambiar información y materiales de sus proyectos y discutir el tema central del taller "Construyendo sobre la Lección Aprendida".

El grupo de trabajo produjo una lista de lecciones aprendidas por las OVP asiáticas, objetivos de proyectos mejorados, y un plan de acción de 90 días que los participantes pueden poner en marcha ellos mismos. Algunos de los temas tratados en el taller fueron: mejora de la calidad de servicios, mantenimiento de proyectos, aumento en covertura y uso cuidados prenatales y planificación familiar, métodos de formación para trabajadores de salud semianalfabetos, y sistemas de información sanitarios.

Lecciones Prioritarias en los Proyectos OVP de Supervivencia Infantil en Asia

Definición de Objetivos, Grupos de Interés y Estrategias

- Los objetivos y grupos de interés deben estar bien definidos y ser apropiados a la intervención, con revisiones periódicas y las correciones necesarias a la misma.
- Grupos de interés accesibles inicialmente y de pequeño tamaño pueden lograr un núcleo de transformación.
- La estrategia debe estar bien definida

al inicio del proyecto, pero debe ser flexible para posibilitar la adaptación a las condiciones locales.

- La participación femenina debe ser una prioridad primordial para llevar a cabo las intervenciones de SI con éxito.

Participación de la Comunidad

- Los líderes de la comunidad deben estar bien informados sobre los objetivos y grupos de interés antes y durante la puesta en práctica del proyecto.
- Desde un principio el proyecto debe estar basado y orientado hacia la comunidad y los líderes de la comunidad deben estar involucrados en la planificación de actividades.

Encuesta Preliminar

Antes de que comience el proyecto debe realizarse una encuesta preliminar estando garantizados los fondos necesarios para la misma.

Formación Continuada

- Es necesaria la formación continuada para todos aquellos involucrados en el proyecto.
- El adiestramiento es un componente crítico de un proyecto como medio de comunicar ideas, habilidades prácticas y tecnología. Por ello el adiestramiento, formal o informal, debe ser diseñado de acuerdo con las necesidades y condiciones locales.
- Deben organizarse sesiones de formación para líderes de la comunidad y los coordinadores de trabajadores de salud de la comunidad orientadas hacia la adquisición de habilidades para el desarrollo de tareas específicas. La formación debe enfocarse hacia la mejora de habilidades prácticas, capacidad de solucionar problemas y de planificación y dirección.
- El personal del país debe ser formado a un nivel suficiente para poder ofrecer asistencia técnica eficaz. Deben ser capaces de realizar su propia encuesta y evaluación para reducir costos innecesarios.
- Todos los Trabajadores de Salud Comunitarios deben ser formados localmente.
- Es difícil formar trabajadores con diferentes niveles de alfabetización. Se necesita material de enseñanza, especialmente para aquellos trabajadores analfabetos. La enseñanza participativa es más eficaz que la enseñanza no participativa.
- Trabajadoras femeninas de confianza con dominio de los dialectos locales son absolutamente esenciales.
- Deben conocer bien las lenguas locales así como expresiones y términos tradicionales.
- Es necesario permitir un margen de tiempo suficineta para el desarrollo de material educativo para una población básicamente analfabeta. Ello obliga a realizar numerosos cambios en diseños y pruebas de campo.
- Unicamente aquellos materiales audiovisuales disponibles localmente, aceptables y consecuentes con los mensajes y materiales de Ministerios de Salud gubernamentales deben ser empleados en las campañas.

Supervisión y Dirección

- Es necesario un sistema de seguimiento regular a largo plazo para mantener y mejorar un programa.
- La supervisión y el adiestramiento formativo deben ser los puntos clave en un programa de dirección de un proyecto de SI.
- La educación sanitaria y el seguimiento continuado son esenciales en la reducción de las altas tasas de abandonos de la intervención.

Comunicación Y Cambios Conductuales

- Los siete componentes siguientes son necesarios para la adopción de un nuevo comportamiento:
  a. Mensajes claros concisos y simples, adecuados a los grupos de interés.
  b. Repetidas demostraciones prácticas del educador seguidas de la repiicación de la técnica práctica que se espera transmitir por la persona a la

que se dirige la formación.
c. Educador conocido, personalidad agradable, capaz de lograr la confianza del grupo objetivo.
d. Posibilitar el intercambio de experiencias dentro del grupo de interés.
e. Reforzar mensajes y prácticas en el momento necesario.
f. Servicios de apoyo disponibles y al alcance del grupo de interés, tanto geográfica como financieramente.
g. Propaganda a largo plazo a través de los medios de comunicación de la conducta deseada.

- Durante el proceso de comunicación de un mensaje es muy importante recibir retroalimentación sobre la comprensión de la idea transmitida.

Sistemas de Informacion de Salud

- Un Sistema de Información de Salud (SIS) es vital para la identificación de la orientación de futuros programas y planificación estratégica. Que los trabajadores de salud comunitarios posean en sus manos listas de objetivos es esencial para una cobertura eficaz.
- El desarrollo de un SIS científico pero simple conducirá a la toma de decisiones adecuada dentro del programa. Unicamente deben recogerse datos útiles.
- Los datos recogidos de forma rutinaria deben emplearse en un programa de SI para la dirección de operaciones.
- Los Registros de Salud de base familiar son un componente esencial en programas de Control y Promoción del Crecimiento y de Vacunaciones.
- Tanto el proceso de recogida de datos como los formularios para la recogida de datos siempre deben probarse previamente a su uso generalizado.
- Es importante desarrollar un SIS que sea útil a la OVP y que pueda trasferirse más adelante a los Ministerios de Salud.
- Los datos deben ser recogidos y procesados en grupos reducidos en la comunidad.
- Son necesarios mapas e informació adecuada sobre el área del proyecto

Colaboración con Gobiernos y Mantenimiento

- Deben realizarse todos los esfuerzo posibles para involucrar al persona gubernamental durante todas la fases y la ejecución del programa. Si embargo, es necesario un gran apoyo por parte de los líderes comunitario para complementar los limitados re cursos gubernamentales y asegura el mantenimiento de la dirección loca de los servicios de SI.
- La finalización de la intervención tiene a menudo un efecto contraprodu cente. Por ello la retirada progresiva de la intervención debe ser planeada al inicio de la misma para facilitar e desarrollo del mantenimiento de proyecto en la comunidad.
- Actividades para el desarrollo y generación de ingresos deben ser incluídas en proyectos de SI.
- Los proyectos realizados en repuesta a deseos de la comunidad deben tener una mayor posiblidad de éxito.
- Las Organizaciones No Gubernamentales (NGO) en expansión deben integrarse en redes con otras NGOs, organizaciones gubernamentales y organizaciones de beneficencia locales.

Informe por Robert Cunnane, M.P.H Coordinador del Primer Grupo de trabaj Regional de SI en Asia.

Mensajes para la Disminución de la Malnutrición

En general, los mensajes específicos de Supervivencia Infantil sobre planificación familiar, rehidratación oral e inmunización han sido bien desarrollados, mejorados y comunicados a las audiencias de interés y a los profesionales de la salud que las sirven. Los trabajadores de salud, al estar provistos de mensajes de acción claros encuentran relativamente fácil el hablar a las madres de estas importantes estrate-

gias de Supervivencia Infantil.

Por otro lado, los mensajes dirigidos a las madres de niños con peso deficiente y retraso o interrupción del crecimiento son frecuentemente demasiado generales y, por ello, confusos. Por ejemplo, "Alimenta a tu niño con comida sana" (¿Cuál y con qué frecuencia?) o "Dale más frutas y verduras" (cuando la mayoría de la gente las utiliza en dietas de reducción de peso).

Dos mensajes resaltados en la publicación "PARA LA VIDA" son recalcados para tratar el problema de malnutrición calórica común entre niños de dos años en países en vías de desarrollo. Los mensajes, en su forma de acción son:

"Añade una cucharada grande (u otra medida apropiada) de grasa extra o aceite (muestra y nombra algunos ejemplos locales) a la comida de tu niño".

"Alimenta a tu niño de uno a dos años seis veces al día".

Profesionales de la salud que usan métodos activos y informales en la enseñanza de adultos (p.e. juegos de imitación) deben adiestrar voluntarios de la comunidad en la comunicación de estos mensajes a las madres. El ambiente eficaz para transmitir estos importantes mensajes de nutrición son visitas a domicilio o grupos de charla sobre nutrición que deberían ser parte del seguimiento institucionalizado y sistemático después de que un niño ha sido detectado, diagnosticado y enfocado como malnutrido en una sesión de control del crecimiento. Para disminuir la malnutrición en tus niños de interés enseña estos mensajes simples a los trabajadores de salud lo más pronto posible.

Informe por Jennifer Brinch, M.P.H., Coordinadora SI, U.S.A.I.D., Indonesia.

Preguntas y Respuestas:
¿Cuales son las Prioridades de A.I.D. en Nutrición?

Esta pregunta fue contestada por la Dra. Norge Jerome, Directora de la Oficina de Nutrición de la Agencia Internacional de Desarrollo (A.I.D.). La Dra. Jerome ofrece una eficaz visión global de los cinco problemas básicos que afectan el estado nutricional de las poblaciones de países en vías de desarrollo: (1) falta de acceso a cantidades adecuadas de alimentos de calidad, (2) desempleo, (3) falta de ingresos, (4) analfabetismo, y (5) rápido crecimiento demográfico. La política para la década de los noventa es la integración de las intervenciones nutricionales en los sectores de salud, educación y agricultura. La política se basa en tres componentes principales: desarrollo y supervivencia infantil, seguridad alimentaria en el hogar, y empresas de nutrición.

Debido a la variedad de las causas de mainutrición entre los distintos países y también entre las regiones de un mismo país, la Dra. Jerome recomienda que en los lugares en que no existan datos recientes de evaluación disponibles, el mejor enfoque es, primero, evaluar con ayuda de la comunidad local el problema nutricional en el área de la OVP. Después, basándose en los resultados de la valoración, la comunidad, junto a la OVP, podrá identificar las intervenciones más apropiadas y coste-efectivas para atacar el problema.

Diez otros representantes de A.I.D. involucrados en el desarrollo de políticas y estrategias nutricionales en los "Regional Bureaus", y el "Office of Health" contestaron a preguntas relativas a sus prioridades en nutrición dentro de los proyectos de Supervivencia Infantil (SI). La mayoría de los oficiales de nutrición entrevistados respondieron que sus prioridades principales consisten en el reforzamiento de las intervenciones en las áreas siguientes:

Lactancia Materna. La promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida contribuye a la disminución tanto de la malnutrición como de la morbilidad y mortalidad infantil. Por ello es importante que los proyectos de SI promocionen lactancia materna exclusiva. Para el diseño de una intervención para promocionar la lactancia materna, las OVP

necesitan datos preliminares de confianza sobre la duración y la frecuencia de la lactancia materna, utilización del calostro y sustitutivos lácteos y el tipo y momento de introducción de alimentos suplementarios. Dentro de poco será publicado un artículo de A.I.D. sobre Estrategias de Lactancia Materna, conteniendo guías claras para intervenciones de promoción de la lactancia materna.

Nutrición Materna. La intervención sobre la nutrición materna incluye alimentos y suplementos de micronutrientes durante el embarazo y educación sobre nutrición. El estado nutricional de la madre durante el embarazo tiene una influencia directa sobre el peso del recien nacido. Es sabido que un peso igual o menor a 2500 gramos al nacer está asociado con un aumento de morbilidad y mortalidad infantil. Además, a menudo, las madres malnutridas no pueden producir el volumen de leche requerido para las necesidades del bebé. Los estudios iniciales de evaluación del estado nutricional materno deben incluir, además de los datos antropomórficos usuales (peso, altura y circumferencia del brazo), la cantidad de trabajo que tiene que realizar, el reparto de su tiempo y su poder de decisión.

Nutrición infantil. Para diseñar este tipo de intervenciones, las OVP necesitan evaluar las causas y tasas de malnutrición, especialmente para el grupo en edad de destete. Pueden obtenerse datos sobre las costumbres de destete a través de estudios de las prácticas ,conocimientos y actitudes locales.

Vitamina A. Las intervenciones sobre Vitamina A deben convertirse en prioridades en aquellas áreas donde la deficiencia de esta vitamina sea un problema conocido. Las OVP que planeen esta intervención deberían solicitar la "Guía de Campo para Intervenciones sobre Vitamina A en Proyectos de Apoyo de Supervivencia Infantil de OVP" escribiendo al PVO Child Survival Support Program, Institute for International Programs, 103 Mount Royal Ave., Baltimore, MD 21202.

Integración de Intervenciones de Nutrición con otras Intervenciones de Supervivencia Infantil. Las OVP deben darse cuenta que existe una relación directa entre malnutrición y una respuesta inmunológica disminuida. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas (como la diarrea) duran más en niños malnutridos. Además, los niños malnutridos responden pobremente a las vacunas. Por ello, para lograr resultados óptimos en las campañas de inmunización o de rehidratación oral de SI debe integrarse un componente nutricional en los proyectos de Control de Enfermedades Diarréicas (CDD) y Programa Ampliado de Inmunizaciones (EPI).

Control del Crecimiento. Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que el control del crecimiento es un medio útil cuando va acompañado de consejo y educación nutricional, pero que el control sólo no es un objetivo por sí mismo.

Los oficiales de nutrición de A.I.D reconocen la importancia del papel que las OVP pueden desempeñar en la reducción de la malnutrición infantil en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, destacan que el personal de las OVP necesita adiestramiento apropiado en las últimas técnicas de evaluación, control y estrategias de nutrición para poder identificar y atacar problemas nutricionales específicos.

Información adicional sobre las Estrategias de Nutricion de A.I.D. para Supervivencia Infantil puede obtenerse escribiendo a Sally Jones, Deputy Chief, Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Department of State, Room 317, SA-8,Washington, DC 20523.

Informe Por Fannie Fonseca-Becker, M.P.H., R.D., L.D, Asesor Técnico

Previniendo la Mortalidad Materna Qué papel pueden desempeñar los Proyectos de Supervivencia Infantil de las OVP?

Los proyectos de Supervivencia Infantil

SI) de las Organizaciones Voluntarias 'rivadas (OVP) se han concentrados, certadamente, en prevenir la mortalidad infantil a través de intervenciones ıles como immunizaciones, Terapia de lehidratación Oral (TRO), nutrición y ıctancia, espaciamiento de nacimienos, y manejo de Infecciones Respiratoas Agudas (IRA). A pesar de que algunas)VP han desarrollado programas para ıejorar el cuidado prenatal de mujeres mbarazadas en poblaciones de interés, han capacitado parteras tradicionales, ı reducción de la mortalidad materna no a sido una prioridad en la mayoría de los royectos de las OVP. Una serie de ızones lo justifican:

La mortalidad materna ocurre mucho ıenos frecuentemente que la mortalidad infantil (en algunos países en vía de esarrollo el cociente de mortalidad ıaterna es de 5 defunciones por cada .000 nacimientos en comparación a ısas de mortalidad infantil de 100 muerıs en niños por cada 1.000 nacidos ivos.

En muchas culturas el embarazo no s visto como un período de riesgo y es or ello que el cuidado médico no es olicitado hasta el momento del parto.

La Agencia Internacional de Desaollo (AID) de los Estados Unidos no estaca la reducción de la mortalidad ıaterna como uno de los principales bjetivos de los proyectos de SI.

Sin embargo, los tiempos han camiado. Un número de factores se han umado recientemente y han colocado el uidado de la salud de la mujer y la morılidad materna al frente del reconoimiento de la salud pública internacional.

La Conferencia Internacional de Maternidad Resguardada" llevada a cabo n Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, esaltó el hecho de que 99% de las uertes maternas ocurren en países en las de desarrollo; que las mujeres en ichos países corren un riesgo de morir urante el embarazo o en el parto que uede llegar a ser cien veces mas alto ue el riesgo que corren las mujeres en aises desarrollados; que el riesgo de por vida de una mujer de morir en el embarazo o a causa de complicaciones derivadas del mismo alcanza el 1 por 20 en algunos países en vías de desarrollo.

La iniciativa "MaternidaResguardada", emergida de la Conferencia de Nairobi, desarrolló un anteproyecto para reducir la mortalidad materna en un 50% en 10 años con sólo modestos incrementos en el costo de la atención sanitaria.

La AID de los Estados Unidos, a través de "Mothercare" y otras iniciativas, ha comenzado a desempeñar un papel mucho mas activo en el cuidado de la salud de la mujer y en la prevención de muertes maternas.

Se ha registrado un incremento mundial en la acción social dirigida a mejorar la situación de la mujer, incluyendo la salud y las condiciones del parto.

Con la marcada disminución de las tasas de mortalidad infantil en los ochentas (para 1990 se estima que algunos países en vía de desarollo estarán alcanzando tasas de mortalidad infantil de 50-70 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), la intervención stándard de supervivencia infantil necesita incrementar sus esfuerzos en el área de la atención materna, a medida que la tasa de mortalidad infantil disminuye, el porcentaje de muertes infantiles que ocurre durante el período neonatal (los primeros 28 días de vida) aumenta. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas a la salud de la madre, incluyendo el toxoide tetánico, alimentación y suplemento de micronutrientes pueden beneficiar tanto a la madre como al recién nacido.

Para poder decidir sobre el posible papel que los proyectos de SI de las OVP tienen en la reducción de muertes maternas, es importante revisar las principales causas de mortalidad materna y las intervenciones que presentan balances favorables de costos y beneficios a fin de prevenir dichas muertes. La mayoría de las muertes maternas en países en vías de desarrollo son causadas por las "Cinco grandes condiciones". Estas son:

Hemorragias
Infecciones

31

Tabla I

Comparación de Costos y Beneficios de Programas Hipotéticos para Reducir la Mortalidad Materna

Programa/Estrategia	Costo por muerte materna prevenida
1. Entrenar y equipar personal en 5 centros asistenciales para llevar a cabo primeros auxilios en obstetricia (retiro manual de la placenta, inyección de drogas para contraer el útero, etc.), transporte de emergencia y equipamiento de 5 hospitales pequeños para realizar cesáreas y transfusiones de sangre.	
2. Entrenar y equipar personal en 10 centros asistenciales para llevar a cabo primeros auxilios en obstetricia.	$ 2,516
3. Prevención del 20% de los embarazos a través de la planificación familiar.	$ 2,536
4. Disponibilidad de transporte de emergencia en 10 centros asistenciales y atención del 5% de las mujeres embarazadas en hospitales urbanos.	$ 2,667
5. Atención del 100% de los partos, bajo supervisión, por parteras tradicionales entrenadas.	$ 8,203
6. Atención prenatal en el 100% de los embarazos.	$17,250
	$41,818

Fuente: Maine, Deborah y colaboradores. "Prevention of Maternal Deaths in Developing Countries. Program Options and Practical Considerations".

Toxemia (tensión alta gravídica)
Aborto
Ruptura uterina/placenta previa

Esta dos últimas condiciones, abortos y ruptura uterina/placenta previa, usualmente terminan causando la muerte ya sea a través de hemorragias o infecciones. Es por ello que esta clasificación presenta cierto grado de solapamiento.

Los proyectos de SI de las OVP que han incluído mujeres embarazadas, han limitado sus intervenciones al cuidado prenatal y a al adiestramiento de parteras tradicionales. Estas intervenciones por sí mismas no siempre tendrán un impacto en la mortalidad materna.

El adiestramiento de parteras tradicionales, a pesar de ser muy útil en la prevención del tétano neonatorum y en la educación de mujeres embarazadas, es improbable que reduzca la mortalidad materna de una manera significativa a menos que dichos auxiliares tengan la posibilidad de trasladar a las embarazadas con complicaciones a un centro asistencial adecuado y a tiempo (centro que disponga de un servicio de obstetricia, incluyendo cesáreas de emergencia y transfusión de sangre).

Deborah Maine y colaboradores, del Centro de Población y Salud Familiar de la Universidad de Columbia, han llevado a cabo un estudio de costo-beneficio comparando seis estrategias diferentes para reducir la mortalidad materna en una supuesta población de 1,000.000 de habitantes en un país pobre en vías de desarrollo. Basados en sus mejores apreciaciones sobre costos y beneficios de cada estrategia, ellos calcularon el costo de cada muerte evitada por cada estrategia. Mientras más bajo es el costo de prevenir una muerte materna, más favo-

able la razón costo-beneficio será. Cada na de las seis estrategias fué considrada como un programa aparte, de nanera que pueden considerarse muamente exclusivas (los resultados de ste análisis se encuentran en la Tabla I).

Tomando en cuenta las suposiciones e Maine y colaboradores, 3 de los 6 rogramas previenen muertas maternas más bajo costo que los 3 proyectos estantes. Las dos estrategias más postosas son la atención de todos los partos por parteras tradicionales entrenadas y bajo supervisión y el cuidado prenatal en la totalidad de las embaazadas.

Cuales son las implicaciones de estos esultados para los proyectos de SI de as OVP? Entre aquellas que puedan ser mportantes:

(1) En vez de concentrarse exclusivamente en el cuidado prenatal y entrenamiento de parteras tradicionales para educir la mortalidad materna, las OVP podrían considerar capacitar personal en centros asistenciales y hospitales en primeros auxilios en obstetricia.

(2) Plantear proposiciones novedosas a bajo costo para mejorar el transporte de mujeres embarazadas con complicaciones graves, tales como desarrollar un sistema sencillo de señalización para alertar autobuses y otros vehículos sobre la presencia de una emergencia.

(3) Mucho puede hacerse para mejorar la salud y el estado nutricional de niñas antes de alcanzar la edad reproductiva para que estén mejor preparadas para sobrevivir el embarazo y el parto. La prevención de anemia en niñas de 5 a 15 años desempeña un papel importante al especto.

(4) La planificación familiar y el espaciamiento de nacimientos deben constituir una alta prioridad para alcanzar la salud maternoinfantil.

(5) Al considerar intervenciones de SI, deben tenerse en cuenta el impacto que ellas tienen tanto en la madre como en el niño.

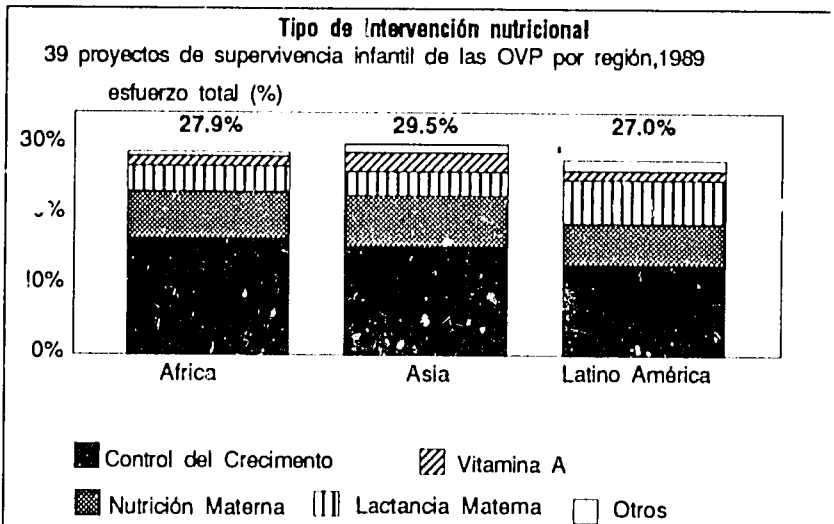
Informe por Steven Solter, M.D., M.P.H., Management Sciences for Health.

Relación entre el estado nutricional de la madre y el crecimiento del recién nacido en zonas rurales de la India.

El Plan Integrado de Servicios para el Desarrollo del Niño del Gobierno de la India en Gujarat y Maharashtra reciben ayuda alimentario "title 2" a través de CARE. A pesar de que el proyecto provee suplemento alimentario a mujeres lactantes y embarazadas, el alcance del mismo en este grupo de mujeres es bajo. Además, aquellos encargados de hacerlo efectivo ponen mayor énfasis en actividades destinadas a mejorar la supervivencia infantil y no a mejorar la nutrición materna. En noviembre de 1989 la Dra. Mary Ann Anderson, Asesora en Salud Pública de la Oficina de Salud de AID, informó acerca de una encuesta transversal (cross-sectional) realizada como parte del proyecto CARE en la India. El mismo investiga la relación entre suplementacion alimentaria de la madre y el crecimiento del recién nacido. En el estudio participaron 45 mujeres que durante el embarazo recibieron suplemento alimentario y 136 que no recibieron suplemento alguno. El suplemento consistió en maíz, leche de soya y aceite vegetal, el equivalente a 556 kilocalorias (Kcal) y 18.6 gramos de proteína diarios. Parte del grupo suplementado también recibió hierro y ácido fólico en tabletas.

Los investigadores resaltaron varios puntos de interés. Ellos encontraron una diferencia de 230 gramos en el peso de recién nacidos de madres que habían recibido suplemento nutricional comparados con niños nacidos de madres no suplementadas. El efecto de la suplementación en el peso de los recién nacidos fué mayor en niños cuyas madres recibieron tanto el suplemento alimentario como las tabletas, en comparación a niños con madres bajo suplemento alimentario unicamente.

De la misma manera, se observó un mayor aumento en el peso cuando el suplemento alimentario fue recibido durante el segundo y tercer trimestre de gestación en comparación a madres bajo suplementación sólo en el último tri-



mestre.

Es interesante notar que este estudio, a diferencia de otros, encontró que la suplementación alimentaria tiene un gran efecto en el peso del recién nacido. Una posible explicación podría ser un efecto umbral de la suplementación en relación al peso materno previo al embarazo. De acuerdo a esta explicación, el suplemento alimentario solamente tendrá un efecto en el peso del recién nacido de madres de bajo peso. El hecho de que todas las mujeres hindúes que participaron en este estudio mostraran bajo peso podría explicar el gran efecto observado. La mitad de las mujeres incluidas en el estudio pesaban menos de 40 kilos al inicio del embarazo, lo cual constituye un factor de riesgo claramente establecido para dar a luz niños de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos). A su vez, el bajo peso al nacer está asociado con un aumento en la morbilidad y mortalidad infantil.

Si la presencia de un "efecto umbral" es ratificada en futuros estudios en comunidades, ello respaldaría la utilización del peso materno para seleccionar al grupo de interés para la suplementación prenatal. La Dra. Anderson también señaló que para que un programa de suplementación alimentaria tenga efecto en las propias madres, la intervención tendría que llevarse a cabo cuando las mujeres no estén embarazadas o amamantando, ya que no se han observado aumentos en el peso de las mujeres en los programas alimentarios durante el embarazo.

Reportado por Fannie Fonseca Becker, M.P.H., R.D., Asesora.

Nota del editor:

El "efecto umbral" o el equivalente a dirigir las intervenciones a mujeres de muy bajo peso es un concepto muy importante para garantizar el mayor impacto de la suplementación alimenticia prenatal. El énfasis debería estar dirigido a suplementar nutricionalmente a aquellas mujeres con alto riesgo de dar a luz niños de bajo peso. Por lo tanto, las intervenciones podrían incluir a adolecenes, antes de que queden embarazadas.

ublicaciones en Nutrición

'strategias prometedoras de las OVP en romoción y control del crecimiento. Este forme presenta los resultados exitosos e las actividades que en promoción y ontrol del crecimiento han sido implenentadas en diferentes países como arte de 11 proyectos de las OVP y un 'oyecto de los Cuerpos de Paz. Las onclusiones presentadas han sido deriadas tanto por el personal de campo omo por el de la sede principal, así omo por expertos en diseño de proyecs y comunicación. Entre las estrateas descritas se encuentran: particiación activa de madres, organización e la participación comunitaria en el planeniento y ejecución de programas; visis domiciliares para informar y aconejar a las madres en cómo resolver 'oblemas nutricionales; e integración e las actividades de control del ecimiento en la Atención Primaria de alud y el desarrollo de la comunidad. El porte incluye resúmenes de 2 páginas ara cada caso al igual que lecciones rendidas e implicaciones para las OVP. ste reporte ha sido producido bajo la ordinación técnica de INU/LTS y finanado por la Oficina de Nutrición, AID, a avés de NCP/AED, 1255 23rd St. NW 'ashington, DC 20037 USA.

Protección, Promoción y Apoyo de la actancia Materna, WHO, Ginebra 1989. sta publicación conjunta de la Organición Mundial de la Salud y UNICEF ha do preparada para divulgar el papel tico que el sector público de salubridad ega en la promoción de la lactancia atema. El mismo está dirigido para el o de legisladores, directores, así como ra médicos, enfermeras y comadros. Centrada en la etapa del cuidado enatal, parto y cuidado perinatal, esta publicación delinea pasos prácticos a seguir, para aquellos interesados en proveer servicios de cuidado materno y de esta manera promocionar y facilitar la iniciación de la lactancia materna. Esta publicación puede obtenerse escribiendo a la siguiente dirección: WHO, Distribution and Sales Services, 1211 Geneva 27, Switzerland, o contactando las Oficinas Regionales de la Organización Mundial de la Salud. $4.80.

Acomodando su bebé en el pecho, LaLeche League, 1987. Esta guía describe paso a paso cómo colocar correctamente el bebé en el seno materno para asegurar una buena succión y la obtención de leche suficiente. Además, menciona cómo evitar la irritación de los pezones y dolor en el pecho materno. Esta guía también incluye posiciones alternativas para amamantar al niño. Su uso es recomendado en áreas urbanas y semi-urbanas. Boletín No 107, LaLeche League International, P.O. Box 1209, Flanklin Park, IL 60131-8209, USA. Ilustrado, 8 páginas. $0.50.

Manual de Alimentación de Recién Nacidos y Niños, por Margaret Cameron y Yngve Hofvander, 1983. Este manual ofrece información detallada en problemas nutricionales, requerimientos, y dietas apropiadas para niños en edad de destete. El capítulo en dietas complementarias a la leche materna realza la utilización de alimentos locales, pero también incluye recetas a base de alimentos donados. Este manual también presenta capítulos en control del crecimiento e identificación de niños desnutridos, tablas de composición de alimentos, y manejo de diarreas. Tercera edición, Oxford University Press, en inglés, 214 páginas, US. $9.95.

35

Proyectos de las OVP en supervivencia Infantil en Asia y el Pacifico Sur Clasificados por el Año en que Recibieron Fondos.

	Bangladesh	India	Indonesia	Nepal	Pakistan	Vanuatu
ADRA			87		87	
AKF					87	
CARE		87	85/88E			
FFH				87		
FPSP						89
HKI	85		85 86A			
PCI			85/88E			
ROTARY		87P				
SA	85				85	
SCF	85/88E		85/89E	87		
WRC	87					
WV	88					
Total	5	2	6	2	3	1

Nota: E = proyecto recibiò fondos para expandir sus actividades en el año anotado
A = proyecto recibiò fondos para programas de vitamina A
P = Programa "Polio-Plus"

Los años entre parentesis representan los proyectos completados en septiembre de 1989.
Los nombres de las OVP presentes en este reporte y que no aparecieron en la primera publicaciòn son los siquientes:
Aga Khan Foundation (AKF), Helen Keller International (HKI), Rotary Polio Plus Program (Rotary).

El reporte Tècnico 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-00-6186-00 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 siquiente direcciòn: Editores, Reporte Tècnico 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. Editoras invitadas para el Volùmen 1, publicación nº 2 fueron Fannie Fonseca-Becker, M.P.H., R.D., L.D., y Donglu Zeng, M.D., M.P.H.

El Reporte Tècnico es gratis para los integrantes de las oficinas rurales y centrales de las OVP. Para otras personas interesadas, el abono al Reporte Tècnico cuesta $6.25 por año o $1.40 por cada suplemento individual.