PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

July 1990

Vol. 1, No. 3

PVO strategies for sustainability 1
Cost/potential beneficiary/year 4
Village management teams 7
ESPERANZA/Bolivia: Child Survival 10

PVO Strategies for Sustainability

It is important to examine what is commonly implied by the term "sustainability" before discussing specific PVO strategies that promote the sustainability of Child Survival activities. The first question a PVO usually asks is, How long a period are we considering? For practical purposes, PVOs need to consider how best to continue successful interventions for at least five years after A.I.D. Child Survival project funding ends. There is no health- related basis for selecting five years; it is an administrative measure. Five years is the usual length of government health plans.

There are at least three working definitions of sustainability in current use. Sometimes the term "sustainable" is interpreted entirely in financial terms. Attention is given to assessing project costs per beneficiary, improving cost efficiency, and finding means to recover costs or generate income for health activities. The donor community, in particular, wants answers to the question of whether the PVO will obtain the necessary local (or national) financial support to continue specific services after donor funding terminates.

Another definition of sustainability, advanced primarily by the development community, refers to the contribution of skills and knowledge transfer to the ability of host organizations and communities to continue new approaches after the PVO project ends. This use of the term "sustainability" is very similar to the usual meaning of the term "institutionalization." The central issue is whether the host organization (or community) can sustain gains made by the project in improving the level of beneficial health services within the community. This will depend, in part, on the willingness of the host organization (or community) to continue and sustain what has been initiated. It will also depend on whether the essential skills and abilities exist to carry out the job. Hence, PVO projects may focus on improving training and management skills of local health staff.

A third definition addresses the lasting effect of project inputs on family health behaviors after project activities terminate. "Sustainability" refers to the desire and ability of the individual (usually the mother) to adopt and continue new health practices. (For example, after a project is terminated, mothers will still need to understand why children must be protected from measles.) PVO projects may focus on face-to-face communication to motivate and enable mothers and other family members to carry out the necessary child protective behaviors that will keep infectious disease, dehydration, and malnutrition under control after project funding ends. This definition places more emphasis on transferring skills in child protective behaviors directly to the household.

A review of Child Survival project activities shows that PVOs are addressing all three definitions of "sustainability": financial sustainability, skills

transfer (institutionalization), and sustainable behavioral change. PVOs have learned that sustainability must be explicitly included in project design. Talks with the community on sustainability issues should start at the beginning of a project. Child Survival programs must be locally acceptable and affordable. Collaboration with local government is essential. The strategies for implementing interventions should build on local resources. Project staff need to be in agreement about the importance of implementing sustainable activities. The mid-evaluation can be an opportunity to get input from others on how to improve chances for sustainability. To date, the attempt to achieve sustainability has been a process of trial and error. Some of the results so far are summarized here.

Financial Sustainability

PVOs are aware of the need for finding a predictable means of locally funding recurrent project activities. However, in the short three- to four-year time span of most projects, few PVOs have found time to study alternative financing mechanisms, unless these mechanisms were specifically part of the original Child Survival proposal. Only limited data are available on successful experiences using financing mechanisms for Child Survival activities. For example, a year after the MIHV/Uganda CS project closed, the collection of "fee-for-service" remained strong.

Even those projects that included income-generating activities in their proposal have had considerable difficulty in generating sufficient income early in project development. Africare's CSII project in Nigeria, for example, had mixed success in establishing a production unit capable of producing packaged processed foods for supplementing the diets of infants and pregnant women. Although the production unit has had high social impact, it did not operate at a profit during the first three years, nor provide the desired proceeds to fund health efforts.

Some PVOs track the strength of community financial contributions to project activities as an indicator of sustainability. Whether these contributions continue after the project ends is unclear.

Community Participation

Community participation is the most common strategy PVOs advocate to achieve sustainability. PVOs strongly believe that if community members participate in project decisions, the community will be better able to prioritize its health problems and, therefore, generate solutions without depending on PVOs or other outside organizations. The participation process enables the community to understand the costs and benefits of the project's activities, as well as to develop a sense of project "ownership" and confidence. This strategy emphasizes maximum self-reliance. PVOs will often choose to monitor the number of active community health committees, as an indicator of sustainability.

However, community participation has not been shown to be sufficiently effective by itself to sustain desired activities. Perhaps part of the problem lies in the nature of Child Survival beneficiaries. Although children under age 5 and mothers may comprise 60 percent of a community, these beneficiaries are the weakest source for obtaining resources to maintain health services.

MOH Collaboration and Institutionalization

The second most common strategy cited by PVOs to improve sustainability is through collaboration with the ministry of health. The aim is to improve service delivery and efficiency. The crucial activities to be included in this collaboration are training of government health services personnel, upgrading supervision and management potential, and developing effective health information systems. As a measure of sustainability, PVOs may elect to monitor the extent to which the MOH absorbs the costs and responsibility for all relevant project services.

Some PVOs with a history of hospital-based services tend to rely on their established institutions to provide sustainability, since they usually operate as part of the government's network of health services (as, for example, the hospital clinics supported by ADRA in Malawi.) Such Child Survival projects develop the determination and skills of existing curative-oriented health staff to deliver promotive and preventive services in outreach clinics and health posts. Some trained Child Survival workers may be absorbed by the government (as resulted at the end of the ADRA/Rwanda CSI project) or the PVO may train national staff to assume management of hospital outreach services (the direction taken by the Salvation Army in Bangladesh). Although this PVO strategy is appropriate for improving the supply of Child Survival services, it may fail to create community understanding or demand for those services. PVOs working from a hospital base must create a sustainable organizational structure for community outreach services. Otherwise, the long-term support for community-based preventive services is lost for these PVO projects.

Regardless of whether the PVO is working from a hospital or community base in collaboration with the MOH, PVOs have found that sustainability is more likely to occur when local management and supervision are included at the beginning. In addition, they have learned that the activity of phasing over project activities must be included as a critical step in the project work schedule.

Partnership with Local Non-Governmental Organizations (NGOs)

To date, only a few of the PVO Child Survival projects are working through local, indigenous organizations. It is premature to draw conclusions from the small sample of partnerships. It is only possible to cite the major strengths and weaknesses observed so far. The major drawback to these existing partnerships is that, with few exceptions, the local NGOs have little or no expertise with the more technical Child Survival interventions. Thus, training is often deficient, supervision weak, and the collection of basic health data omitted. Quality and effectiveness of Child Survival services are often greatly compromised under such conditions. On the other hand, the major strength of the local organizations is their ability to mobilize community members to support the project's activities.

Reference

Cunnane R., D. Storms, D. Smith, and P. Irwin. Sustainability: Reality check for PVO Child Survival. Presented at the American Public Health Association, 117th Annual Meeting, 1989.

Costs and Benefits of Implementing Child Survival Services at a Private Mining Company in Peru

A private mining company in Peru assessed the health status of its workers' children and found infant mortality levels of 120 deaths per 1,000 live births, 25 percent vaccination coverage, and 42 percent prevalence of respiratory infection and diarrhea. Many illnesses went untreated, and company physicians prescribed unnecessary and potentially dangerous medication. It was estimated that instituting appropriate prescription practices could save 60 percent of the current pharmaceutical expenditures.

As a result of the study, the company hired additional medical staff to provide preventive health services, including nutritional surveillance and growth monitoring. Vaccination coverage has now doubled. Prescription practices are gradually changing to avoid negative community reaction, clinic staff are recommending the use of oral rehydration salts rather than prescribing anti-diarrheals, and the excessive use of prescription antibiotics is declining. The program has been expanded to other mines and is estimated to have the potential for serving more than 5 percent of Peru's population at no cost to the public sector or foreign donors.

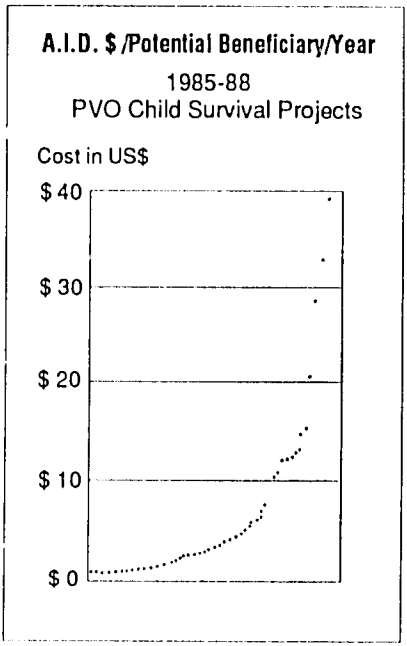
Reference

Foreit K., S. Baldizon and M. Winterhalter. Costs and benefits of implementing Child Survival services at a private mining company in Peru. Abstract in: American Public Health Association, 117th Annual Meeting, 1989:198. Editorial Note: For more information, contact Dr. Karen Foreit, c/o Population Council, 1 Dag Hammarskjöld Plaza, New York, NY 10017, U.S.A.

Study of Donor Costs per PVO Potential Project Beneficiary per Year

The amount of donor funding a PVO has available to spend on each potential Child Survival beneficiary directly influences how the PVO will design inputs and services. If the amount is much higher than the government's cost per beneficiary, the PVO is in danger of designing a program that cannot be sustained by the community, the Ministry of Health, or other NGOs. A review of PVO grant agreements and annual reports has provided information on the average donor costs for 68 of the 72 community-based PVO projects awarded funding by FVA/PVC in the first four cycles of Child Survival. (Documents were incomplete for four projects.) The analysis excluded the Rotary Polio Plus projects and vitamin A projects of HKI that operate at the national level.

The review found that 68 PVO projects have directed $31.3 million dollars of A.I.D. central funding toward the promotion and strengthening of Child Survival interventions for 5.3 million potential beneficiaries. In the past four years of the centrally funded PVO Child Survival program, A.I.D. spent an average of $5.87 per potential beneficiary per year — a small sum for surveys, project design, training, educational materials design, H.I.S. development, and evaluation. Yet, for some communities, this amount may not be locally affordable. Figure 1 shows the average cost/potential beneficiary/year for each of the 68 projects. It can be seen that for the majority of projects between 3 and 10 dollars is available to spend each year on services for each beneficiary. A few projects had so little money available to spend on each intended beneficiary that it is unclear how the projects



could achieve their objectives. On the other hand, a few projects received unreasonably high levels of donor funding which clearly could not be sustained.

The money that A.I.D. awards a project is based upon several factors. A PVO submits a budget request for a proposed country project; A.I.D. may request the PVO to amend the size of the budget or the scope of the proposal. Thus, the level of the project grant award reflects an agreement between the PVO and A.I.D. regarding what monies are reasonable to carry out the proposed activities within a certain time frame. When preparing the detailed implementation plan, PVO field staff may change the allocations within budget categories, or alter the activities to fit the local situation and local demands, but cannot change the overall level of the grant award.

"Potential beneficiaries" are those members of the population who will directly benefit if they are reached by the Child Survival interventions. In most cases, this includes children from birth to 60 months, plus the estimated number of live births in each succeeding year of the project, plus women of reproductive age, 15-49 years. However, if the project plans no interventions for women, such as tetanus immunization, or prenatal care, or family planning services, then the women, ages 15-49, will not be considered potential beneficiaries.

The A.I.D. cost/potential beneficiary/year for new PVO Child Survival projects was lower in funding cycles III and IV than in CSI. This suggests that PVOs and A.I.D. have become more conscious of sustainability issues. However, it seems more difficult to reduce cost per beneficiary for a project expansion than to design a lower-cost project from the start. CSI projects that received expansion funding in CSIV lowered their costs from approximately $10/potential beneficiary/year in CSI to $8 in CSIV. New CSIV grants averaged only about $3 per potential beneficiary per year. The review also showed that the larger the target population, the lower the donor cost/potential beneficiary/year. It is more efficient for PVOs to provide inputs to a larger beneficiary population than to a smaller one.

PVO field staff must keep in mind that if the project does not reach every "potential beneficiary," the actual cost of reaching any single beneficiary will rise. For example, the cost per completed immunization will be high in projects with many immunization defaulters. Project staff need to look at the cost per true beneficiary, the child or mother who actually received the Child Survival intervention. PVO field staff must also address the quality of the services the beneficiary receives. For

example, a beneficiary may be immunized, but the vaccine will not provide effective coverage if the cold chain is broken. Similarly, a child whose growth is faltering may be detected by growth monitoring, but unless there is effective counseling of the mother and a change in nutrition practice, the child will not benefit from the service.

Finally, it is important to note that PVO matching funds are not included in this analysis. PVOs match approximately 25 percent of the FVA/PVC grant award with private funds. In many projects the match funds are directed toward components, such as water and sanitation, or income generation, which indirectly influence children's health. In other cases the match funds are derived from anticipated donations from a ministry of health, which presumably could continue after A.I.D. funding ends. Future analysis of CSI and II total expenditures for completed CSI and II projects will provide data for further study of the level and nature of PVO matching monies.

Reference

Storms, D. Study of donor costs per PVO potential project beneficiary per year. Presented at the PVO/HQ Resource Workshop, Aliso Creek, CA. 1990.

Sustainability Research: The A.I.D. Honduras Experience

In 1986, A.I.D. funded a retrospective study by The University Research Corporation on the sustainability of U.S.-assisted health projects in Honduras since World War II. The projects were regarded as sustained if program benefits and services continued for five years after U.S. funding ceased. Sustained projects also included cases where other funding agencies took over the programs.

The study concludes that while a number of factors favor sustainability, none alone can assure it. Of the nine variables investigated, the five that most influence sustainability are 1) national commitment: the level of ministerial or governmental support for project goals and objectives; 2) project negotiation: the process by which the project was initiated and planned; 3) institutional organization: the degree to which projects are integrated in the existing infrastructure; 4) donor coordination: collaboration of various donors to achieve the most effective and efficient use of resources, and 5) perceived effectiveness: the degree to which a project is regarded as successful by the community and government. Of all the variables, national commitment was found to be the essential factor for sustainability.

The study found that four variables showed very little influence on sustainability: financing, community participation, technical assistance, and training. The five core variables (national commitment, project negotiation, institutional organization, donor coordination, and perceived effectiveness) relate directly to the amount of support and integration the project received at the national level, support that is critical to the national scope of A.I.D. projects. While variables enhancing sustainability of community-based PVO Child Survival projects may be different from those found in the larger, bilateral A.I.D. projects, important lessons can still be learned from the Honduran study.

Reference

Bossert, T. et al. Sustainability of U.S. supported health programs in Honduras. University Research Corporation, 1986.

Costing Workshop for Child Survival Project Managers, World Vision

The PVO, World Vision, recently held a costing workshop in April for its Child Survival project managers from Bangladesh, India, Pakistan, and Indonesia. Dr. William Reinke assisted World Vision headquarters and regional advisers in the weeklong workshop, held in Dhaka, Bangladesh. The expected outcome of the workshop was to enable World Vision Child Survival project managers to improve program quality by obtaining, analyzing, and implementing financial information in decision making. The workshop provided project managers with the skills to calculate annual recurrent costs of crucial program elements, as well as ways to determine cost per beneficiary for immunization interventions. A.I.D. has requested Dr. Reinke to refine the training module so that it might be used by other PVO Child Survival project managers.

Editorial Note: For more information on the costing workshop, please contact Dr. Kabir U. Ahmed, World Vision Bangladesh, P.O. Box 5024, Dhaka, Bangladesh.

Village Management Teams Promote More Effective Community Health Post Services by Data Monitoring

Project Concern International (PCI)/Indonesia has been working with the Department of Health and other development sectors in Southeast Sulawesi to strengthen Posyandu services throughout the province. The Posyandu is an integrated community health post that generally occurs at the villages once a month to provide preventive health care services, such as immunizations, family planning, oral rehydration therapy (ORT), growth monitoring, and nutrition counseling. The Posyandu services are for children under 5 years, and pregnant and lactating women. The PCI CSIV project has introduced a new approach to increase coverage and improve Posyandu activities, including the development of multi-sectoral village management teams to monitor Posyandu performance.

PCI's strategy for sustaining Child Survival activities is based upon collaboration with the Department of Health and other development institutions and phasing over of project management to these local institutions. PCI and the Department of Health have joined other development institutions to create and train multi-sectoral management teams to represent every government level from the province to the village. The project has maintained strong political support because the governor's wife is the head of the provincial management team and, therefore, an advocate of Child Survival activities. The governor issued a legal decree that establishes these management teams and requires mandatory periodic reporting. The management teams combine resources and work together to identify and solve implementation problems. More than 950 people have been trained to participate in the management teams, incorporated within four districts and 150 villages.

Limited supervision and support of village health workers (VHWs) have been a major problem for implementing the Posyandu program. VHWs are expected to motivate mothers and their children to attend the Posyandu and make home visits for malnourishment, diarrhea, and immunizations. The health center staff are unable to effectively supervise the VHWs in all the villages in the health center area because of transport problems and staffing.

To address the problem of poor supervision, PCI and the Department of Health developed a data-monitoring system at the village level. Village management teams — made up of the village head, village development committee members, and core VHWs — are trained by the health center staff and the sub-district management team to monitor and supervise Posyandu activities. Job descriptions of the village management team clearly define the activities and responsibilities of village health workers and traditional birth attendants. The system, used by village management teams, monitors the health staff's achievements. The VHWs and traditional birth attendants are accountable to the village teams instead of health center staff in completing tasks of home visits to high-risk families and motivating women and children to attend the Posyandu. In turn, the village teams must provide support and supervision to the village health workers.

The key to the supervisory program system is the simple and easy data-monitoring system that PCI and the Department of Health developed. Monthly, the sub-district management teams, along with the health center staff and village teams, track three indicators to oversee the Posyandu operation. The system determines 1) the number of children under five years attending the Posyandu each month; 2) the number of village health workers actively participating in the Posyandu each month; and 3) the number of planned Posyandus occurring each month (a village may have more than one Posyandu). Each village has a goal to meet each month. The data collected from these three indicators reflect the village team's performance in supporting the Posyandu operation. The data are analyzed monthly by both the sub-district and district management teams, who then identify villages requiring further assistance. Periodic supervisory visits from the sub-district teams provide feedback on performance and assist with problem solving to better allocate resources. During the first six months of the project, the data show a significant improvement in Posyandu attendance, health worker participation, and Posyandu implementation.

In summary, PCI/Indonesia has taken specific steps to sustain Child Survival activities within the province of Southeast Sulawesi. This approach emphasizes close collaboration with the Department of Health and other development sectors in planning and implementing the project, while incorporating plans to completely phase over the project management to local institutions. Development of a supervisory system at the village level identifies and solves the problems of implementation, including transport and staffing shortages. Village management teams track the performance of Posyandu activities. The monitoring system is an excellent tool for providing supervision, as well as analyzing the effectiveness of the Child Survival project. Therefore, policy makers understand the project's merits and continue to support the activities.

Reported by: Stephen Robinson, MD, MPH, PCI/Indonesia Country Director, and Robert Cunnane, MPH, former PCI/Indonesia Project Director.

Annual Report Review Finds Improvements in Quality but Weaknesses in Sustainability

The 1989 annual reports for CS projects begun in 1988 (CSIV) provide interesting examples of the difficulties faced by PVOs in designing self-financed, self-

managed project activities that can survive independently, without outside resources, even after A.I.D. funding is reduced or ended. These CSIV first annual reports show unmistakable improvements in overall program quality when compared to the CSII first annual reports reviewed in 1987. At the same time the reports reflect the challenges of building self-reliance into CS activities that are new to the community.

A summary of strengths and weaknesses follows:

- Budget information had the best response in the annual reports with 86 percent of the CSIV projects providing the information requested. All but two projects provided pipeline analyses. All projects mentioned budgetary revisions and reasons for them, a sharp improvement over 1987.
- Project design, averaging 74 percent response rate, was the second most improved area. All the PVOs showed some improvement in the clarity or measurability of their project objectives. Most respondents improved their work plans and population definitions. However, only a minority of PVOs directly addressed the specific comments of the DIP technical reviewers.
- Human resource development showed only moderate improvement over CSII. Some weaknesses were noted in staff hiring and community involvement. As in the past, too few PVOs document their technical assistance from local, regional, and international sources.
- Sustainability issues, although clearly emphasized in the annual report guidelines from A.I.D., get the least attention in PVO reports, averaging only 11 percent responsiveness - far lower than in 1987. It appears that the PVO projects are not addressing sustainability issues early in project design, despite the earlier lessons learned that sustainability must be addressed from the beginning.
- Health information system issues are receiving more emphasis at an early time (sharply improved from 20 to 34 percent since 1987). However, more improvement is needed to get well-functioning information systems operating within the first year.

At least one PVO provides a good example of how sustainability planning can begin—even in the first year of a CS project. World Vision in Bangladesh began planning the components of a self-sustaining program as soon as it began to design its CS project. Basing program design on population-based data (universal registration of project families, KAP surveys, computerized data analysis), WV/Bangladesh involved the beneficiaries closely in project planning and management. Working with ward and community leaders, neighborhood health committees, volunteer construction groups, various MOH departments, and eight other PVOs, the project sought to emphasize local ownership and control while ensuring managerial cooperation.

Procedural systems were set up with sustainability in mind. Written protocols for managerial assistance ensured understanding and continuity. Supervision followed specific checklists. Training curricula were developed and revised locally.

The project's information system helped project planners decide what did work, what was affordable, and what was to be added or eliminated during

midcourse and final program changes. The system showed progression toward sustainability and continually reminded staff that in time the community had to take full responsibility for the project.

Editorial Note: Please contact John McEnaney, Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Room 103 SA-2, 515 22nd Street, Washington, DC 20037, for more information on this report by Nick Danforth.

ESPERANZA/Bolivia: The Chaco Project

Thanks to grants from USAID, PACT, and other donors, ESPERANZA/ Bolivia has developed a community-based presence in a region largely overlooked by other international aid agencies. The agency is closely linked on a national, regional, and local level with the ministry of health (MOH), particularly in the department of Tarija. From a national headquarters in Villa Montes, a small town of 8,000 in Gran Chaco Province, and regional offices in the cities of Yacuiba and Santa Cruz, ESPERANZA/ Bolivia has worked to improve the coverage and reach of priority ministry programs, while also promoting a self-help ethic among the individual ranching families and villagers in the territory.

The project's work area includes some 176 square kilometers and a low-density population of 60,000 people. Some families live as far as five kilometers away from their nearest neighbor. The local infant mortality rate has been estimated at 160 per 1,000, higher than the official national infant mortality rate.

The primary project focus is training in order to develop health resources for a region largely bereft of substantial MOH presence or facilities. ESPERANZA has made a substantial commitment over several years to ensure ongoing follow-up and sustainability through close partnership with the Unidades Sanitarias (public health bureaus) of the MOH in three departments, as well as with its counterpart, the local Bolivian nonprofit, private development organization, FUNDESIB (la Fundacion para el Desarrollo Integral de Bolivia).

The heart of the project remains the establishment and deepening of the relationship with local communities in order to create a referral system of trained community health workers. A network of nurse auxiliaries is trained and drafted into an MOH supervisory system for community health outreach. This network is linked to two district base hospitals in Villa Montes and Yacuiba. The nurse auxiliaries, who are selected and supported by their communities, are trained and return to their communities to work with MOH staff in training a support network of community health volunteers *(responsables populares de salud)*. Together they assist with mobilizations and consciousness-raising activities, as well as health education.

From 1983 to 1989, the project focused on the following:

- *Community Development* - Program monitors, acting as community promoters, helped to strengthen grass-roots organizations such as mothers clubs, village health committees, local PTAs, and others. Program monitors were assisted by Bolivian NGO partner FUNDESIB, an organization that focuses on agro-extension and new approaches to community education.
- *Human Resource Training* - Between August 1987 and February 1989, two courses for rural nurse training were carried out in Villa Montes, in coordination with the MOH National Office of Human Resources and the Cochabamba National Technical School of Public Health. Thirty-three rural nurses were trained to work in their local health districts. The nurses received compensation from their communities, which selected them to participate in the training. The Child Survival project has assisted with in-service training and supervision of rural nurses. In a joint effort with the local health districts, the team supports the continuing education programs for rural nurses. The program monitors act as trainers and facilitators for most training activities.
- *Infrastructure Improvement* - The participating communities jointly shared with the project the responsibility for infrastructure improvement and supplies for the modest health posts. ESPERANZA/Bolivia donated to each of the 24 health posts a complete stock of basic medical instruments and supplies. In addition, the posts in the villages of Ivo, Tiguipa Estacion, Caigua, and Carandayti were improved with matching contributions by communities and other institutions. ESPERANZA/Bolivia has assisted in the construction of five health posts in Chimeo, Puesto Garcia, Tiguipa Pueblo, Nancaroinza, and Camatindi, as well as the re-facing and enlarging of six posts.
- *Additional Inputs* - ESPERANZA/Bolivia has worked to support the regional and district hospitals of the MOH and to extend priority coverage to the more isolated, rural parts of Gran Chaco Province. ESPERANZA has provided ongoing technical, financial, logistic, and material support to immunization campaigns, oral health efforts, malaria spraying, and other MOH health campaigns and mobilizations.
- *Ongoing Work (1990-1993)* - The ESPERANZA/Bolivia CSII project received a CSV grant from FVA/PVC for a four-year expansion project. The central focus of the new CSV grant is to establish a primary health care network in the Chaco. Building on the previous experience of rural nurse training, this new project is concentrating on training

the community health workers (CHWs) or health promoters to serve as nurses. Over the four- year period, it is expected that the project will train 450 health promoters, of whom 180 will be rural and 270 will represent the urban areas of Yacuiba and Villa Montes. Between July and December 1989, a total of 60 health promoters, for the rural Villa Montes sector, were trained in 150 hours of practical and participatory classes. In addition to coordination with the MOH base hospital, the Federation of Cattlemen also provided valuable assistance.

Reported by: Alonso Wind, Bolivia Project Director of ESPERANZA CSII Project.

PVO Child Survival Begins to Address Malaria

Recognizing the resurgence of malaria, particularly in Africa, and its severe consequences to maternal and infant health, A.I.D. issued guidelines permitting CSVI PVO Child Survival projects to include limited malaria control activities. PVOs submitted a total of 32 CSVI project proposals;12 (37.5 percent) contained malaria interventions. The proposed budget allocations for malaria interventions ranged from 1 percent to 24 percent (mean = 11.3 percent).

Since malaria control represents a new area for most PVOs, it is not surprising that there were omissions in the design of the malaria interventions. PVOs working on detailed implementation plans can benefit by addressing the following problems in project design:

- Epidemiology of malaria: Use a clear definition of incidence versus prevalence; discriminate between hospital-based and community-based data; focus on the community-based collection of morbidity data; and determine geographic and seasonal variation of the disease.
- Comprehensive strategy: PVOs should address community prevention and vector control strategies as well as treatment and prophylaxis for individuals.
- Chloroquine treatment risks: Chloroquine treatment has risks, including development of chloroquine resistance, noncompliance, and inappropriate dosing at the village level. Project staff need to address how they will handle these problems.

Editorial Note: Information about the newly funded CSVI projects will be in the next issue of the PVO Child Survival Technical Report.

The Technical Report is prepared and distributed quarterly by the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University, Bal[illegible] under Cooperative Agreement #PDC-0526-A-00-6186-00 with the Office of Pri[illegible] and Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. The editors welcome correspondence from PVO field staff working in Child Survival. Address correspondence to the PVO Child Survival Technical Report, Institute for International Programs, Johns Hopkins University, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. Guest editors for Volume 1, No.3 issue are Robert Cunnane, M.P.H. and Denis M. Holdenried, M.D., M.P.H.

The Technical Report is provided free of charge to PVO Child Survival field and headquarters staff and USAID Health and Child Survival personnel and contractors. For other individuals or groups, the subscription cost is U.S. $6.25/year or $1.40/issue.

ONG Survie de l'Enfant

Rapport Technique

Juillet 1990
Vol. 1, No. 2

Continuité des programmes 1
Coûts des projets par bénéficiaire 4
Des équipes de gestion villageoises 7
ESPERANZA/Bolivie 10

Stratégies pour assurer la continuité des programmes

Il est important d'examiner ce que l'on entend généralement par "continuité" avant de discuter les stratégies qui s'offrent aux ONG1* pour promouvoir le maintien des activités Survie de l'Enfant (SE). La première question qui se pose à une ONG est celle de la durée des activités. En règle générale l'ONG doit envisager de quelle manière son intervention pourra être poursuivie durant au moins cinq ans après que le financement du projet SE par l'A.I.D. (Agency for International Development) ait pris fin. Le choix d'une durée de cinq ans ne repose sur aucun fondement scientifique; ce nombre est choisi pour des raisons pratiques, les gouvernements établissant habituellement des plans quinquennaux.

La "continuité" d'un programme présente actuellement au moins trois aspects. Ce terme est parfois considéré sous un angle strictement financier. L'accent est alors mis sur le calcul du coût du projet par bénéficiaire, l'amélioration du rapport efficacité/coût et la recherche de moyens pour couvrir les dépenses ou créer des revenus destinés aux activités de santé. Les organisations donatrices en particulier veulent savoir si l'ONG obtiendra le soutien financier local (ou national) pour continuer les activités après que leur financement soit terminé.

Un autre aspect de la continuité, considéré avant tout par les bénéficiaires du programme, concerne les compétences et connaissances qui ont été transmises pour poursuivre de nouvelles approches après que le projet de l'ONG soit terminé. A cet égard le terme "continuité" devient semblable à celui de "institutionnalisation". La question essentielle est celle du maintien des progrès obtenus durant le projet en matière d'amélioration des services de santé. Ce maintien dépendra en partie de la volonté de l'organisation ou de la communauté hôte de poursuivre ce qui a été commencé, et également des compétences et connaissances qui sont à disposition. C'est pourquoi certains projets d'ONG visent à améliorer les aptitudes de gestion et de formation du personnel sanitaire local.

Un troisième aspect fait référence aux effets sur les comportements liés à la santé après que les activités du projet soient terminées. La continuité concerne alors la volonté et la capacité d'un individu (habituellement la mère) à adopter et pratiquer de nouvelles habitudes de santé. Par exemple, même après qu'un projet soit arrivé à terme, les femmes en période reproductive devraient toujours comprendre les raisons pour lesquelles il faut protéger les enfants contre la rougeole et elles devraient continuer à faire vacciner leurs enfants. Certains projets d'ONG mettent l'accent sur la communication en face à face pour motiver les mères et les autres membres de la famille et leur permettre d'adopter des comportements qui protègent la santé de leurs enfants. De cette manière les maladies infectieuses, la déshydratation et la malnutrition peuvent être maintenues sous contrôle même après la fin du projet. Cet

1 * *Bien que le terme français ne corresponde pas exactement à celui de l'anglais, ONG (Organisation Non Gouvernementale) a été choisi pour traduire le sigle anglais PVO (Private Voluntary Organization).*

aspect souligne avant tout le transfert dans les ménages de compétences en matière de comportement protégeant l'enfant.

Une revue des activités des projets SE montre que les ONG sont concernées par les trois aspects de la continuité: financement, transfert de compétences (institutionnalisation) et changement de comportement. L'expérience des ONG est que le maintien à long terme est un élément qui doit explicitement faire partie du plan d'un projet. Des discussions sur ce thème doivent être conduites avec la communauté dès le début du projet. Les programmes SE doivent être localement acceptables et financièrement abordables. Une collaboration avec le gouvernement local est indispensable. Les stratégies de mise en oeuvre des interventions doivent être adaptées aux ressources locales. Le personnel du projet doit se mettre d'accord quant à l'importance de mettre en oeuvre des activités qui puissent être maintenues à long terme. L'évaluation intermédiaire est une bonne occasion d'obtenir des suggestions quant à la manière d'augmenter les chances de maintien à long terme. Jusqu'à présent les tentatives pour assurer une continuité ont été un procédé par tâtonnements. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont résumés ci-dessous.

Continuité financière

Les ONG se rendent bien compte du besoin de trouver des moyens permettant d'assurer le financement des activités courantes du projet. Néanmoins, durant les brèves trois à quatre années que durent la plupart des projets, peu d'ONG ont trouvé le temps d'examiner des mécanismes de financement alternatifs, sauf si cela était spécifiquement mentionné dans le plan original. Il y a peu de données à disposition quant à des expériences positives de financement alternatif d'activités SE. Par exemple, une année après que le projet SE MiVH/Uganda ait pris fin, de nombreux services étaient encore fournis contre honoraires.

Même les projets qui avaient dès le départ inclu des activités fournissant des revenus ont eu des difficultés considérables à produire des revenus suffisants au cours de la phase initial du projet. Dans le projet SE II Africare au Nigéria par exemple, l'établissement d'une unité de production de nourriture pour la supplémentation des enfants et des mères enceintes connaît un succès mitigé. Bien que l'unité de production ait eu un impact social considérable, elle n'a rapporté aucun bénéfice durant les trois premières années et n'a fourni aucun argent pour financer les activités de santé. Certaines ONG considèrent que les contributions financières qui proviennent directement de la communauté et qui servent aux activités du projet sont un indicateur de la continuité. Cependant, il n'est pas certain que ces contributions vont continuer après que le projet ait pris fin.

Participation communautaire

La participation communautaire est la stratégie que les ONG préconise généralement pour assurer la continuité. Les ONG croient fermement que si les membres de la communauté participent aux décisions relatives au projet, la communauté sera mieux en mesure d'établir l'ordre de priorité de ses problèmes de santé, et par conséquent de trouver des solutions sans dépendre de l'ONG elle- même ou d'autres organisations extérieures. La participation active permet à la communauté de comprendre les coûts et bénéfices des activités liées au projet et de développer le sentiment de devenir "propriétaire" du projet. Cette stratégie promouvoit la plus grande indépendance possible. Les ONG considèrent souvent que le nombre de comités de santé qui sont actifs dans la communauté est un bon indicateur de continuité.

Il n'est cependant pas démontré que la participation communautaire soit en elle-même une condition suffisante pour assurer le maintien à long terme des ac-

tivités SE. Le problème provient en partie de la nature des bénéficiaires. Bien que les mères et enfants âgés de moins de cinq ans constitue jusqu'à 60% des membres de la communauté, ces bénéficiaires ont un pouvoir très limité pour obtenir les ressources nécessaires au maintien des services de santé.

Collaboration avec le Ministère de la Santé et institutionnalisation

La collaboration avec le Ministère de la Santé (MS) est la stratégie qui vient au deuxième rang de celles qui sont le plus souvent mentionnées par les ONG. Son but est d'améliorer la fourniture et l'efficacité des services. Les activités essentielles sont la formation du personnel des services de santé gouvernementaux, l'amélioration de la supervision et de la gestion ainsi que le développement de systèmes d'information sanitaires efficaces. Comme indicateur de continuité, les ONG ont la possibilité de choisir le degré auquel MS participe aux coûts et à la responsabilité des services offerts par le projet.

Certaines ONG qui ont une tradition de services à base hospitalière tendent à se fier aux institutions qu'elles ont elle-mêmes établies pour assurer la continuité. Cela provient du fait qu'elles font habituellement partie du système de santé du gouvernement (comme par exemple les cliniques soutenues par ADRA au Malawi). Ces projets SE visent à réorienter les aptitudes du personnel sanitaire de la médecine curative vers des activités de prévention et promotion de la santé dans les cliniques et postes sanitaires. Il est alors possible que certains agents de santé SE soient engagés par le gouvernement (comme ce fut le cas à la fin du projet ADRA/Rwanda SE I), ou bien l'ONG forme du personnel national pour assurer la gestion de services extra-hospitaliers (une voie que suit l'Armée du Salut au Bangladesh). Bien que cette stratégie soit utile pour améliorer la fourniture de services SE, il se peut qu'elle ne parvienne pas à développer une compréhension ou une demande communautaire de ces services. Les ONG qui travaillent sur une base hospitalière doivent mettre sur pied une structure organisationnelle permettant de fournir des services communautaires. Sans cela le maintien à long terme de services de prévention à base communautaire est fortement compromis.

Qu'elles travaillent en collaboration avec le MS à partir d'une base hospitalière ou communautaire, les ONG ont fait l'expérience que la continuité est mieux assurée lorsqu'une gestion et supervision locales sont en place dès le départ. En outre, l'expérience montre qu'un élément important du plan d'un projet est la planification de la poursuite des activité du projet une fois que ce dernier a pris fin.

Collaboration avec des ONG locales

A ce jour seul un petit nombre d'ONG SE ont un projet fonctionnant au travers d'organisations autochtones. Il serait prématuré de tirer des conclusions à partir d'un si petit échantillon. On ne peut que mentionner les principaux avantages et inconvénients observés jusqu'à maintenant. L'inconvénient majeur d'une telle collaboration est qu'en règle générale les ONG locales ont peu ou aucune compétence en matière d'intervention SE. Par conséquent la formation est mauvaise, la supervision est faible et la récolte de données sanitaires de base n'est pas effectuées. Dans ces conditions la qualité et l'efficacité des services SE sont fortement compromises. En revanche l'avantage majeur des organisations locales est leur capacité de mobiliser les membres de la communauté pour soutenir les activités du projets.

Référence

Cunnane R., D. Storms, D. Smith, and P. Irwin. Sustainability: Reality check for PVO Child Survival. Presented at the American Public Health Association, 117th Annual Meeting, 1989.

15

Coûts et bénéfices de la mise en oeuvre de services Survie de l'Enfant dans une compagnie minière privée du Pérou.

Une compagnie minière privée a procédé à l'évaluation de l'état de santé des enfants de ses ouvriers. Elle a trouvé une mortalité infantile de 120 décès par 1000 naissances vivantes, une couverture vaccinale de 25% et une prévalence d'infections respiratoires et diarrhées s'élevant à 42%. Beaucoup de maladies n'étaient pas traitées et les médecins de l'entreprise prescrivaient des médicaments inutiles et potentiellement dangereux. Il a été estimé qu'une prescription adéquate permettrait d'économiser 60% des dépenses pharmaceutiques courantes.

Suite à cette étude l'entreprise a engagé du personnel médical supplémentaire afin de fournir des services préventifs comprenant la surveillance de la nutrition et de la croissance. La couverture vaccinale a doublé. Les habitudes de prescription ont été modifiées progressivement afin d'éviter des réactions négatives de la part de la communauté; les sels de réhydratation orale ont été ajoutés à l'arsenal thérapeutique et la prescription d'antibiotiques a diminué. L'élargissement du programme à d'autres mines a commencé; potentiellement, ce programme peut servir plus de 5% de la population péruvienne sans qu'il n'en coûte un sou au secteur public ou à des donateurs étrangers.

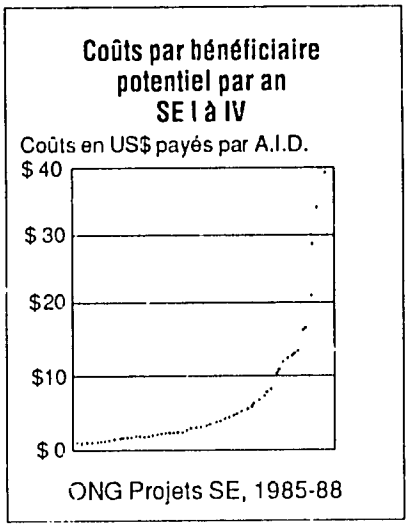
Référence

Foreit K., S. Baldizon, and M. Winterhalter. Costs and benefits of implementing Child Survival services at a private mining company in Peru. Abstract in: American Public Health Association, 117th Annual Meeting, 1989:198. Note de la rédaction: *pour de plus ample information, prière de se mettre en rapport avec le Dr Karen Foreit, c/o Population Council, 1 Dag Hammarskjöld Plaza, New York, NY 10017, U.S.A.*

Etude des sommes fournies par les donateurs allant à chaque bénéficiaire d'un projet ONG Survie de l'Enfant.

Le montant qui provient des fonds mis à disposition par les organisations donatrices et que l'ONG va dépenser pour chacun des bénéficiaires potentiels de projet SE va influencer la conduite des opérations et la fourniture des services. Si ce montant est beaucoup plus élevé que celui dépensé par le gouvernement pour chaque bénéficiaire, l'ONG risque d'élaborer un programme qui ne puisse pas être soutenu par la communauté, le Ministère de la Santé ou d'autres ONG. Des informations quant au montant moyen dépensé par les organisations donatrices sont fournies par les accords de financement et les rapports annuels de 68 des 72 projets d'ONG financés par FVA/PVC (les rapports de quatre projets sont incomplets) au cours des quatre premières phases SE. Les projets Rotary Polio Plus et les projets Vitamine A de HKI qui sont établis à l'échelon national ont été exclus de cette analyse.

Au travers de ces 68 projets d'ONG 31.3 millions de US dollars provenant de l'A.I.D. ont servi à la promotion et au renforcement d'interventions SE destinées à 5.3 millions de bénéficiaires potentiels. Pour l'A.I.D. cela représente un coût de 5.87 US dollars par an et par bénéficiaire potentiel, une somme peu élevée en comparaison de toutes les activités menées: enquête, élaboration de projet, formation, préparation matériel éducatif, système d'information sanitaire, développement et évaluation. Il n'empêche, pour certaines communautés ce coût peut être difficile à supporter. L'illustration 1 montre le coût moyen par bénéficiaire potentiel et par année de chacun des 68 projets. On peut voir que dans la plupart des projets entre trois et dix dollars sont dépensés chaque année pour les services fournis à chaque bénéficiaire. Quelques projets ont eu si peu



d'argent à disposition qu'il est difficile d'imaginer comment ils ont pu atteindre leurs objectifs. A l'autre extrême certains projets ont bénéficié d'un financement excessivement élevé qui n'a manifestement pas pu être maintenu.

La somme qui est octroyée par l'A.I.D. à un projet résulte de différents facteurs. Une ONG soumet un budget pour un projet envisagé dans le pays; il se peut que l'A.I.D. demande que le budget ou l'envergure du projet soit modifiée. Ainsi, le montant des fonds accordés par l'A.I.D. reflète l'accord entre cette dernière et l'ONG quant à la somme d'argent que l'un et l'autre considèrent comme adéquate afin de mener à bien les activités prévues pour une durée déterminée. Lors de l'élaboration du plan détaillé de la mise en oeuvre, le personnel de terrain de l'ONG peut changer la répartition au sein des catégories budgétaires ou modifier des activités pour s'adapter à la situation ou à la demande locale. Néanmoins le financement global ne peut être modifié.

Les "bénéficiaires potentiels" sont les membres de la communauté qui tirent un profit direct des interventions SE, dans la mesure où ils sont atteints par celles-ci. Dans la plupart des cas, ce sont les enfants âgés de 0 à 5 ans, plus les naissances vivantes au cours de chacune des années de fonctionnement du projet, plus les femmes de 15 à 45 ans (années reproductives). Cependant, si aucune intervention destinée aux femmes n'est prévue dans le cadre du projet (par exemple vaccination antitétanique, soins prénataux ou planning familial), les femmes de 15 à 45 ans ne sont pas considérées comme bénéficiaires potentielles. En ce qui concerne l'A.I.D., le coût par bénéficiaire potentiel et par année des nouveaux projets SE est plus bas pour les phases III et IV que pour la phase I. Ceci suggère que les ONG et l'A.I.D. sont devenus plus conscients des problèmes de continuité. Cependant il semble plus difficile de réduire le coût par bénéficiaire lors de l'agrandissement d'un projet que d'élaborer à partir de zéro un projet à bas coût. Les projets SE I dont le financement a été prolongé au cours de la phase IV ont vu leur coût passer d'environ 10 US dollars durant la phase I à 8 US dollars par bénéficiaire et par an durant la phase IV. En revanche, les fonds nouvellement accordés en phase IV ne représentent qu'environ 3 US dollars par bénéficiaire et par an. On observe également que plus la population cible est grande, plus le coût par bénéficiaire et par an est bas. Pour les ONG il est donc plus efficace d'investir dans une grande population de bénéficiaires.

Le personnel de terrain des ONG doit garder à l'esprit que ces chiffres ne constituent qu'une analyse grossière des dépenses par bénéficiaire et par année. Si en réalité le projet n'atteint pas chacun(e) des bénéficiaires potentiel(le)s, le coût réel sera bien entendu plus élevé. Par exemple le coût par individu vacciné sera élevé dans les projets où beaucoup de gens ne se conforment pas aux directives. Il faut que le personnel du projet prenne en considération le coût par bénéficiaire réel, c'est à dire la mère ou l'enfant qui bénéficie effectivement de l'intervention Survie de l'Enfant. En outre,

il est important de tenir compte de la qualité des soins que le/la bénéficiaire reçoit. Par exemple, un(e) bénéficiaire peut être vacciné(e), mais si la chaîne du froid a été rompue il est fort probable que le vaccin ne produira pas une immunité suffisante. De façon analogue, un enfant qui ne grandit pas bien peut être dépisté par un système de surveillance de la croissance, mais si la mère ne reçoit pas de conseils diététique et ne change pas les habitudes alimentaires, l'enfant ne profitera pas de ces services. Finalement, il est important de noter que dans les chiffres indiqués ci-dessus il n'est pas tenu compte de l'argent récolté par les ONG elles-mêmes. Grâce à des fonds privés dont le montant total équivaut à environ 25% de l'argent fourni par FVA/PVC, les ONG contribuent elles-même de manière directe aux projets. Dans beaucoup de projets ces fonds sont consacrés à des activités qui influencent directement la santé des enfants, comme par exemple l'assainissement, l'eau ou la génération de revenus. Dans d'autres cas ils proviennent de donations faites par les ministères de la santé, qui devraient en principe être poursuivies même après que le financement de l'A.I.D. ait cessé. Une analyse de toutes les dépenses liées aux phases SE I et SE II fournira des données sur les fonds que les ONG obtiennent elles-même de sources privées.

Référence

Storms D. Study of donor costs per PVO potential project beneficiary per year. To be presented at the American Public Health Association, 118th Annual Meeting, 1990.

Recherche en matière de continuité: l'expérience d'A.I.D. au Honduras.

En 1986, l'A.I.D. (Agency for International Development) a financé une étude rétrospective sur la continuité des projets sanitaires du Honduras qui ont bénéficié de l'assistance des Etats-Unis depuis la deuxième guerre mondiale. Cette étude a été menée par University Research Corporation. Les projets ont été considérés comme maintenus si les services du projet initial étaient encore fournis cinq ans après que le financement américain ait cessé, même si les fonds provenaient d'autres institutions qui avaient entre temps pris le relais.

L'étude conclut que certains facteurs ont un effet favorable sur la continuité, mais qu'aucun ne peut en lui-même la garantir. Des neufs variables analysées, les cinq qui jouent un rôle central dans le maintien d'un projet sont: (1) engagement à l'échelon national: le niveau de soutien gouvernemental ou ministériel en faveur des buts et objectifs du projet; (2) négociation du projet: le processus par lequel le projet a été démarré et planifié; (3) organisation institutionnelle: le degré auquel le projet est intégré dans les structures existantes; (4) coordination des donateurs: la collaboration des divers donateurs pour une utilisation efficace et optimale des ressources; (5) efficacité perçue: le degré de réussite du projet tel qu'il est perçue par la communauté et le gouvernement. De toutes les variables, l'engagement national est celle qui est la plus importante pour assurer le maintien.

L'étude montre que quatre variables ont peu d'influence sur la continuité: le financement, la participation communautaire, l'assistance technique et la formation. Les cinq variables qui jouent un rôle central (engagement à l'échelon national, négociation du projet, organisation institutionnelle, coordination des donateurs et efficacité perçue) sont directement liées au degré de soutien et d'intégration que les projets ont reçu au niveau national. Les variables associées à l'amélioration de la capacité de maintien des projets des ONG SE peuvent être quelque peu différentes dans d'autres grands projets de l'A.I.D. Néanmoins certaines leçons peuvent être tirées de cette étude hondurienne.

Référence
Bossert T. et al. Sustainability of U.S. supported health programs in Honduras. University Research Corporation, 1986.

Exercice de calcul des coûts pour les chefs de projets World Vision.

Un exercice d'estimation des coûts a eu lieu en avril dernier à Dacca, Bangladesh. Il était destiné aux chefs de projet World Vision SE du Bangladesh, de l'Inde, du Pakistan et de l'Indonésie. Le Dr William Reinke a prêté son aide technique à cet exercice d'une semaine qui a lieu en collaboration avec le bureau de World Vision et des conseillers régionaux. Le but de l'exercice était de rendre les participants capables d'obtenir, d'analyser et d'utiliser les renseignements financiers pour prendre des décisions permettant d'améliorer la qualité des programmes. Cet atelier donna aux directeurs de projet la formation nécessaire pour calculer les frais généraux annuels des programmes ainsi que le coût par bénéficiaire des campagnes de vaccination. L'A.I.D. a demandé au Dr Reinke de peaufiner ce module de formation pour qu'il puisse être utilisé par d'autres directeurs de projet SE.

Note de la rédaction: Pour plus d'informations sur cet atelier prière de prendre contact avec le Dr Kabir U. Ahmed, World Vision Bangladesh, P.O. Box 5024, Dacca, Bangladesh.

Des équipes de gestion villageoises améliorent l'efficacité des services fournies par les postes sanitaires grâce à une surveillance des données

L'organisation PCI (Project Concern International)/Indonésie a travaillé en collaboration avec le département de la santé et d'autres secteurs de développement du Southeast Sulawesi pour renforcer les services Posyandu dans toute la province. Le Posyandu est un poste de santé communautaire intégré qui est généralement en activité une fois par mois dans le village et qui fournit des services préventifs tels que vaccinations, planning familial, thérapie de réhydratation orale, surveillance de la croissance et conseil diététique. Le Posyandu vise les enfants au-dessous de cinq ans ainsi que les femmes enceintes ou allaitantes. Le projet PCI SE IV a introduit une nouvelle approche pour augmenter la couverture et améliorer les activités du Posyandu. Cette approche comprend la création d'équipes de gestion villageoises multi-sectorielles pour contrôler la qualité du Posyandu.

La stratégie de PCI pour le maintien des activités SE est de collaborer avec le Ministère de la Santé et d'autres institutions de développement, et de remettre la gestion et la mise en oeuvre du project aux mains des institutions locales. PCI et le département de la santé se sont associés à d'autres institutions de développement pour créer et former des équipes de gestion multisectorielle à chaque échelon allant du gouvernement provincial jusqu'au village. Le projet jouit d'un très fort soutien politique parce que la femme du gouverneur est chef de l'équipe de gestion provinciale, et par conséquent elle défend les activités SE. Le gouverneur a promulgué un décret établissant ces équipes de gestion et exigeant des rapports périodiques obligatoires. Plus de 950 personnes ont été formées pour participer aux équipes de gestion, qui sont en place dans quatre préfectures et 150 villages. Un des problème de la mise en oeuvre du programme Posyandu est la supervision et le soutien des agents de santé villageois (ASV). Ceux-ci ont pour tâche de motiver les mères et leurs enfants à participer au Posyandu, de faire des visites à domicile pour soigner les enfants souffrant de dénutrition ou de diarrhée et de faire des visites aux familles qui ont besoin d'être vaccinées. Le personnel des centres de santé n'est pas en mesure de superviser les ASV comme il le faudrait en raison de problèmes de transport et de pénurie de personnel pour couvrir tous

les ASV de la région. Pour surmonter le problèmes de la supervision et du soutien insuffisants des ASV, PCI et le département de la santé ont créé un système de supervision et surveillance des données au niveau du village. Des équipes de gestion villageoises (composées du chef de village, des membres du comité de developpement du village et du noyau des ASV) ont été formées à la surveillance et supervision des activités Posyandu par le personnel des centres de santé et l'équipe de gestion de la sous-préfecture. Le cahier des charges de l'équipe de gestion villageoise, des ASV et des accoucheuses traditionnelles a été clairement défini au cours de la formation des équipes responsables au niveau du village, et le système qui a été créé permet à l'équipe de gestion villageoise de contrôler les performances de l'équipe de santé. Au lieu du personnel de centre de santé, ce sont les ASV et les accoucheuses traditionnelles qui sont responsables de rendre visite aux familles à haut risque et de motiver femmes et enfants à participer au Posyandu. En retour les équipes villageoises doivent fournir leur soutien et leur support au ASV.

Un élément clé du système de supervision est le système de surveillance des données que PCI et le département de la santé ont développé. Une fois par mois les équipes de gestion de la sous-préfecture se réunissent avec le personnel du centre de santé et les équipes villageoises pour suivre l'évolution de trois indicateurs qui reflètent les activités du Posyandu dans les villages: (1) le nombre d'enfants qui ont participé au Posyandu chaque mois; (2) le nombre d'ASV qui participent activement au Posyandu chaque mois; (3) le nombre de Posyandu planifiés qui ont effectivement lieu chaque mois (un village peut avoir plus d'un Posyandu). Pour chacun des indicateurs une valeur cible que le village doit atteindre est fixée. Les données de ces indicateurs reflètent la performance de l'équipe villageoise quant à son soutien aux activités du Posyandu. Les équipes de gestion de la préfecture et de la sous-préfecture analysent ces données mensuellement; elles leur permettent d'identifier les villages qui apportent effectivement leur soutien au Posyandu ainsi que ceux qui présentent des problèmes et ont besoin d'assistance. Les équipes de la sous-préfecture rendent périodiquement visite aux villages. Ces visites permettent de rendre compte des résultats, de planifier et résoudre les problèmes pour mieux allouer les ressources à disposition. Durant les six premiers mois de mise en oeuvre du projet, les données ont montré une amélioration significative des trois indicateurs: participation au Posyandu, participation des ASV au Posyandu, et mise en oeuvre du Posyandu.

En résumé, PCI/Indonésie a pris des mesures spécifiques pour maintenir les activités SE dans la province de Southeast Sulawesi. Cette approche met l'accent sur une étroite collaboration avec le département de la santé et d'autres secteurs de développement pour planifier et mettre en oeuvre le projet, dans le dessein de remettre la gestion du projet aux mains des institutions locales. La création d'un système de supervision au niveau du village permet d'identifier et de résoudre les problèmes de mise en oeuvre, tel que le transport et la pénurie de personnel. Les équipes de gestion villageoises surveillent les résultats du Posyandu. Le système de surveillance est non seulement un excellent outil de supervision, mais il permet aussi d'analyser l'efficacité des activités SE. C'est pourquoi les personnalités politiques saisissent les mérites du projet et continuer à soutenir ses activités.

Rapport établi par Stephen Robinson, MD, MPH, directeur national de PCI/Indonésie, et Robert Cunnane, MPH, ancien directeur projet de PCI/Indonésie.

Le rapport annuel montre une amélioration de la qualité mais une faiblesse en matière de continuité

Le rapport annuel 1989 des projets SE commencés en 1988 (SE IV) fournit d'intéressants exemples des difficultés auxquelles les ONG font face lorsqu'elles établissent le plan des activités qui puissent survivre en toute indépendance, sans être tributaires de ressources extérieures, même après que le financement de l'A.I.D. soit réduit ou ait pris fin. Quand on les compare aux premiers rapports annuels SE II qui ont été passés en revue en 1987, les rapports SE IV témoignent indubitablement de l'amélioration de la qualité générale des programmes. Simultanément ces rapports reflètent les défis à surmonter pour que les activités SE deviennent autonomes. Un résumé des qualités et défauts est présenté ci-dessous

- L'information relative au budget est celle qui est fournie avec le meilleur taux de réponse: 86% des projets SE y ont donné suite. A l'exception de deux projets, tous les autres fournissent des analyses par catégories budgétaires. Tous les projets mentionnent des révisions budgétaires et les raisons pour lesquelles elles ont lieu. Ceci constitue une nette amélioration par rapport à 1987.
- Au deuxième rang des meilleurs taux de réponse (74% des projets ont fourni l'information) vient le plan des projets, également en amélioration par rapport à SE II. Toutes les ONG ont au moins amélioré la clarté ou la mesurabilité des objectifs de leur projet. La plupart ont amélioré leur plan de travail et leurs définitions de population. Notons cependant que seule une minorité d'ONG ont abordé les questions spécifiques des réviseurs techniques DIP.
- Le développement des ressources humaines montre aussi une amélioration par rapport à SE II, bien qu'elle soit très modeste. Des faiblesses apparaissent en matière d'engagement du personnel et d'implication des communautés. Comme par le passé, trop peu d'ONG fournissent des informations quant à l'assistance technique qu'elles reçoivent de sources locales, régionales et internationales.
- Les questions de continuité, bien que clairement décrites dans les directives de l'A.I.D. pour l'élaboration des rapports annuels, apparaissent de loin les plus ignorées dans les rapports des ONG (taux de réponse: 11%, bien plus bas qu'en 1987). Il semble que les ONG n'abordent pas la question de la continuité suffisamment tôt, malgré les expérience qui montrent qu'elle doit être considérée dès le début du projet.
- Les questions liées au système d'information sanitaire sont souvent prises en considération durant les phases initiales des projets (nette amélioration de 20% à 37% depuis 1987). Des améliorations doivent néanmoins encore être faites pour que les systèmes d'information soient mis sur pied et fonctionnent bien durant la première année déjà.

Une ONG au moins fournit un bon exemple de la manière dont la planification de la continuité peut débuter déjà durant la première année d'un projet SE. Au Bangladesh World Vision envisagea les éléments d'un programme capable de fonctionner indépendamment déjà au moment de l'élaboration du plan du projet. Basant le plan du programme sur des données de population (enregistrement de toutes les familles participant au projet, enquête KAP, analyse de données informatisées), World Vision impliqua étroitement les bénéficiaires dans la planification et la gestion du projet. Travaillant avec les chefs de communauté, les comités sanitaires de quartier, des

groupes de bénévoles aidant à la construction ainsi que divers départements du Ministère de la santé et huit autres ONG, World Vision chercha avant tout à rendre les communautés locales maîtres et propriétaires du projet SE tout en offrant sa coopération pour la gestion.

Des procédures sont été établies dans la nette intention d'assurer le maintien du projet. Des protocoles de gestion ont été rédigés pour assurer compréhension et continuité. La supervision s'effectue au moyen de check-listes. Des programmes de formation sont établis et révisés localement.

Le système d'information du projet aide les planificateurs de projet à décider de ce qui marche, de ce qui demeure abordable et de ce qui devrait être ajouté ou enlevé durant les modifications intermédiaires et finales d'un programme. Il montre la voie vers le maintien à long terme des programmes et agit comme une rappel permanent: le personnel ne doit jamais oublier qu'à un moment donné c'est la communauté qui doit prendre l'entière responsabilité du projet.

Note de la rédaction: Ce rapport a été établi par Nick Danforth; pour de plus ample information, prière de se mettre en rapport avec John McEnaney, Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Room 103SA-2, 515 22nd Street, Washington, DC 20037, USA.

ESPERANZA/Bolivie: le projet Chaco

Grâce à des subventions de USAID, PACT and d'autres donateurs, ESPERANZA/Bolivie a fait son apparition dans une région largement ignorée par d'autres organismes d'assistance internationale. Cette organisation est étroitement liée au Ministère de la Santé (MS) au niveau national, régional et local, en particulier dans le département de Tarija. A partir de son siège principal de Villa Montes, une petite cité de 8000 habitants dans la province de Gran Chaco, et de ses bureaux régionaux dans les villes de Yacuiba et Santa Cruz, ESPERANZA/Bolivie a travaillé à l'amélioration de la couverture et de l'étendue des programmes prioritaires du Ministère tout en promouvant une éthique d'auto-assistance communautaire parmi les villageois et les familles de propriétaires fonciers.

Le territoire couvert par l'organisation a une surface de 176 kilomètres carrés et une faible densité de population (on n'y compte que 60000 habitants). Certaines familles habitent jusqu'à cinq kilomètres de leur plus proche voisin. Le taux de mortalité infantile de cette région est de l'ordre de 160/1000, un chiffre supérieur au taux officiel de mortalité infantile du pays.

Le projet ESPERANZA/Bolivie vise principalement la formation de personnel dans le but de développer les ressources sanitaires dans une région largement déprivée de la présence ou des installations du MS. L'organisation s'est fortement engagé durant plusieurs années à améliorer les possibilités de follow-up et de continuité; elle l'a fait en s'associant étroitement avec les Unidades Sanitarias (bureaux de santé publique) du MS dans trois départements du pays, et en établissant des liens réciproques avec une organisation de développement locale, privée et à but non- lucratif (la FUNDESIB: Fundacion para el Desarrollo Integral de Bolivia). Le coeur du projet demeure l'établissement et l'approfondissement d'une collaboration avec les communautés locales afin de créer un système d'information et consultation réciproques anglobant les agents de santé communautaires. Un réseau d'aides-infirmières est en train d'être mis sur pied; elles sont formées et recrutées dans un réseau de supervision du MS lié à deux hôpitaux de district situés à Villa Montes et Yacuiba. Ces aides-infirmières sont choisies et soutenues par leurs propres communautés et elles y retournent pour travailler avec le personnel

du projet et du MS. Elles participent à la formation de "responsables populares de salud" (agents de santé communautaires) qui font partie d'un réseau destiné à fournir de l'aide aux activités de mobilisation, de prise de conscience et d'éducation à la santé.

Entre 1983 et 1989 le projet s'est concentré sur les éléments suivants:

- Développement communautaire - Les surveillants de programme, agissant en tant que agents de promotion communautaire, aident à renforcer des organisations populaires telles que les clubs de mères, les comités de santé villageois, les PTA locales, etc. Ils bénéficient de l'assistance de FUNDESIB, une organisation qui se concentre surtout sur l'extension agraire et les nouvelles approches d'éducation communautaire.
- Formation de personnel - Entre août 1987 et février 1989, deux cours destinés aux infirmières rurales ont été donnés à Villa Montes, en collaboration avec l'office national des ressources humaines du MS et l'école technique nationale de santé publique de Cochabamba. Au total 33 infirmières rurales ont été formées pour travailler dans les districts sanitaires au sein de leurs propres communautés. Les infirmières reçurent une compensation de la part de leurs communautés, qui les avaient choisies pour participer aux cours.
- Amélioration de l'infrastructure - Les communautés participantes partagèrent avec le projet la responsabilité d'améliorer l'infrastructure et les fournitures des postes sanitaires. ESPERANZA/Bolivie a fait don d'un stock complet d'instruments et de fournitures médicales de base à chacun des 24 postes sanitaires. En outre, les postes sanitaires des villages de Ivo, Tiguipa Estacion, Caigua et Carandayti ont pu être améliorés grâce à des contributions provenant des communautés et d'autres institutions. ESPERANZA/Bolivie a fourni son aide pour construire cinq postes sanitaires (à Chimo, Puesto Garcia, Tiguida Pueblo, Nancaroinza et Camatindi) et également pour refaire la façade et agrandir six autres postes.
- Autres contributions - ESPERANZA/Bolivie a apporté son soutien aux hôpitaux de région et de district du MS afin d'étendre la couverture prioritaire aux aires les plus rurales et les plus isolées de la province de Gran Chaco. ESPERANZA a fournit un soutien continuel en matière technique, financière, logistique et matérielle pour les campagnes de vaccination, la réhydratation orale, le contrôle de la malaria et les diverses campagnes et mobilisations mises sur pied par le MS.
- Travaux en cours (1989-1993) - Le projet SE II ESPERANZA/Bolivie a reçu des fonds SE V de FVA/PVC pour un renouvellement de quatre ans. Durant cette période, l'accent sera mis sur l'établissement d'un réseau de soins de santé primaires dans le Chaco. Se basant sur les expériences faites en matière de formation des infirmières rurales, ce nouveau projet se concentre sur la formation des agents de santé communautaire ou

des promoteurs de santé qui assistent les infirmières. Il est prévu de former 450 promoteurs de santé en quatre ans, dont 180 seront dans des régions rurales et 270 dans les régions urbaines de Yacuiba et Villa Montes. Pour le secteur rural de Villa Montes, entre juin et décembre 1989 un total de 60 promoteurs de santé ont été formés pendant 150 heures de cours pratiques et participatifs. En plus de la coordination avec l'hôpital de base du MS, la Fédération des éleveurs de bestiaux a fourni une aide importante et précieuse.

Ce rapport a été établi par Alonso Wind, Directeur bolivien du projet SE II ESPERANZA.

Les ONG Survie de l'Enfant commencent à s'occuper de la malaria

Reconnaissant la résurgence de la malaria, en particulier en Afrique, et les sévères conséquences qui en découlent pour la santé des mères et des enfants, l'A.I.D. a établi des directives qui permettent aux programmes SE VI d'inclure des activités limitées de contrôle de la malaria. Douze (37.5%) des 32 projets SE VI prévoient des interventions contre cette maladie. La partie du budget qui y est consacrée varie de 1% à 24% (moyenne = 11.3%).

Comme le contrôle de la malaria est un domaine nouveau pour la plupart des ONG, il n'est pas surprenant que certaines omissions aient eu lieu lors de la planification des interventions. Les ONG qui élaborent un plan détaillé de mise en oeuvre ont tout intérêt à tenir compte des éléments suivants:

- Epidémiologie de la malaria: utiliser une définition claire de l'incidence et de la prévalence, faisant bien la distinction entre l'un et l'autre; distinguer les données à base hospitalière de celles à base communautaire; envisager avant tout la récolte de données à base communautaire qui puissent fournir des indications sur la morbidité; déterminer les variations géographiques et saisonnières de la maladie.
- Stratégie globale: les ONG doivent prendre en considération la prévention communautaire et les stratégies de contrôle des vecteurs de la maladie aussi bien que le traitement et la prophylaxie individuels.
- Risques liés au traitement par la chloroquine: le traitement par la chloroquine comprend des risques, en particulier le développement d'un résistance à la chloroquine, la non-observance de la prescription et l'emploi de doses inadéquates. Le personnel du projet doit aborder ces questions et déterminer la façon dont elles vont être résolues.

Note de la rédaction: des informations sur les projets SE VI nouvellement financés apparaîtront dans le prochain numéro du rapport technique.

Le rapport technique ONG Survie de l'Enfant est préparé et distribué trimestriellement par le programme 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 des projets ONG Survie de l'Enfant qui est sur le terrain. Veuillez adresser toute correspondance à Rapport Technique ONG Survie de l'Enfant, Institute for International Programs, Johns Hopkins University, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. Les rédacteurs invités de ce numéro sont Robert Cunnane, M.P.H., et Denis M. Holdenried, M.D., M.P.H. Le Rapport Technique est envoyé gratuitement au personnel ONG Survie de l'Enfant 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

Julio 1990
Vol. 1, No. 3

Strategia para el mantenimento del programa 1
Costos por beneficiarios potenciales 4
Equipos comunitarios: mas efectivos 7
Esperanza/Bolivia: el proyecto Chaco 10

Estrategias de los PVO para el mantenimiento del proyecto

Antes de discutir las estrategias específicas de Los Organismos Privados Voluntarios (PVOs) para la promoción del mantenimiento a largo plazo de las actividades de Supervivencia Infantil, es importante examinar los significados más frecuentes del término mantenimiento a largo plazo (del inglés "sustainability").

La primera pregunta que un PVO normalmente hace es "¿qué período de tiempo estamos considerando?". Por motivos prácticos, los PVO necesitan estudiar la mejor manera de continuar su intervención con buenos resultados durante por lo menos cinco años después de que termine el respaldo económico para un proyecto de Supervivencia Infantil de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.). La elección de un período de cinco años carece de fundamento científico; es simplemente una cuestión de conveniencia, ya que los planes de salud del Gobierno tienen normalmente una duración de cinco años.

Actualmente existen por lo menos tres acepciones prácticas para la palabra mantenimiento. Algunas veces el término "mantenimiento" es interpretado enteramente desde el punto de vista financiero. Se refiere a la estimación de los costos del proyecto por beneficiario, a la mejora de la relación costo-beneficio y a la búsqueda de medios para recuperar costos o generar ingresos para actividades de la salud. La comunidad benefactora en particular desea saber si el PVO recibirá el apoyo económico local (o nacional) necesario para continuar con servicios específicos después de que finalice la aportación de fondos.

Otra definición de mantenimiento, que depende principalmente del desarrollo de la comunidad, se refiere al aporte de técnicas y conocimientos que capacitarían a las comunidades y organizaciones beneficiadas para continuar con las mejoras llevadas a cabo una vez terminado el proyecto del PVO. Este uso del término mantenimiento es muy similar al significado habitual del término "institucionalización" ó autogestion. El problema principal es determinar si la organización de base (o comunidad) podrá mantener los beneficios aportados por el proyecto y mejorar los servicios de salud dentro de la comunidad. Esto dependerá en parte de la buena voluntad de la organización huésped (o comunidad) en continuar o mantener lo que se ha iniciado. También dependerá de si existen las técnicas esenciales y el potencial para llevar a cabo el trabajo. En consecuencia, los proyectos de los PVO deben enfocarse en mejorar las técnicas administrativas y el entrenamiento del personal local de salud.

Una tercera definición hace referencia al efecto permanente que las aportaciones del proyecto producen en el comportamiento de la familia con respecto a la salud después de finalizadas las actividades del mismo. "Mantenimiento a largo plazo" se refiere al deseo y la capacidad del individuo (generalmente la madre) de adoptar y continuar las nuevas prácticas de salud. Por ejemplo, una vez que el proyecto ha terminado, las mujeres en edad reproductiva todavía necesitaran comprender que los niños deben de ser protegidos contra el sarampión, y que por lo tanto deben completar el esquema de inmunizaciones. Los proyectos de los PVO pueden enfocarse hacia una comunicación interpersonal con el fin de motivar y facilitar que las madres, u otros miembros de la familia, lleven a cabo los conductas y comportamientos de protección infantil necesarios para mantener las enfermedades infecciosas,

la deshidratación y desnutrición bajo control una vez que termine el apoyo económico del proyecto. Esta acepción pone mayor énfasis en la transferencia de técnicas de comportamiento de protección a los niños directamente en el hogar.

Un análisis de las actividades de un proyecto de Supervivencia Infantil muestra que los PVO se dirigen a las tres acepciones de "mantenimiento a largo plazo": mantenimiento financiero, transferencia de técnicas (institucionalización), y modificaciones del comportamiento de forma permanente. Los PVO han aprendido que el mantenimiento debe ser incluído explícitamente al diseñar el proyecto. Las conversaciones con la comunidad sobre temas de mantenimiento deberían comenzar al principio del proyecto. Los programas de Supervivencia Infantil deben de ser aceptables y económicamente accesibles en el ámbito local. Es imprescindible una colaboración con el gobierno local. Las estrategias para poner en práctica las intervenciones deberían estar basadas en los recursos locales. El personal del proyecto necesita ponerse de acuerdo sobre la importancia de llevar a cabo actividades que tengan una continuidad. Una evaluación a la mitad del proyecto ofrece una oportunidad para obtener diferentes opiniones sobre las posibilidades de continuidad. Hasta ahora, las tentativas para alcanzar un mantenimiento han sido a través de un proceso de ensayo. Algunos de los resultados obtenidos hasta el momento se describen a continuación.

Mantenimiento financiero:

Los PVO son conscientes de la necesidad de encontrar recursos locales, predecibles, para el mantenimiento de los proyectos y los costos recurrentes. Sin embargo, durante el corto intervalo de tiempo, tres a cuatro años, que duran la mayoría de los proyectos, muy pocos PVO han tenido el tiempo suficiente para estudiar mecanismos alternativos de financiación, a no ser que esto fuera una parte específica de la propuesta original de Supervivencia Infantil. Se dispone únicamente de información limitada sobre aquellas experiencias que han tenido éxito en la utilización de mecanismos alternativos de financiación para las actividades de Supervivencia Infantil. Por ejemplo, un año después de que el proyecto MIHV/Uganda terminó, las tarifas por los servicios de salud prestados, se establecieron y continuaron perfectamente.

Incluso aquellos programas que contaban con actividades para la generación de fondos, encontraron dificultades considerables para generar los ingresos suficientes en las etapas iniciales del desarrollo del proyecto. El proyecto AFRICARE CSII en Nigeria, por ejemplo, tuvo cierto éxito estableciendo una unidad de producción capaz de manufacturar alimentos preparados y envasados destinados a suplementar las dietas del niño y de la mujer gestante. Aunque la unidad de producción tuvo un alto impacto social, no operó con un margen de beneficios durante los primeros tres años, ni produjo los deseados ingresos para subvencionar los proyectos de salud.

Algunos PVO observan la solidez de las contribuciones financieras de la comunidad a las actividades del proyecto como un indicador de mantenimiento. Aunque no está claro si estas contribuciones continúan una vez finalizado el proyecto.

Participación de la comunidad:

La estrategia más frecuentemente utilizada por los PVO para lograr mantenimiento es la participación de la comunidad. Los PVO creen firmemente que cuando los miembros de la comunidad participan en la toma de decisiones del proyecto, ésta adquiere una capacidad para determinar las prioridades de sus problemas de salud y, por lo tanto, generar las posibles soluciones sin depender de los PVO o de cualquier otra organización externa. El proceso de participación hace que la comunidad sea consciente de los costos y beneficios implicados en las actividades del proyecto, a la vez que desarrolla un sentido de propiedad del proyecto y de confianza. Esta estrategia ayuda a aumentar al máximo la confianza en sí

mismos. A menudo, los PVO consideran el número de comités de salud activos en la comunidad, como un indicador de mantenimiento.

Sin embargo, la participación de la comunidad ha demostrado no ser suficientemente efectiva por sí misma como para mantener las actividades deseadas. Tal vez parte del problema resida en la naturaleza de los beneficiarios del programa de Supervivencia Infantil. Aunque el 60 por ciento de la comunidad se compone de madres y niños menores de cinco años de edad. Sin embargo este grupo representa la fuente más débil para obtener los recursos necesarios para los servicios de salud.

Colaboración del Ministerio de Salud (M. de S.) e Institucionalización:

La estrategia más comunmente citada en segundo lugar por los PVO para mejorar el mantenimiento, es a través de la colaboración con el Ministerio de Salud. El fin es mejorar la prestación de servicios y la eficiencia de estos de salud. Las actividades cruciales que deben de ser incluídas en esta colaboración son: entrenamiento del personal de los servicios de salud del gobierno, mejorar la supervisión y el potencial administrativo, y el desarrollo de unos sistemas informáticos de salud efectivos. Como una medida de mantenimiento los PVO pueden evaluar hasta qué punto el M. de S. absorbe los costos y responsabilidades de todos los servicios pertinentes del proyecto.

Algunos PVO que tienen antecedentes de haber prestado servicios a través de un hospital, tienden a confiar en dichas instituciones para continuar su labor, puesto que por lo general, estos operan como una parte del sistema de servicios de salud gubernamentales (véanse por ejemplo, las clínicas hospitalarias apoyadas por ADRA en Malawi). Estos proyectos de Supervivencia Infantil ayudan a que el interés y los conocimientos de salud únicamente orientados hacia el tratamiento de la enfermedad se dirijan también hacia la promoción y prevención tanto en consultas como en centros de salud. Parte del personal entrenado en Supervivencia Infantil puede ser absorbido por el gobierno, (tal como sucedió al concluir el proyecto ADRA/Rwanda CSI), o el PVO puede preparar a funcionarios del gobierno para asumir la administración de servicios de salud en hospitales, (ésta es la solución tomada por el Ejército de Salvación en Bangladesh). A pesar de que esta estrategia es apropiada para mejorar la distribución de servicios de Supervivencia Infantil, podría fracasar en crear una demanda o entendimiento de estos servicios por parte de la comunidad. Los PVO que operan desde un hospital deben crear una estructura de organización que haga que se mantengan los servicios comunitarios de salud, ya que de otra manera, el apoyo a largo plazo a los servicios preventivos con base en la comunidad se pierde para estos proyectos de los PVO.

Sin tener en cuenta si el PVO está operando con base en un hospital o en la comunidad en colaboración con el M. de S. Los PVO han descubierto que hay más posibilidades de que se dé un mantenimiento a largo plazo cuando una buena supervisión y administración por parte de las autoridades locales están programadas desde el comienzo. Además, han aprendido que un paso fundamental en el plan de trabajo del proyecto es la delegación de actividades del proyecto como un paso crítico. Asociación con las Organizaciones Locales No Gubernamentales (NGO): hasta la fecha, sólo unos pocos proyectos de Supervivencia Infantil de los PVO están operando a través de organizaciones locales. Dada la pequeña muestra que se tiene sobre estas asociaciones es prematuro sacar conclusiones. Por lo tanto, sólo es posible enumerar las ventajas y desventajas observadas hasta ahora. El mayor inconveniente de asociarse con estas organizaciones es que, con algunas excepciones, las NGO no son expertos en las intervenciones específicas de Supervivencia Infantil. Por lo tanto, es común observar deficiencias en la capacitación y supervisión y hay omisiones en la recolección de datos en salud. La calidad y efectividad de los servicios de Supervivencia Infantil se ven con frecuencia comprometidos bajo tales

condiciones. Por otro lado, la mayor ventaja de las organizaciones locales es la capacidad para movilizar a la comunidad para apoyar las actividades del proyecto.

Referencias

Cunnane R., D. Storms, D. Smith, and P. Irwin. Sustainability: Reality check for PVO child survival. Presentado en la American Public Health Association. 117th Annual Meeting, 1989.

Costos y beneficios de la puesta en marcha de los Servicios de Supervivencia Infantil en una Compañía Minera Privada en Perú

Una compañía minera privada peruana evaluó el estado de salud de los hijos de sus empleados, encontrando niveles de mortalidad infantil de 120 por 1.000 nacidos vivos, un 25 por ciento de inmunización, y una prevalencia del 42 por ciento para las infecciones respiratorias y diarrea. Muchas de las enfermedades no eran tratadas y los médicos de la compañía prescribían medicación innecesaria e incluso peligrosa. Se estimó que instituyendo unas prácticas de prescripción adecuadas se podía ahorrar hasta un 60 por ciento de los gastos farmacéuticos actuales.

Como resultado del estudio, la compañía contrató personal médico adicional destinado a suministrar los servicios preventivos de salud, incluyendo supervisión nutricional y vigilancia del crecimiento. Las vacunaciones han aumentado ahora al doble. Las normas de prescripción han cambiado gradualmente para evitar reacciones negativas de la comunidad. El personal clínico está recomendando el uso de rehidratación oral en lugar de prescribir antidiarréicos y el excesivo uso de antibióticos está decayendo. El programa ha sido extendido a otras minas y se estima que tiene una capacidad para asistir a más de un 5 por ciento de la población de Perú, sin suponer ningún costo para el sector público o los donantes extranjeros.

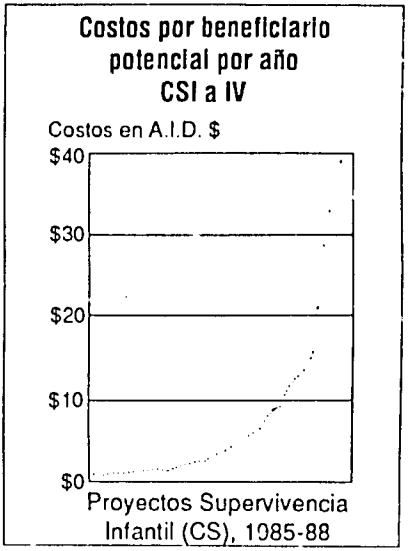
Referencias

Foreit K., S. Baldizon, and M. Winterhalter. Costs and benefits of implementing child survival services at a private mining company in Peru. Abstracto en: American Public Health Association, 117th Annual Meeting, 1989:198. Nota del editor: Para más información ponerse en contacto con la Dra. Karen Foreit, c/o Population Council, 1 Dag Hammarscjöld Plaza, New York, NY 10017, U.S.A.

Estudio de los costos para la entidad que respalda el proyecto por cada beneficiario potencial del proyecto y año

La cantidad de fondos donados que una PVO dispone para gastar en cada beneficiario potencial de Supervivencia Infantil influye directamente en cómo la PVO planificará las prestaciones y servicios. Si la cantidad es más alta que el coste del gobierno por beneficiario, la PVO corre el peligro de diseñar un programa que no puede ser sostenido por la comunidad, el Ministerio de Salud u otra NGO. Una revisión de los acuerdos de la subvención de la PVO y de los informes anuales ha revelado los costos promedio del patrocinador de 68 de los 72 proyectos de los PVO con base en la comunidad que recibieron fondos de la FVA/PVC en los cuatro primeros ciclos de Supervivencia Infantil. (La documentación estaba incompleta en cuatro proyectos). El análisis excluye los proyectos de vacunación cíclica de polio y los proyectos de vitamina A de HKI que operan a nivel nacional.

La revisión encontró que 68 programas de los PVO han invertido 31,3 millones de dólares de los fondos centrales de la A.I.D. para la promoción y el fortalecimiento de las intervenciones de supervivencia infantil para 5,3 millones de potenciales beneficiarios. En los últimos cuatro años del programa de Supervivencia Infantil de la PVO financiado centralmente, la A.I.D. gastó un promedio de 5,87 dólares U.S.A. por beneficiario potencial y año en un reducido número de encuestas, diseños de proyectos, entrenamiento, elaboración del material educativo, desarrollo H.I.S. y evaluación. Sin embargo, para algunas comunidades, esta cantidad puede estar todavía fuera de las posibilidades económicas de la región. En la figura 1 se



muestra la media costo/potencial beneficiario/año para cada uno de los 68 proyectos. Se puede observar en la mayoría de los proyectos que entre tres y diez dólares U.S.A. son invertidos por año y beneficiario en servicios. Algunos proyectos tienen tan poco dinero disponible para gastar en cada posible beneficiario que no está claro como podrían lograr alcanzar sus objetivos. Por otro lado, otros proyectos reciben donaciones tan desproporcionadamente altas que no pueden ser mantenidos posteriormente.

El dinero que la A.I.D. concede a un proyecto está basado en diversos factores. Una PVO envía un presupuesto para un proyecto en un país determinado; La A.I.D. puede solicitar que la PVO modifique la cantidad presupuestada o el propósito de la propuesta. Por lo tanto, el importe de la subvención del proyecto refleja un acuerdo entre la PVO y la A.I.D., considerando la cantidad de dinero razonable para llevar a cabo las actividades propuestas dentro de un cierto período de tiempo. Al preparar la ejecución detallada del plan, el grupo de trabajo de la PVO puede cambiar las asignaciones dentro de las categorías del presupuesto, o alterar las actividades para adaptarse a la situación o a las demandas locales, pero no pueden cambiar el nivel general de la concesión de la subvención.

"Beneficiarios potenciales" son aquellos miembros de la población que se beneficiarán directamente si recibieran la atención de los servicios de supervivencia infantil. En la mayoría de los casos incluye niños desde el nacimiento hasta los 60 meses de edad, más el número estimado de nacidos vivos en cada año subsiguiente del proyecto, más las mujeres en edad reproductiva, 15-49 años. Sin embargo, en el caso de que el proyecto planee no ofrecer asistencia a mujeres, como vacunación del tétanos, cuidado prenatal o servicios de planificación familiar, las mujeres comprendidas entre las edades 15-49 no serían consideradas como potenciales beneficiarias.

El costo anual por beneficiario potencial para los nuevos proyectos de Supervivencia Infantil de A.I.D fue más bajo para los ciclos III y IV, que para el CSI. Esto sugiere que los PVO y la A.I.D. son más conscientes de los temas de "mantenimiento a largo plazo". No obstante, parece más difícil reducir el costo por beneficiario para expandir el proyecto, que diseñar un proyecto de bajo costo desde el inicio. Los proyectos en el CSI que recibieron una incremento de fondos en el CSIV, redujeron sus costos desde aproximadamente 10 dólares U.S.A. por beneficiario potencial por año en CSI a 8 dólares U.S.A. en CSIV. Los nuevos financiamientos para CSIV son de un promedio de 3 dólares U.S.A. por beneficiario potencial por año. El estudio también mostró que cuanto mayor es la población objetivo, menor es el coste por beneficiario potencial y año del patrocinador. Es más rentable para los PVO proporcionar las prestaciones para una población amplia de beneficiarios que una menor.

El equipo de trabajo de la PVO debe tener en cuenta que si el proyecto no alcanza a todos y cada uno de los "beneficiarios potenciales", el costo real de llegar hasta un único beneficiario aumenta. Por ejemplo, el coste de una inmunización completa será mas elevado en aquellas campañas en las que haya

muchas personas que no estén vacunadas. El equipo del proyecto debe considerar el gasto por cada verdadero beneficiario, es decir, niño o madre que realmente recibe la prestación de Supervivencia Infantil. El equipo de trabajo de la PVO también debe ocuparse de la calidad del servicio que el beneficiario recibe. Por ejemplo, un beneficiario puede ser inmunizado, pero la vacuna no lo protegerá efectivamente si se ha roto "la cadena de frío". De la misma manera, se puede detectar el retraso el crecimiento de un niño mediante el control del crecimiento, pero a menos que se aconseje a la madre, y se hagan los apropiados cambios en las prácticas nutritivas, el niño no se beneficiará de este servicio.

Finalmente, es importante señalar que en este análisis no se incluyen los fondos de contraparte (matching funds) de los PVO. Los PVO dan una contraparte privada de 25 por ciento aproximadamente del la financiación concedida por la FVA/PVC. En muchos proyectos dichos fondos se dirigen hacia acciones concretas que influyen directamente la salud del niño, como agua y saneamiento o generación de ingresos. En otros casos, estos fondos provienen de finaciaciones anticipadas por parte del Ministerio de Salud, y que presumiblemente podrían continuar una vez que la financiación de la A.I.D. finalice. Futuros análisis de todos los gastos del CSI y proporcionarán datos para futuros estudios de la cantidad y naturaleza del dinero recaudado de los PVO.

Referencia

Storms, D. Study of donor costs per PVO potential project beneficiary per year. Artículo que será presentado en The American Public Health Association, 118th Annual Meeting, 1990.

Estudio de "mantenimiento": La experiencia de la A.I.D. en Honduras

En 1986 la A.I.D. patrocinó un estudio retrospectivo realizado por The University Research Corporation sobre el mantenimiento de los proyectos de salud llevados a cabo por los Estados Unidos en Honduras desde la Segunda Guerra Mundial. Se consideraba que los programas se mantenían si los servicios y beneficios del programa continuaban durante cinco años después de que los Estados Unidos cesaban de proporcionar fondos. También se consideraban como proyectos con continuidad aquellos en los que otro organismos patrocinador asumía el programa.

El estudio concluye que mientras un número de factores favorecen el mantenimiento, ninguno de ellos por sí mismo puede garantizarlo. De las nueve variables investigadas, las cinco que más influyen en el mantenimiento son: 1) Compromiso nacional: el nivel de apoyo ministerial o gubernamental hacia las metas y objetivos del proyecto; 2) negociación del proyecto: el proceso por el cual el proyecto fue iniciado y planeado; 3) organización institucional: el grado en el que los proyectos son integrados en la infraestructura existente; 4) coordinación de patrocinadores: la colaboración de varios benefactores para lograr la utilización de recursos más efectiva y eficiente; 5) reconocimiento de la efectividad: el grado en que un proyecto es considerado un éxito por la comunidad y el gobierno. Se estimó que de todas las variables el factor esencial era el compromiso nacional.

El estudio demostró que había cuatro variables que tenían muy poca influencia sobre el mantenimiento: financiación, participación de la comunidad, asistencia técnica y entrenamiento. Las cinco variables centrales (compromiso nacional, negociación del proyecto, organización institucional, coordinación de patrocinadores y reconocimiento de la efectividad) se relacionan directamente con el apoyo e integración del proyecto a nivel nacional, apoyo que resulta crucial para el propósito de los proyectos de la A.I.D. Las variables que favorecen el mantenimiento en los proyectos de Supervivencia Infantil de la PVO con base en la comunidad pueden ser diferentes a las de los proyectos bilaterales de la A.I.D. que son más amplios. Todavía se pueden sacar importantes conclusiones del estudio de Honduras.

Referencias
Bossert, T. et al. Sustainability of U.S. supported health programs in Honduras. University Research Corporation, 1986.

Taller de Trabajo sobre costos para Administradores de Supervivencia Infantil, World Vision

La PVO, World Vision, organizó el pasado abril un grupo de trabajo para administradores sobre la estimación de gastos del proyecto de Supervivencia Infantil en Bangladesh, India, Pakistan, e Indonesia. El Dr. William Reinke dirigía las Oficinas Centrales de World Vision mientras que consejeros regionales asesoraban en Dhaka, Bangladesh. Los resultados esperados de este taller de trabajo de estos grupos era preparar a los administradores del Proyecto de Supervivencia Infantil de World Vision para obtener, analizar y utilizar los datos económicos en la toma de decisiones y de esta forma mejorar la calidad del programa. Los grupos de trabajo proporcionaron a los administradores del proyecto la metodología necesaria para calcular los gastos periódicos anuales de las necesidades cruciales del programa, así como los conocimientos para determinar el coste por beneficiario para las campañas de vacunación. La A.I.D. solicitó al Dr. Reinke que adaptara el módulo de entrenamiento de tal manera que pudiera ser utilizado por otros administradores de proyectos de Supervivencia Infantil.

Nota editorial: Para mayor información acerca del grupo de trabajo sobre la estimación de gastos, dirigirse a Dr. Kabir U. Ahmed, World Vision Bangladesh, P.O. Box 5024, Dhaka, Bangladesh.

Los equipos de administración municipales promueven la efectividad de los servicios de los puestos de salud mediante la vigilancia de datos

El proyecto "Project Concern International" (PIC/Indonesia) ha estado trabajando con el Departamento de Salud y otros sectores relacionados con proyectos de desarrollo en el suroeste de Sulawesi para fortalecer los servicios de "Posyandu" en la provincia. El Posyandu es un servicio de salud integrado en la comunidad que generalmente ofrece sus servicios una vez al mes para proporcionar medicina preventiva, como vacunaciones, planificación familiar, terapia de rehidratación oral (ORT), vigilancia del crecimiento y asesoramiento nutricional. Los servicios Posyandu están concebidos para niños menores de cinco años de edad, y mujeres gestantes o en período de lactancia. El proyecto PCI CS IV logró mayor cobertura y un mejor servicio del Posyandu, al incluir equipos de administración multisectorial en el pueblo mismo para supervisar la actuación de los Posyandu.

La estrategia de PCI para mantener las actividades de Supervivencia Infantil a largo plazo está basada en una colaboración con el Departamento de Salud y con otras instituciones que trabajan en proyectos de desarrollo, y en una transferencia por etapas de la administración del proyecto a las organizaciones locales. PCI y el Departamento de Salud colaboran con otras organizaciones de desarrollo para crear y preparar equipos de administración multisectorial que represente todos los niveles gubernamentales, desde la provincia hasta el municipio. El proyecto ha tenido un fuerte apoyo político ya que la mujer del gobernador es la directora provincial del equipo administrativo y, por lo tanto, una defensora del proyecto de Supervivencia Infantil. El gobernador aprobó un decreto por el cual establecía estos equipos administrativos y requería oficialmente la presentación de un informe periódico. Los equipos administrativos suman sus recursos y su trabajo con el fin de identificar y resolver los problemas de la puesta a punto del programa. Más de 950 personas han sido entrenadas para participar en los equipos de administración, que incluyen cuatro distritos y 150 pueblos.

El mayor problema para llevar a cabo el programa Posyandu ha sido la falta de supervisión y el escaso apoyo a los Trabajadores Voluntarios de la Comunidad (TVC). Se espera que los

TVC motivan a las madres y a sus hijos a acudir al Posyandu y que realicen consultas a domicilio en casos de desnutrición, diarrea y vacunaciones. El personal de los centros de salud no está preparado para supervisar de una manera eficaz a los equipos sanitarios de base (TVC) en todos los pueblos del área de cada centro de salud debido a falta de personal y problemas de transporte.

Con el fin de solventar el problema de la falta de supervisión, el PCI y el Departamento de Salud desarrollaron un sistema de información a nivel de la comunidad. Los equipos de administración municipales, (compuesto por el cabeza del pueblo, los miembros del comité de desarrollo del pueblo y los integrantes más prominentes del TVC), están entrenados por el personal del centro de salud y el equipo administrativo regional para vigilar y supervisar las actividades de los servicios de Posyandu. La descripción de funciones del equipo administrativo municipal define con claridad las tareas y responsabilidades de los equipos sanitarios de base y de las comadronas tradicionales. El sistema utilizado por los equipos administrativos municipales vigila los logros del personal de salud. Los equipos sanitarios de base y las comadronas tradicionales son responsables ante los equipos municipales en vez del personal del centro de salud, encargándose de tareas como visitar a domicilio a las familias de alto riesgo o de motivar a las mujeres y niños a acudir al Posyandu. A cambio, los equipos municipales deben proporcionar el apoyo y la supervisión necesarios a los equipos sanitarios de base.

La clave del sistema del programa de supervisión es la sencillez y comodidad del sistema de vigilancia de datos desarrollado por el PCI y el Departamento de Salud. Mensualmente los equipos administrativos subregionales junto con el personal de los centros de salud y los equipos municipales, revisan tres indicadores para evaluar la labor del Posyandu. El sistema determina: 1) el número de niños menores de cinco años de edad que acuden al Posyandu cada mes; 2) la cantidad de trabajadores voluntarios de la comunidad participando activamente en el Posyandu cada mes; 3) el número de Posyandus programados que tienen lugar cada mes (un pueblo puede tener más de un Posyandu). Cada pueblo tiene que cumplir una meta cada mes. La recogida de datos de estos tres indicadores reflejan la actuación del equipo municipal en apoyo de la operación Posyandu. Los datos son analizados mensualmente por los equipos administrativos regionales y subregionales, quienes determinan entonces qué municiplos necesitan mayor asistencia. Las visitas periódicas de supervisión de los equipos subregionales proporcionan información acerca del rendimiento y ayuda en la resolución de problemas para la mejor distribución de los recursos. Durante los primeros seis meses del proyecto los datos mostraron un aumento considerable en la asistencia al Posyandu, una mayor participación de personal sanitario, y una mejora en la puesta en funcionamiento de Posyandu.

En resumen, podemos decir que PCI/Indonesia ha llevado a cabo los pasos necesarios para mantener las actividades de Supervivencia Infantil en la provincia del suroeste de Sulawesi. Estas medidas promueven una estrecha colaboración entre el Departamento de Salud y otros sectores del desarrollo para la planificación y puesta en funcionamiento del proyecto, a la vez que se planea transferir por fases la administración del proyecto a las organizaciones locales. El desarrollo de un sistema de supervisión municipal identifica y resuelve los problemas de puesta en funcionamiento, incluyendo la falta de personal y las dificultades de transporte. Los equipos de administración municipal controlan la actuación de las actividades del Posyandu. El sistema de vigilancia es un instrumento excelente para proporcionar supervisión, así como para analizar la efectividad del proyecto de Supervivencia Infantil. En consecuencia, los políticos comprenden las ventajas del programa y continúan apoyando las actividades.

Informe preparado por: Stephen Robinson, MD, MPH, director para el país del PCI/Indonesia y Robert Cunnane, MPH, antiguo director del proyecto PCI/Indonesia.

La revisión del informe anual revela mejoras en la calidad pero deficiencias en el mantenimiento

Los informes anuales de 1989 de los proyectos CS que comenzaron en 1988 (CSIV) proporcionaron ejemplos muy interesantes sobre las dificultades que los PVO encontraron a la hora de diseñar actividades con financiación y administración propias que más adelante pudieran subsistir de forma independiente sin recursos externos, incluso después de que los fondos de la A.I.D. se redujeran o finalizaran. Estos primeros informes anuales sobre la CSIV mostraron inequívocamente mejoras en la calidad general del programa al compararlos con los primeros informes anuales de la CSII revisados en 1987. Al mismo tiempo los informes reflejaban la dificultad de lograr que la comunidad confíe en las actividades de CS que son nuevas para ella.

A continuación se presenta un resumen de las ventajas e inconvenientes:

- La información mejor respondida en los informes anuales fue la relacionada con los presupuestos de proyectos CSIV ya que los datos solicitados se recibieron en el 86 por ciento de los casos. Todos los proyectos a excepción de dos proporcionaron información confidencial. Todos los proyectos mencionaron revisiones de presupuesto y los motivos para ellas, lo que mostraba un considerable avance con respecto a 1987.
- El diseño del proyecto, con un 74 por ciento de respuestas, fue la segunda área con más mejoras. Todas los PVO demostraron alguna mejora en la claridad y mensurabilidad de los objetivos a alcanzar con el proyecto. La mayoría de las respuestas mostraban una mejora en los planes de trabajo y en la definición de la población. Sin embargo, sólo una minoría de los PVO realizó comentarios específicos sobre los inspectores técnicos de la DIP.
- El desarrollo de recursos humanos mostró una mejora moderada con respecto al CSII. Se observaron algunas deficiencias en la contratación de personal y en la participación de la comunidad. Como en otras ocasiones anteriores, muy pocas PVO documentaron la asistencia técnica recibida de recursos locales, regionales e internacionales.
- Aspectos sobre el mantenimiento a largo plazo del proyecto, a pesar de la importancia que les atribuían las instrucciones del informe anual de la A.I.D., son los que recibieron menor atención en los informes de los PVO. La respuesta promedio obtenida fue del 11 por ciento, muy por debajo de la de 1987. Parece que en los proyectos de los PVO no se consideran los temas de mantenimiento al comienzo de la planificación del proyecto, a pesar de que la lección aprendida anteriormente indica que deben de ser tenidos en cuenta desde el principio.
- Los sistemas de información de salud están recibiendo mayor énfasis en los comienzos del proyecto (con una considerable mejora del 20 al 34 por ciento sobre de 1987). No obstante, es necesario que este progreso sea mucho mayor para lograr un buen funcionamiento de los sistemas de información desde el primer año.

Al menos una de los PVO ofrece un buen ejemplo de cómo puede comenzar la planificación para el mantenimiento a largo plazo de un proyecto de CS, incluso desde el primer año del mismo. World Vision en Bangladesh comenzó a determinar los elementos que compondrían su programa de automantenimiento al mismo tiempo que empezó a diseñar su proyecto Supervivencia Infantil. Basando el diseño del programa sobre datos de la población (registro universal de familias del proyecto, encuestas KAP, análisis informatizado de datos), WV/Bangladesh involucró estrechamente a los patrocinadores en la planificación y administración del proyecto. Trabajando con los líderes y los protectores de la comunidad, los comités de salud de barrio, los grupos de organización de voluntarios, los diversos departamentos

del M. de S., y los otros ocho PVO, el proyecto buscaba hacer hincapié en el control y la propiedad del mismo por las autoridades locales a la vez que aseguraba la cooperación administrativa.

Los sistemas de actuación se establecen teniendo presente la idea de mantenimiento. Los protocolos elaborados para la asistencia administrativa aseguran un entendimiento y continuidad. La supervisión sigue una lista específica de verificaciones. El plan de entrenamiento es organizado y revisado localmente.

El sistema de información del proyecto ayuda a los planificadores del mismo a decidir qué es lo que funciona, qué es lo económicamente asequible, y qué debería añadirse o eliminarse en los ajustes a mitad y final del programa. El sistema progresa hacia un mantenimiento y recuerda continuamente al personal que en su momento la comunidad debe tomar la responsabilidad total del proyecto.

Nota editorial: se puede contactar con John McEnaney, Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, Room 103 SA-2, 515 22nd Street, Washington, DC 20037, para mayor información sobre este informe preparado por Nick Danforth.

ESPERANZA/Bolivia: El proyecto Chaco

Gracias a las subvenciones de USAID, PACT, y otros patrocinadores, ESPERANZA/Bolivia ha creado un servicio de asistencia a nivel de comunidad en una región muy poco atendida por otras agencias internacionales de ayuda. La agencia está estrechamente ligada nacional, regional y localmente con el Ministerio de Salud (M. de S.), particularmente en el distrito de Tarija. Desde la sede nacional en Villa Montes, una pequeña ciudad de unos 8.000 habitantes en la provincia del Gran Chaco, y las oficinas regionales en las ciudades de Yacuiba y Santa Cruz, ESPERANZA/Bolivia ha trabajado para mejorar la cobertura y lograr los programas básicos del Ministerio, al mismo tiempo que favorecía una ética de esfuerzo propio entre las familias que viven en haciendas y los campesinos del territorio.

El área de trabajo de la agencia incluye aproximadamente 176 kilómetros cuadrados poblados por unas 60.000 personas, es decir, con una baja densidad de población. Algunas familias viven a más de cinco kilómetros del vecino más cercano. Se estima que la tasa de mortalidad infantil es de unos 160 por cada 1.000 nacidos vivos; más alta que la tasa oficial nacional de mortalidad infantil.

La meta principal del programa es el entrenamiento con el fin de desarrollar los recursos de salud para una región desprovista de los servicios o la asistencia del M. de S.. La agencia ha hecho un compromiso substancial durante varios años para asegurar un progreso continuado y un mantenimiento mediante un estrecho acuerdo con las Unidades Sanitarias del M. de S. en tres departamentos, así como con su análogo, la Fundación para el Desarrollo Integral de Bolivia (FUNDESIB), una organización de desarrollo boliviana, local, benéfica y privada.

El principal objetivo del proyecto consiste en el establecimiento y profundización de la relación con las comunidades locales con el fin de crear un sistema de salud a base de personal comunitario entrenado que sirva de referencia. Una red de enfermeras auxiliares han sido preparadas e integradas en un sistema de supervisión del M. de S. para promocionar la salud en la comunidad. Esta red esta vinculada a dos hospitales en los territorios de Villa Montes y de Yacuiba. Las enfermeras auxiliares, quienes han sido seleccionadas y respaldadas por las comunidades, reciben entrenamiento y una vez finalizado regresan a sus respectivas comunidades para trabajar con el personal del M. de S. en la preparación de una red de responsables populares de salud. Juntos colaboran en actividades que aumenten la organización y el conocimiento, así como en actividades de educación sanitaria.

Desde 1983 hasta 1989, el proyecto se ha centrado en los siguientes puntos:

- Desarrollo de la comunidad - los monitores programa, actuando como promotores de la comunidad ayudaban a fortalecer las organizaciones de base, por ejemplo los clubs de madres, los comités de salud municipales, PTA locales, entre otros. Los monitores del programa estaban auxiliados por las NGO bolivianas que están asociadas con la FUNDESIB, una organización que se centra en el crecimiento agrario y en los nuevos sistemas de educación de la comunidad.
- Capacitación de los recursos humanos - Entre agosto de 1987 y febrero de 1989, se llevaron a cabo dos cursos de entrenamiento para las enfermeras rurales en Villa Montes, en coordinación con la Oficina Nacional de Recursos Humanos del M. de S. y la Escuela de Salud Pública Técnica Nacional de Cochabamba. Un total de 33 enfermeras rurales fueron entrenadas para trabajar en sus distritos de salud locales. Las enfermeras recibieron una compensación de sus respectivas comunidades, quienes hacían la selección de las participantes en el curso. El proyecto de Supervivencia Infantil colaboró con el programa de entrenamiento y supervisión de las enfermeras rurales. En un esfuerzo conjunto con la agencia internacional y los distritos de salud locales, el equipo apoyó los cursos de reciclaje de las enfermeras rurales. Los observadores del programa actuaron como entrenadores y facilitaron la mayoría de las actividades del entrenamiento.
- Mejoras en la infraestructura - las comunidades participantes compartieron con el proyecto la responsabilidad de mejorar la infraestructura y proporcionaron los modestos puestos de salud. ESPERANZA/Bolivia donó a cada uno de los 24 puestos de salud un equipo completo de instrumental médico básico y materiales. Los puestos en los pueblos de Ivo, Tiguipa Estación, Caigua y Carandayti mejoraron gracias a contribuciones enviadas por otras comunidades y organizaciones, en cantidades equivalentes a las ya recaudadas por otros medios. ESPERANZA/Bolivia ayudo en la construcción de cinco puestos de salud en Chimeo, Puesto García, Tiguipa Pueblo, Nancaroinza y Carnatindi, así como a la remodelación y ampliación de otros seis puestos.
- Otras Aportaciones - ESPERANZA/Bolivia ha trabajado en apoyo de los hospitales regionales y territoriales del M. de S. y para extender la cobertura básica a las zonas rurales más aisladas de la Provincia de Gran Chaco. ESPERANZA proporcionó un apoyo progresivo técnico, financiero, logístico y material a las campañas de vacunación, de salud bucal, fumigación contra malaria, y otras campañas sanitarias y movilizaciones del M. de S.
- Trabajo en progreso (1989-1993) - El proyecto ESPERANZA/Bolivia CSII recibió una subvención CSV de la FVA/PVC para un proyecto de cuatro años de duración. El objetivo central de esta nueva subvención será el establecimiento de una red de sanitaria de cuidados primarios en Chaco. Basándose en la experiencia previa del entrenamiento de las enfermeras rurales, este nuevo proyecto está concentrado en el entrenamiento de

personal sanitario de la comunidad (CHW) o de promotores de salud para prestar servicios a las enfermeras. Durante este período de cuatro años se espera que el proyecto entrene a 450 promotores de salud, de los cuales 180 serán rurales, y 270 representarán a las áreas urbanas de Yacuiba y Villa Montes. Entre julio y diciembre de 1989, un total de 60 promotores de salud del sector rural de Villa Montes serán entrenados con 150 horas de clases prácticas y de participación. Además del hospital base de la M. de S., se ha contado con la valiosísima ayuda de la Asociación de Ganaderos.

Informe realizado por: Alonso Wind, Bolivia, Director del Proyecto ESPERANZA CSII.

Los PVO de Supervivencia Infantil emplezan a luchar contra la Malaria

En vista del resurgimiento de la malaria, particularmente en Africa, y sus graves consecuencias para la salud de la madre y el niño, la A.I.D. dio sus directrices para que el proyecto de Supervivencia Infantil CSVI PVO incluyera algunas actividades de control de malaria. Los PVO presentaron un total de 32 propuestas de proyecto CSVI, doce (37,5 por ciento) contenían actuaciones contra la malaria. Las distribuciones presupuestarias propuestas para las intervenciones contra la malaria iban desde el 1 por ciento hasta el 24 por ciento (con una media igual al 11,3 por ciento).

Como el control de malaria representa un área nueva para la mayoría de los PVO, no resulta sorprendente el hecho de que hubiera omisiones en la planificación de las intervenciones de malaria. Los PVO al elaborar su plan de trabajo detallado obtendrían un mayor beneficio si incluyeran este problema en el diseño del proyecto:

- Epidemiología de la malaria: Es preciso utilizar una definición clara de incidencia en lugar de prevalencia; es necesario diferenciar entre datos entresacados de la comunidad y los obtenidos del hospital; es importante concentrarse en la recolección de datos de mortalidad obtenidos de la comunidad; también hay que determinar las variaciones geográficas y estacionales de la enfermedad.
- Estrategia global: los PVO deben describir las estrategias de control del vector y de prevención de la comunidad, al igual que el tratamiento y profilaxis para el individuo.
- Riesgos del tratamiento con Cloroquina: El tratamiento con cloroquina tiene riesgos. Entre otros se pueden mencionar el desarrollo de resistencias contra la cloroquina, la dosis puede ser inapropiada o no ser tomada en las áreas rurales. Es preciso que el personal del proyecto especifique cómo resolvería estos problemas.

Nota del editor: para más información sobre los proyectos CS VI financiados recientemente ver la próxima publicación del PVO Child Survival Technical Report.

El reporte Tècnico Sobre la Supervivencia Infantil para las Organizaciones Voluntarias Privadas es publicado y distribuido trimestralmente por el "PVO Child Suvival 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 PVO son bienvenidos por los Editores. La correspondencia debe ser enviada a la siguiente derección: Editores, Reporte Tècnico Sobre la Supervivencia Infantil Para PVO, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. Editores invitadas para el Volùmen 1, publicación nº 3 fueron Robert Cunnane, M.P.H; y Denis M. Holdenried, M.D., M.P.H. El Reporte Tècnico es gratis para los integrantes de las oficinas rurales y centrales de las PVO. Para otras personas interesadas, el abono al Reporte Tècnico cuesta $6,25 por año o $1,40 por cada suplemento individual.