PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

June 1991
Vol. 2, No.2

FHI: Ways to Improve Supervision 1
SCF Management Guide for CS Projects 3
Management Lessons Learned by PVOs 4
District Team Problem-Solving 5
WV/Bangladesh Health Info. System 6
EPI Survey Management by PolioPlus 11

Practical Ways to Improve Supervision in Child Survival Projects

Dr. Rufi Macagba, International Health Coordinator, Food for the Hungry International, has devoted a considerable part of his professional career to strengthening management systems in Primary Health Care. During the years 1975 - 1988, Dr. Macagba organized the technical support provided by World Vision Relief and Development headquarters to their health programs throughout the world. Dr. Macagba co-designed "executive management training" at World Vision for senior and middle-level managers at the field and headquarters offices. Dr. Macagba recently summarized some of his thoughts on practical approaches to supervision, and made the following suggestions to readers of the *Technical Report*.

Supervision can be defined as managing or leading a team to perform a set of tasks according to specified standards. A Child Survival project supervisor is a front-line manager assigned to a group of communities to work toward achieving the objectives of the project.

A good supervisor works with staff to identify and solve difficult problems and provides continuing education to health committees and community health workers. These community leaders become partners in achieving common health goals, but are usually not employees of the implementing agency. In my experience, this situation requires supervision in Child Survival or community health projects to be a more collaborative process than supervision of employees in a traditional organizational setting.

For a successful Child Survival project, the PVO would be wise to develop a team of partners rather than a team of supervisors with subordinate workers. This means a greater use of negotiating skills in an atmosphere of mutual respect. The area supervisors involve the community health workers in group decision-making, planning the work, monitoring, reviewing progress of the project, and problem-solving.

Selecting Supervisors

Who should be a supervisor? The PVO Child Survival Support Program looked into this question by talking to PVOs and examining annual reports. The job calls for a person with good group skills, interest in people, and willingness to work in collaboration with others to achieve common goals. These skills are more important to good supervision than the type of medical or technical degree a person holds. For example, the PVO Esperanza/Bolivia has found auxiliary nurses to be more appropriate and cost effective than doctors as supervisors for village health workers. Although not as highly trained techni-

cally as doctors, nurses may communicate better with the health workers.

In their annual reports to A.I.D., PVO projects noted that it is important for supervisors to be involved in the training of the community health workers or auxiliaries. Practical training is important in defining roles and establishing working relationships among the project team. The supervisor is identified by the health workers as a trainer, which facilitates the supervisor's role in providing training, support, and advice during supervisory visits to the health workers.

Developing Team Spirit

Establishing and maintaining good relationships within the team is important in obtaining high performance. When supervisors are concerned only with the tasks and not with the individual team members, they usually fail to get the best performance from their staff. Regularly expressing interest in individual team members and how they feel about their work will help motivate them and may lead to discovering problems that would otherwise go undetected.

Involvement of team members in planning and participating in group activities they enjoy also helps develop morale and team spirit. Activities may include popular games or sports, picnics, sightseeing or excursions, or simply shared meals. The wise PVO project manager involves team members in action planning sessions, decision-making, problem-solving, and project reviews. These joint activities help build a highly motivated team and further the achievement of project objectives.

Without real-life examples, people often find it difficult to apply new ideas and methods learned in training programs. Site visits by supervisors and community representatives to other Child Survival or health projects to see firsthand how Child Survival activities are carried out should be an important part of training. Through these site visits, the Child Survival project staff will experience a clearer understanding of common problems in project implementation and learn about new strategies to address those problems. Also, the importance of regular continuing education sessions in Child Survival projects cannot be overemphasized.

Meeting Targets

A PVO Child Survival project must meet many reporting requirements and deadlines. There are several techniques that can help the project team to meet these deadlines. Regular, scheduled visits by the supervisor with each assigned health worker help maintain interest and boost morale of project staff. Working together also strengthens the bond between supervisors and health workers. For example, area supervisors of Food for the Hungry International/Bolivia sometimes work side by side with their health workers at health education, growth monitoring, and immunization sessions.

Regular site visits by the supervisor are important, but alone are not sufficient to ensure a successful project. It is also important for the supervisor to help the health committee and community health workers develop action plans and targets for the month or period until the next supervisory visit. The community action plan should support the 90-day action plan and targets of the supervisor.

Another technique to direct the Child Survival team toward achieving the

project's targets is the use of community health information boards. Food for the Hungry project in Bolivia has designed graphic boards that the people can easily use and understand. The community health workers and health committee members collect data on specific health indicators and post the information on the board each month. During each regular visit, the supervisor discusses the results posted on the information board with the community health committee and health workers.

Supervisors need to be motivated to meet their targets. Each area supervisor should report in regular staff meetings on progress toward meeting targets. A friendly competition to recognize and honor the "supervisor of the month" (or quarter) also can help motivate staff.

Contributed by Rufi Macagba, MD, MPH, International Health Coordinator, Food for the Hungry International, 7807 East Greenway Road, Suite 3, Scottsdale, AZ 85260

A Guide for Child Survival Managers Based on Project Experience

As of June 1991, Save the Children Federation (SCF) is administering 10 Child Survival projects funded by AID/Washington in the following countries: Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Honduras, Indonesia, Malawi, Mali, Nepal, Sudan, and Zimbabwe. In order to standardize the Child Survival project orientation and maintain quality across projects, the PVO recently developed the guide *Child Survival Management Curriculum: A Management Guide for Child Survival Managers.* It covers such pertinent issues as program planning, personnel, financial resource management, and evaluation.

The author, Ms. Donna Sillan, SCF Asia Regional Health Advisor, based this document on her experiences as project manager for the SCF Jakarta Urban Child Survival Program, funded in 1985 (CS I) and 1989 (CS V). This guide documents actual field situations and focuses on enabling managers to analyze and alleviate the problems they face. Many examples from Indonesia illustrate important points and provide realistic approaches to Child Survival management by revealing situations that worked and those that did not. The following text is an excerpt from the foreword of the management guide.

> "One of the greatest obstacles to lowering infant, child and maternal mortality is the lack of management skills and expertise. Management systems provide essential support for Child Survival teams. A major lesson learned, repeatedly stressed at Child Survival workshops, is that adequate technologies for Child Survival interventions are available in all countries, but lack of good management, training and supervision systems is often a hurdle to successful implementation.
>
> "One of the health management goals is to make health care available to every family in a given area. To do this effectively, the health team must work with the community to assess health status and identify health problems. How can a person in charge of a health program within a defined area, with a small staff and limited resources, serve so many people? The community itself provides the answer.

"A manager must rely on community action for extending health care. Promoting and helping to organize community activities is an essential part of management. A remarkable amount of managerial skills are required to meet the formidable challenge of working with the community, leading a health team, supervising, and evaluating health activities.

"Integral to management is the issue of sustainability: maintaining the interest of parents, the enthusiasm of health workers and the development and administration of various operational systems that guarantee effective programs.

"Management is getting things done through people, using resources efficiently. This guide is concerned with applicable management skills drawn primarily from lessons learned by a former SCF Child Survival manager. No guide can teach the human side of good management. Good management is perhaps one-third technique which can be taught. The other two-thirds is comprised of leadership, motivation, morale and creativity. Fostering these qualities will lead to successful programs and improved sustainability."

Editorial Note

For more information or for a copy of this useful management guide contact Ms. Karen LeBan, Manager of the Health Unit, Save the Children Federation, 54 Wilton Road, Westport, CT 06880.

Reference

Sillan, D., *Child Survival Management Curriculum: A Management Guide for Child Survival Managers*, Save the Children Federation, Westport CT, June 1990.

PVO Staff Talk About Key Elements In Project Management

How can we better manage Child Survival projects and what are the key management issues? These questions have been raised by PVO field and headquarters staff during country, regional, and international Child Survival workshops. The following are key factors that experienced PVO staff believe are necessary for successful management of Child Survival projects.

- Develop clear, measurable objectives and use them to evaluate progress.
- Define tasks of project staff and develop job descriptions.
- Maintain regular and frequent supervisory visits.
- Listen to problems encountered by workers and help find solutions.
- Establish good communication among the project team.

The Child Survival manager should direct the staff to concentrate on achieving a few measurable objectives. The objectives need to be "SMART": Specific, Measurable, Attainable, Realistic, and Timely (timely meaning time-limited and time-appropriate). Objectives must be used by the manager to monitor and evaluate project performance.

Project staff roles must be clearly defined. The project health workers, including community health volunteers and TBAs, should understand their assigned jobs or tasks. The job description defines what tasks the worker is expected to carry out, how often, in what location, and with what equipment or special forms. The manager can clarify what is expected of each type of worker by writing a description of each job. These job descriptions should be used in recruiting workers and in evaluating job performance.

Each member of the health team should be aware of the job descriptions of the other members of the team. Written clarification of job descriptions leads to more efficient utilization of personnel and more effective supervision.

It is essential for a supervisor to have direct contact with the project staff. A project manager can only learn about issues and problems through regular site visits. Experienced Child Survival staff have learned that supervision is more effective when there is a regular schedule of supervisory visits.

The supervisor should guide, support, and assist staff to perform tasks well. Listening to problems of health workers conveys concern. Working together to find solutions builds on the team approach. Time should be set aside for team members to share experiences and solutions. Encouraging staff communication builds rapport, mutual respect, and camaraderie.

Learning Management While Improving Services: District Team Problem-Solving (DTPS)

District Team Problem-solving (DTPS) is a strikingly successful example of the "learning-by-doing" approach to developing better management by health personnel.

Evaluations of DTPS conducted in Malaysia ('86), Malawi ('87-88), and Zimbabwe ('89-90) showed that health workers improved teamwork, coordination, delegation, supervision, monitoring, managerial use of available data, mobilization of community participation, and collaboration with other service agencies.

In addition to these achievements, the district teams were able to present quantitative evidence of specific improvements they had made in delivery of health services, although no additional budgets had been provided for this purpose.

DTPS is an adaptation for operational level health workers of the systems approach originally presented in the 1974 manual *Health Project Management*. Dr. S. Sapirie of WHO developed DTPS after years of experience in applying this approach. Although no PVOs have yet sponsored or participated in DTPS, it is a vehicle that a PVO could undertake with a fair assurance of success in improving local management of health services.

How does DTPS work? First a priority health problem in a district is identified. Then health workers, who are affected by this problem, are assembled at a nine-day planning workshop. These participants have usually been various Ministry of Health personnel from the same district. The highest possible level official (e.g., the Chief of Health Services participated in the Malawi workshop) assigns a selected health problem to each of the "teams" in the workshop. (Based on my experience, four district teams is the maximum number that can participate in the workshop.) The health problem is presented as a challenge, with the proviso that there is no additional budget available. Each team is expected to present its detailed solution to the whole group in nine or 10 days.

About 90% of the workshop time is spent in intensive teamwork: each team analyzes and redefines the problem, conceives a realistic solution, devises specific plans to achieving it, outlines plans for evaluating their efforts, and consolidates all this information in a proposal of 10-15 pages. During this time a group of facilitators is available

for teams seeking technical support, but there is no instructional component. Every team is helped to produce a workable detailed plan by carrying out each of about 45 assigned tasks. These tasks lead the team to produce about 20 specific "products" such as a problem statement, objectives and targets, implementation schedule, and indicators for monitoring and evaluation. The team then combines the products and presents its proposal for addressing the problem.

If the higher level health services officials accept the proposals (as they did in the five countries where the DTPS planning workshops have been conducted), the teams return to their own areas and proceed to carry out their detailed plans. A year later they return to a three-day evaluation workshop. There each team presents its own evaluations, describing the extent to which it was able to carry out its plans and achieve its objectives in terms of service improvements, health status improvement, and teamwork.

Details and examples of the tasks assigned and techniques used in DTPS are available in two reports of the planning and evaluation workshops held in Malawi. You may obtain information on the DTPS program by contacting Dr. Stephen Sapirie, HST, the World Health Organization, CH 1211 Geneva 27, Switzerland.

Reported by Dr. Mel Thorne, Adjunct Associate Professor, Department of International Health, The Johns Hopkins University.

How World Vision/Bangladesh Uses Its Health Information System to Improve Management

The World Vision/Bangladesh Child Survival Project in Kamalapur has recently been awarded a CSVII grant which expands on their CSIV project activities. The project was initiated in October 1988 to provide immunization, oral rehydration therapy, nutrition, and child-spacing interventions. Approximately half of the project funding is provided by AID/FVA/PVC. The project's service area is a ward in urban Dhaka, where over 80,000 people live with poor sanitary conditions in an area of approximately three square kilometers.

One accomplishment of the Kamalapur CS project is a well-designed Health Information System (HIS). The HIS is used by project management to improve the quality of the interventions, as well as to assist in decision-making. World Vision/Bangladesh has implemented a system to train each community worker to collect specific information related to his or her work objectives. In this way, each community worker regularly evaluates progress toward reaching the objectives and makes decisions to improve job performance based on actual data. See table.

Area Coordinators, Public Health Nurses and Community Health Workers report that approximately 15 to 20% of their time is used to collect and evaluate the information. The project registers families living in the project area for at least six months, using a "Family Registration and Monitoring Card." In addition, health workers use a "Domiciliary Visit Form" for periodic updates of demographic and health status information. Other forms record information on vitamin A distribution,

Design of Kamalapur CSP Health Information System, 1988 - 1991

Level	Information	Worker Responsible	Purpose and Use
Community	Families with children under age six and women 15-45 years	CHW completes Family Registration and Monitoring Card	Register target beneficiaries and assess baseline status
Community	Child Survival interventions received by target population	CHW updates Domiciliary Visit Form	Public health nurse (PHN) and evaluation officer assess focus on high-risk families
Community	Number of children 6 - 71 months who receive a vitamin A capsule	CHW/CV completes Vitamin A capsule distribution form	PHN, MOH staff, count number of capsules distributed, identify cases of night-blindness and measures taken
Community	Children 0-59 months ill with diarrhea	CHW/CV registers the number of under five children with diarrhea, and women competent in ORT mixing and administration	Identify children with diarrhea and mothers who need training in ORT
Center/subcenter/immunization post	Number of infants and women immunized for each antigen	PHN completes monthly EPI report	Count the number of women and children immunized
Center/subcenter	Eligible couples currently using contraception	PHN registers the number of couples in union using Family Planning	Identify high-risk women for follow-up
Project Office	Intervention activities for each zone and compartment	Monitoring and Evaluation unit	Project manager, operations coordinator, PHN compare achievement of each zone and compartment

CHW = Community Health Worker CV = Community Volunteer MOH = Ministry of Health PHN = Public Health Nurse

immunizations, family planning, and vital events.

Random sample surveys provide data for project management to adjust the project's objectives, targets, and implementation schedule. Survey results are promptly presented to project staff at weekly and monthly meetings. Results are also systematically circulated outside the project.

Every six months the project compiles data on the achievements of the two zones and various compartments. This comparison identifies strengths and weaknesses within the project. Project management can then reallocate resources to the weaker areas, or intensify supervision if goals are not met.

Finally, the project has introduced and tracked sustainability from the initial planning stage through the implementation and evaluation stages. The project is currently using indicators to assess (1) degree of community ownership and support for the project; (2) number of participating institutions/ agencies; (3) extent of institutionalization; (4) amount of income the project has generated; and (5) extent of costs the project has been able to recover.

Editorial Note

This article is an excerpt from a presentation given by Dr. Kabir Ahmed, Kamalapur Child Survival Project - World Vision of Bangladesh, at the international conference "The Challenges of Growth in an Urban Environment" held in Mexico City, September 1990.

Some Common Problems In PVO Child Survival VII Proposals

While the overall quality of the proposals submitted by PVOs for Child Survival funds has improved, the technical reviewers found some common areas of weakness among the proposals submitted for funding in 1991 (CS VII grants).

In some cases, the target population figures cited by the PVO were not consistent with known population data. Some proposals did not furnish the most basic data necessary to establish meaningful estimates of project cost per potential beneficiary.

Unfortunately, several proposals did not explain why the PVO had excluded some proportion of the population from services. There are some populations where essentially all women 15 - 45 years and children of appropriate age groups (under two years, for example) should be eligible for services the PVO will provide. In this situation, a reduced target population is not acceptable, unless the PVO gives an adequate explanation for the exclusion of part of the population. For example, if a PVO intends to register or provide services to approximately 80-85% of the population the PVO must demonstrate that the missing 15-20% are not the ones most in need of services. If some women and young children in the population are not targeted because they do not need the services, the PVO must explicitly state this in the proposal.

Although there has been improvement, some proposals still provide insufficient information for reviewers to make any judgment regarding logistical considerations. The PVO should provide a narrative description of the terrain and adequacy of roads and seasonal differences in site accessi-

bility. Maps should include a kilometer scale to judge distance, and indication of the nearest large city or town.

In the diarrhea case management component of Child Survival proposals submitted for funding in 1991, technical reviewers found there is still confusion about the difference between ORS (oral rehydration salts) and ORT (oral rehydration therapy). ORS refers to oral rehydration salts which are provided in sachets. ORS should include sodium chloride; sodium bicarbonate or trisodium citrate, dihydrate; potassium chloride; and glucose. When mixed with the proper amount of water, these salts restore the electrolyte imbalance caused by the diarrhea and rehydrate the child. ORS is for the treatment of dehydration, but may be used in the home to prevent dehydration. ORT refers to any oral rehydration solution used for treatment or prevention of dehydration (includes ORS, sugar and salt solution, home available fluids).

Several CSVII proposals failed to include important feeding components in their diarrhea case management strategy. Most PVOs need to be up-to-date in their strategies for promotion of breastfeeding, continued feeding during diarrhea, and additional feeding while the child is recovering from diarrhea.

Editorial Note

These comments were made by reviewers at the Technical Review of project proposals for FY91.

Questions about SSS

The following questions and answers about the use of sugar-salt solutions are a reprint from the newsletter *Dialogue on Diarrhea*.

I am a member of a team of ORT instructors, and recently found myself unable to answer a simple question from a trainee about sugar-salt solutions (SSS). Our national ORT policy gives the recipe for SSS as ten level teaspoons of sugar and one level teaspoon of salt for one liter of drinking water. But the WHO guidelines we have are eight level teaspoons of sugar and one level teaspoon of salt for a liter of drinking water. Which one is correct?

Secondly, some children cannot tolerate oral feeding, especially if they are anorexic. We find it difficult to maintain those patients who are likely to develop hypokalemia (potassium deficiency) as SSS is the only solution readily available. I have started adding mashed bananas or fruit juice to the SSS in the hope of increasing potassium intake. Please give more information about this.

Abdul-Rahmen Umar Pella, Primary Health Care HQ, PMB 5, Song, Gongola State, Nigeria.

Dr. Nate Pierce of WHO replies:
Experience has revealed important problems that limit the usefulness of sugar-salt solutions (SSS) as a home fluid for diarrhea. One is that there is no single agreed recipe for making SSS. A second is that mothers often prepare SSS incorrectly, owing either to mistakes in measuring the ingredients, or because they do not remember the recipe correctly. The danger is that SSS will be prepared with too much sugar or salt, or too little water. This creates "hypertonic" solutions that can cause diarrhea and dehydration to become worse, because the fluid "draws" water out from the body into the bowel. WHO gives preference to home fluids that contain cooked cereals, such as rice water or cereal gruel,

rather than sugar, because these are not likely to be hypertonic. As the starch in these fluids is digested, glucose is released and rapidly absorbed, together with water and salt. If SSS is used, WHO advises that it contain three grams of salt (about one level teaspoon) and 18 grams of sugar (four to five level teaspoons) per liter. By recommending this lower amount of sugar, it is less likely that measuring mistakes will cause fluids to be dangerous. WHO does not advise adding foods to SSS or ORS solution, as this could confuse mothers. It is quite acceptable, however, to alternate the giving of food, for example, some sips of fluid followed by some mashed banana, and then more fluid or juice. In addition to providing energy and protein, foods are an important source of potassium, which is lost during diarrhea and is not present in SSS. Besides bananas and fresh fruits, good sources of potassium are cooked pulses, green coconut water, and dark green leafy vegetables.

Reference:

Dialogue on Diarrhea, p. 9, Issue No. 43, AHRTAG, London, Dec. 1990.

Review of CSV First Annual Reports Reveals Many Improvements

Every year, A.I.D. obtains a consultant to review first Annual Reports to help track the progress of PVO projects. The latest review shows that CSV projects have increased their use of data for planning, improved their plans to track individuals at high risk, and sharpened their focus on sustainability. In addition, PVOs have improved their dissemination of baseline survey results to the community. The CSV first Annual Reports displayed the following major improvements over the CSIII and IV Annual Reports reviewed:

- *Project Design.* The CSV projects give a sharper emphasis on detecting and following up high-risk cases, particularly malnourished children and women with high-risk pregnancies. Strategies also address children incompletely immunized and children with persistent diarrhea.
- *Human Resources.* CSV projects show improved collaboration with other development sectors and other health organizations, greater quantity and quality of technical assistance, and increased community-level organization and participation in health-related activities.
- *Information Systems.* The review showed that CSV projects have more thorough and timely baseline surveys, improved routine data collection, increased feedback of information to health workers and beneficiaries, and make better use of information in planning. 100% of CSV projects completed a baseline survey in the first year of the project.
- *Sustainability.* The analysis of Annual Reports revealed that a more realistic, practical concern exists on the part of CSV projects about sustainability. Projects are considering the issues of recovering recurrent costs, generating resources and income, and cutting costs before the end of A.I.D. funding. However, the review revealed that very few PVOs have functioning cost recovery or income generation mechanisms in place by the time of the first Annual Report.

Editorial Note

If you desire more information on this report, please contact John McEnaney,

Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, SA-2 Room 103, 515 22nd Street, Washington, DC 20037.

PolioPlus Reports Lessons Learned to Improve Survey Management

Many resources are available to assist PVO managers in the quest to improve their Child Survival projects. An important source of valuable information is other groups' experience with similar interventions. PVOs can collaborate in country with other PVOs, with national government agencies, and with international organizations. Where financial resources are available, sharing experiences across borders is beneficial, as this report will illustrate.

Rotary International has a worldwide program devoted to the promotion of immunization against vaccine preventable diseases. One of its primary goals is the eradication of polio. The PolioPlus program attempts to provide polio vaccine for five consecutive years for any approved national or regional immunization program. Secondly, in each country approved for a PolioPlus grant, Rotarians make and stimulate donations of goods and services from local private business and professional sectors in support of their national immunization program. Their efforts in social mobilization range from using mass media to training local volunteers.

Rotary currently has two projects financed by AID/FVA/PVC, one in India and the other in Nigeria. Over the past year, these two projects realized the value of information exchange across national borders.

Nigeria wishes to achieve universal child immunization coverage by 1991. To help reach this goal, the government has invested extensively in infrastructure and systems input over the past 10 years. However, an accurate denominator is necessary to assess the actual immunization coverage. The last acceptable national census available from Nigeria dates back to 1963. All subsequent coverage assessments use population projections, and therefore do not reflect actual coverage. For these reasons the Nigeria Federal Ministry of Health desired a coverage evaluation survey to assess national immunization coverage.

Ms. Usha Goel, a representative of Rotary PolioPlus/India, participated in a national EPI coverage evaluation survey in the state of Anambra, Nigeria.

The survey team defined the following objectives:

- Assess the coverage of BCG, OPV, DTP, and measles vaccine in Nigeria.
- Determine the percentage of fully immunized children between the ages of 12-23 months.
- Assess the TT vaccine coverage in mothers of 0-11 month old infants.
- Based on the above findings, identify program components that need further strengthening to enhance and sustain high levels of immunization coverage.

The methodology used was the WHO 30 cluster survey method. It included four cohorts: 0-11 month old infants, 12-17 month old children, 12-23 month old children, and mothers of 0-11 month old infants.

The Federal Ministry of Health organized a four-day workshop for consultants and state coordinators. Supervisors and interviewers participated

in a six-day workshop at state level. Data collection, validation of 30% of the data collected and report writing took five days.

The state of Anambra consists of 30 local Government Areas. Fifty students and staff of schools of health technology participated in the survey in this area. The participants formed 15 teams of two interviewers and a supervisor, and one reserve pool of five interviewers. Survey organizers announced the list of the 30 randomly selected clusters two days before survey initiation, thus allowing area officers the opportunity for organization. The consultant and state coordinator scrutinized survey forms daily to identify any data collection errors and remedy any difficulties.

Lessons learned to improve survey management included the following:

- Logistical support must be in place before training begins, to reduce anxiety and assure a smooth flow of activities at all levels.
- Training periods at federal and state levels were too long, resulting in a decrease in motivation.
- The designation of a supervisor to each team results in the supervisor acting as an interviewer, not as an outside observer. A supervisor assigned to three teams allows the proper tasks to be completed.
- The reserve group plays a very important role. Reserve members fill in for absent team members, allowing the survey to continue on schedule.
- Local guides play an important role at all stages of the survey.

In summary, the representative of Rotary PolioPlus/India found that participation in the Nigeria survey was a useful experience that has provided Rotary/India and its PolioPlus program with several new ideas. Rotary realizes that it must take the lead in defining its role in Polio surveillance in both Nigeria and India. PolioPlus has become a part of the Local Government Areas' EPI teams in Nigeria. Rotary's collaboration in the survey has enhanced its reputation with the Nigeria Federal Government, WHO, and UNICEF.

Reported by
Ms. Usha Goel, Program Officer, PolioPlus/India.

The *Technical Report* is prepared and distributed quarterly by the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University, Baltimore, under Cooperative Agreement #PDC-0526-A-00-6186-00 with the Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. The editors welcome 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 2, No. 2 are Robert Cunnane, M.P.H., and Christine Ortiz, M.Sc.

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 and groups, the subscription cost is U.S. $6.25/year or $1.40/issue.

ONG Survie de l'Enfant

RAPPORT TECHNIQUE

Juillet 1991
Vol. 2, No. 2

Quelques moyens d'améliorer la supervision	1
Un manuel de gestion pour les programmes SE	3
Les éléments clés de la gestion d'un programme	4
La résolution des problèmes par l'équipe de district	5
Le système d'information de WV/Bangladesh	6
Polio Plus rapporte ses expériences	11

Quelques moyens pratiques d'améliorer la supervision des programmes Survie de l'Enfant

Le Docteur Rufi Macagba, coordinateur en santé internationale de l'organisation "Food for the Hungry International", a consacré une grande partie de sa carrière professionnelle à renforcer les systèmes de gestion des soins de santé primaires. Durant les années 1975-1988, le Docteur Macagba a organisé le soutien technique fourni par le siège principal de "World Vision Relief and Development" à tous les programmes de santé de cette organisation. Le Docteur Macagba a également été un des co-fondateurs du programme de formation en gestion destiné aux cadres moyens et supérieurs travaillant sur le terrain et au siège principal. Le Docteur Macagba a récemment récapitulé quelques unes de ses idées concernant l'approche pratique des problèmes de supervision. Il a fait les suggestions suivantes.

La supervision peut être définie comme la gestion ou la conduite d'une équipe en vue d'accomplir un ensemble de tâches selon des normes préalablement établies. Le superviseur d'un programme de Survie de l'Enfant (SE) est en fait un manager rattaché à un groupe de communautés afin d'atteindre les objectifs du programme.

Un bon superviseur travaille avec son équipe pour identifier et résoudre les problèmes difficiles et il donne une formation continue aux comités et agents de santé communautaires. Les dirigeants communautaires deviennent des partenaires ayant des buts de santé communs, mais ils ne sont généralement pas employés par l'organisation chargée de la mise en oeuvre du programme. Basé sur mon expérience, cette situation fait que la supervision des programmes SE ou de santé communautaire devrait être plus collaborative que la supervision des employés dans un cadre d'organization traditionnel.

Pour qu'un programme SE réussisse, l'organisation non gouvernementale (ONG) qui le gère ferait bien de créer une équipe de partenaires au lieu d'une équipe de superviseurs commandant à des subordonnés. Cela nécessite de faire usage de talents de négotiateurs dans une atmosphère de respect mutuel. Les superviseurs régionaux font participer les agents de santé communautaire aux prises de décisions, à la planification du travail, au control de l'avance du programme et à la résolution des problèmes.

Choisir les superviseurs

Qui devrait être superviseur? Le programme de soutien aux ONG Survie de l'Enfant a abordé cette question en discutant avec les ONG et en examinant leurs rapports annuels. Le poste de superviseur exige une personne qui soit capable de travailler en groupe, qui ait de l'intérêt pour les relations humaines, et qui soit prête à collaborer pour atteindre des buts communs. Ces compétences sont plus importantes que le genre de diplôme médical ou technique dont la personne est titulaire. Par exemple, l'ONG Esperanza/Bolivie a trouvé que pour superviser les agents de santé communautaire les aides-infirmières étaient plus appropriées et plus rentables que les médecins. Bien qu'elles n'aient pas une formation technique aussi avancée que celle des médecins, les infirmières peuvent mieux communiquer avec les agents

de santé.

Dans leurs rapports annuels destinés à l'A.I.D., les ONG notèrent qu'il est important que les superviseurs soient impliqués dans la formation des agents de santé communautaire ou des auxiliaires. La formation pratique est importante pour définir les rôles et établir les relations de travail au sein de l'équipe du programme. Dès le moment où le superviseur est vraiment considéré comme un formateur par les agents de santé, il peut plus facilement donner des conseils et donner son soutien aux agents de santé durant les visites qu'il leur rend.

Créer un esprit d'équipe

D'établir et de maintenir de bonnes relations au sein de l'équipe est important pour atteindre de très bons résultats. Lorsque les superviseurs se soucient uniquement de tâches et négligent les relations avec les membres de l'équipe, ils ne parviennent généralement pas à obtenir de bonnes performances de la part de leur staff. En exprimant régulièrement leur intérêt pour chaque membre l'équipe en prenant compte de leurs impressions au travail, les superviseurs motivent et aident à découvrir des problèmes qui sinon n'auraient pas été décelés.

L'esprit et le moral de l'équipe sont également maintenus et améliorés si ses membres participent à la planification et aux activités du groupe. Ces dernières comprennent notamment des jeux ou des sports populaires, des pique-niques, des excursions, des visites touristiques, ou tout simplement des repas pris en commun. Un directeur de programme ONG averti fait participer les membres de l'équipe aux séances de planification, aux prises de décisions, à la résolution des problèmes et à la revue des projets. Toutes ces activités permettent de former une équipe hautement motivée et de faire avancer le programme vers ses buts.

Sans exemples de la vie réelle, les gens trouvent souvent difficile d'appliquer les nouvelles idées et méthodes qu'ils ont apprises dans des programmes de formation. Une part importante de la formation devrait comprendre des visites aux différents centres afin d'observer de manière directe la manière dont les activités SE sont conduites. Grâce à ces visites, le staff d'un programme SE comprendra mieux les problèmes de mise en oeuvre et apprendra de nouvelles stratégies pour aborder ces problèmes. En outre, on ne soulignera jamais assez l'importance des séances de formation continue dans le cadre des programmes SE.

Atteindre les buts

Un programme ONG SE doit satisfaire à beaucoup d'exigences et de délais quant aux rapports qu'il doit fournir. Il y a plusieurs manières d'aider l'équipe du programme à tenir les délais. Par des visites régulières, inscrites sur le calendrier en compagnie de l'agent de santé concerné, le superviseur aide à maintenir l'intérêt et à améliorer le moral de l'équipe. Le lien entre le superviseur et l'agent de santé est renforcé si les deux travaillent ensemble. Par exemple, les superviseurs régionaux de "Food for the Hungry International" en Bolivie travaille parfois côte-à-côte avec leurs agents de santé au cours de séances d'éducation de santé, de surveillance de la croissance et de vaccination.

Il est important que le superviseur rende visite aux divers lieux du programme, mais cela ne suffit pas à assurer la réussite du programme. Il est aussi important que le superviseur aide les comités et les agents de santé communautaire à développer des plans d'action et des objectifs qui doivent être atteints avant la visite suivante. Le plan d'action de la communauté devrait aller dans le même sens que le plan d'action trimestriel et les buts visés par le superviseur.

Une autre manière d'aider l'équipe SE à accomplir les buts du programme est d'utiliser les tableaux d'affichage. En Bolivie, l'organisation "Food for the Hungry" a créé des tableaux que les gens peuvent facilement utiliser et comprendre. Les agents de santé communautaire et les membres des comités de santé collectent des données relatives à

indicateurs de santé spécifiques et les affichent chaque mois sur le tableau. A chaque visite le superviseur discute les résultats affichés avec le comité de santé communautaire et les agents de santé.

Il faut que les superviseurs soient motivés pour atteindre leurs objectifs. Chaque superviseur régional doit se rendre compte des progrès accomplis au cours de réunions du tenues à intervalle régulier. Une concurrence amicale en vue de l'équipe désigner et honorer un "superviseur du mois" (ou du trimestre) peut également aider à motiver le staff.

Article dû à: Rufi Macagba, MD, MPH, International Health Coordinator, Food for the Hungry International, 7807 East Greenway Road, Suite 3, Scottsdale, AZ 85260, USA.

Un manuel pour des directeurs de programme de Survie de l'Enfant élaboré à partir d'expériences vécues

En date du 1er juin 1991 la Fondation Save the Children (FSC) assure l'administration de dix programmes Survie de l'Enfant (SE) financés par A.I.D./Washington dans les pays suivants: Bangladesh, Bolivie, Burkina Faso, Honduras, Indonésie, Malawi, Mali, Népal, Soudan et Zimbabwe. Afin de standardiser l'orientation des programmes SE et de maintenir leur qualité, un manuel a été récemment publié. Intitulé "Child Survival Management Curriculum: A Management Guide for Child Survival Managers" (Programme de gestion de Survie de l'Enfant: un manuel a l'intention des directeurs de programmes de Survie de l'Enfant), il couvre des domaines tout-à-fait pertinents, tels que la planification de programme, le personnel, la gestion des ressources financières et l'évaluation.

L'auteur de ce manuel est Donna Sillan, conseillere régionale pour les questions de santé auprès de FSC Asie. Elle a écrit ce manuel en se basant sur les expériences qu'elle a faites en tant que directeur du programme urbain Survie de l'Enfant SCF Djakarta. Ce programme a reçu des fonds en 1985, lors de la phase de financement SE I, et en 1989, au cours de la phase SE V. Ce manuel rapporte d'authentiques situations de terrain et vise avant tout à donner aux directeurs de programmes les moyens d'analyser leurs problèmes et d'y remédier. De nombreux exemples provenant d'Indonésie illustrent des points importants et fournissent une approche réaliste de la gestion des programmes SE en montrant des situations qui furent une réussite et d'autres qui ne le furent pas. Le texte qui suit est extrait de la préface de ce manuel:

> "Le manque d'aptitudes et d'expertise en matière de gestion représente un des obstacles majeurs à la diminution de la mortalité infantile et maternelle. Les systèmes de gestion fournissent un soutien indispensable aux équipes SE. Une des principales leçons que nous avons apprises, sur laquelle on ne cesse de mettre l'accent au cours des ateliers SE, est que chaque pays dispose des techniques nécessaires aux interventions SE, mais que le manque d'une bonne gestion, formation et supervision constitue souvent un obstacle à une mise en oeuvre couronnée de succès.
>
> "Un des buts de la gestion sanitaire est de rendre les soins de santé accessibles à chaque famille dans une région donnée. Pour le réaliser d'une manière efficace, il faut que l'équipe sanitaire travaille avec la communauté pour en déterminer l'état de santé et identifier les problèmes de santé. Comment une personne responsable d'un programme de santé dans une région bien définie, avec un personnel et des ressources tout-à-fait limitées, peut-elle fournir des services à tant de gens? C'est la communauté elle-même qui donne la réponse.
>
> "Un directeur doit pouvoir compter sur l'action communautaire pour étendre les soins de santé. Une partie essentielle de la direction d'un programme est de promouvoir et aider le maintien des activités communautaires. Travailler avec la communauté, diriger une équipe de santé,

superviser et évaluer les activités de santé constituent un redoutable défi. Pour le relever, de considérables capacités de gestion sont nécessaires.

"La question du maintien à long terme fait partie integrale de la gestion: maintenir l'intérêt des parents, l'enthousiasme des agents de santé ainsi que le développement et l'administration de divers systèmes opérationnels qui garantissent l'efficacité des programmes.

"Gérer, c'est obtenir que les choses se fassent, en utilisant les ressources de manière efficace. Ce guide est basé avant tout sur les expériences d'un ancien directeur d'un programme SCF Survie de l'Enfant. Aucun guide ne peut enseigner les aspects humains d'une bonne gestion. Une bonne gestion consiste pour un tiers de techniques qui peuvent être enseignées. Les deux autres tiers sont faits de sens de la direction, de motivation, d'élan et de créativité. La promotion de ces qualités conduit à des programmes qui réussissent ainsi qu'à une meilleure continuité et un meilleur maintien des programmes.

Note de la rédaction

Pour de plus amples informations, ou pour obtenir une copie de ce guide particulièrement utile, prière de se mettre en rapport avec: Ms. Karen LeBan, Manager of the Health Unit, Save the Children Federation, 54 Wilton Road, Westport, CT 06880, USA.

Référence

Sillan D. Child Survival Management Curriculum: A Management Guide for Child Survival Managers. Save the Children Federation, Westport, CT, USA. June 1990.

Discussion des éléments clés de la gestion d'un programme

Comment pouvons-nous mieux gérer les programmes de Survie de l'Enfant (SE) et quelles sont les problèmes clés en matière de gestion? Ces questions ont été soulevées par le staff de programmes d'organisations non gouvernementales (ONG) lors d'ateliers SE à l'échelon national, régional et international. La liste qui suit comprend les facteurs clés que les membres expérimentés des staffs d'ONG considèrent comme nécessaires à une gestion de programme SE couronnée de succès.

- Développer des objectifs clairs et mesurables et les utiliser pour évaluer l'avance du programme.
- Définir les tâches de l'équipe du programme et établir des descriptions de travail.
- Effectuer des visites de supervision à intervalle court et régulier.
- Etre à l'écoute des problèmes rencontrés par les travailleurs et aider à trouver des solutions.
- Etablir une bonne communication au sein de l'équipe du programme.

Le directeur d'un programme SE devrait amener le staff à concenter ses énergies sur l'accomplissement de quelques objectifs mesurables. Il faut que les objectifs soient spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, opportuns et limités dans le temps (SMARTOL). Les objectifs doivent être utilisés par le directeur pour suivre de près et évaluer les performances du programme.

Le rôle des membres de l'équipe du programme doit être clairement défini. Les travailleurs de la santé qui font partie du programme, agents de santé communautaire et accoucheuses traditionnelles y compris, doivent bien comprendre le travail et les tâches qui leur sont assignées. Le cahier des charges définit quelles sont les tâches que l'on attend du travailleur, à quelle fréquence, dans quel endroit, avec quel matériel. En écrivant un cahier des charges, le directeur peut clarifier ce que l'on attend de chaque type de travailleur. Ces descriptions de chaque poste de travail

devrait être utilisées lors du recrutement des travailleurs et lors de l'évaluation des performances. Chaque membre de l'équipe de santé devrait être au courant du cahier des charges des autres membres de l'équipe. Une description écrite des postes de travail conduit à une utilisation du personnel et une supervision plus efficaces.

Il est indispensable que le superviseur ait un contact direct avec l'équipe du programme. Le directeur d'un programme ne peut s'informer des problèmes et difficultés qu'en faisant régulièrement des visites des lieux. Les membres expérimentés de l'équipe SE savent que de cette façon la supervision devient plus efficace.

Le superviseur devrait conseiller, soutenir et assister le staff pour qu'il accomplisse les tâches comme il faut. D'être à l'écoute des problemes des travailleurs de la santé témoigne de son intérêt. De travailler ensemble pour trouver des solutions créé un esprit d'équipe. Les membres de l'équipe devraient avoir du temps disponible pour partager leurs expériences et leurs solutions. D'encourager la communication au sein du staff promouvoit l'harmonie, le respect et la camaraderie.

Apprendre la gestion tout en améliorant les services: la résolution des problèmes par l'équipe de district (RPED).

La résolution des problèmes par l'équipe de district (RPED) est un exemple frappant de réussite de l'approche "apprendre en faisant" pour développer une meilleure gestion par le personnel de santé.

Des évaluations de la RPED effectuées en Malaisie (1986), au Malawi (1987-1988) et au Zimbabwe (1989-1990) ont montré les effets positifs de cette méthode: les travailleurs de la santé ont amélioré le travail d'équipe, la coordination, la délégation, la supervision, la surveillance, l'utilisation des données disponibles, la mobilisation et la participation de la communauté ainsi que la collaboration avec d'autres organisations.

En plus de ces excellents résultats, les équipes de district ont pu présenter des données quantitatives qui témoignaient d'améliorations spécifiques dans le domaine des soins de santé qu'ils fournissaient, sans qu'aucun fonds supplémentaire n'ait été octroyé à cet effet.

La RPED est une adaptation de l'approche systémique qui avait été décrite en 1974 dans l'ouvrage "Gestion des programmes de santé". Le docteur S. Sapirie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) développa la RPED après des années d'expérience dans l'application de cette méthode. Bien qu'aucune organisation non gouvernementale (ONG) n'ait jusqu'à présent promu la RPED ou pris part à la RPED, une ONG peut certainement adopté cette méthode en étant relativement certaine qu'il en résultera une amélioration de la gestion locale des services de santé.

Comment la RPED marche-t-elle? Tout d'abord, on identifie un problème de santé prioritaire dans un district. Ensuite, les agents de santé qui sont affectés par ce problème sont réunis pour un atelier de planification qui dure neuf jours. En général ces participants font partie du personnel du ministère de la santé rattaché au district. Le fonctionnaire de plus haut rang (par exemple, au Malawi ce fut le directeur des services de santé) délègue un problème de santé spécifique à chacune des "équipes" qui participent à l'atelier (d'après mon expérience, il ne faut pas qu'il y ait plus de quatre équipes de district dans un atelier). Le problème de santé est présenté comme un défi à relever, et il est bien stipulé qu'aucun fonds supplémentaire n'est disponible. Chaque équipe dispose ensuite de 9 à 10 jours pour présenter à tout le groupe une solution détaillée.

A peu près 90% de la durée de l'atelier se passe sous forme de travail d'équipe intensif. Chaque équipe analyse et redéfinit le problème, conçoit une solution réaliste, dresse un plan spécifique pour la mettre en pratique, établit un plan de l'évaluation de leurs efforts, et réunit toute cette information dans un programme de

10 à 15 pages. Durant cette période un groupe de facilitateurs se tient à disposition des équipes qui ont besoin d'une aide technique, mais il n'y a aucune composante éducative. Chaque équipe effectue environ 45 tâches qui l'aident à produire un plan détaillé et réalisable. Ces tâches amènent l'équipe à confectionner environ 20 "produits" particuliers, tels que l'énoncé du problème et des objectifs, le plan de la mise en oeuvre, les indicateurs choisis pour le suivi et l'évaluation. A la fin, l'équipe met ensemble les "produits" et présente son plan pour aborder le problème.

Si les fonctionnaires de rang élevés acceptent le plan (ce qui fut le cas dans les cinq pays où les ateliers de planification RPED ont eu lieu), les équipes retournent dans leurs districts respectifs et mettent en oeuvre leur plan. Une année plus tard, elles retournent à un atelier d'évaluation qui dure trois jours. A ce moment-là chaque équipe présente ses propres évaluations, en décrivant dans quelle mesure elle a pu accomplir son programme et atteindre les buts qu'elle s'était fixés quant à l'amélioration des services, de l'état de santé et du travail d'équipe.

Des informations plus détaillées ainsi que des exemples des tâches assignées et des techniques utilisées dans le cadre de la RPED sont disponibles dans deux rapports des ateliers de planification et évaluation qui ont eu lieu au Malawi. Pour plus de renseignements, prière de s'adresser au Dr. Stephen Sapirie, HST, World Health Organisation, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

Cet article a été rédigé par Dr. Mel Thorne, Adjunct Associate Professor, Department of International Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

Comment World Vision/Bangladesh emploie son système d'information de santé pour améliorer la gestion

Le programme Survie de l'Enfant (SE) de World Vision/Bangladesh à Kamalapur a récemment reçu une subvention SE VII afin d'élargir les activités de leur programme SE IV. Le programme a démarré en octobre 1988 et se concentre avant tout sur les vaccinations, la réhydratation orale, la nutrition et l'espacement des naissances. Environ la moitié des fonds provient de AID/FVA/PVC. Le territoire couvert par le programme est un district urbain de Dakka, dans lequel il y a plus de 80.000 personnes vivant dans des conditions sanitaires déplorables sur une surface approximative de trois kilomètres carrés.

Une des réussites du programme SE de Kamalapur est une système d'information de santé (SIS) bien conçu. Ce SIS est utilisé par la direction du programme pour améliorer la qualité des interventions et pour aider à la prise de décision. L'organisation World/Vision Bangladesh a mis en oeuvre un système pour former chaque travailleur communautaire à collectionner des données qui soient spécifiques aux objectifs de travail. De cette manière chaque travailleur communautaire évalue à intervalle régulier les progrès effectués, et sur la base des données récoltées il prend les décisions qu'il faut pour améliorer les performances (voir tableau).

Les coordinateurs locaux, les infirmières en santé publique et les agents de santé communautaire estiment qu'environ 15 à 20% de leur temps est consacré à la récolte et à l'évaluation des informations. Les familles qui vivent au moins six mois sur les lieux couverts par le programme sont enregistrées au moyen d'une "carte familiale d'enregistrement et de contrôle". En outre, les travailleurs de santé emploient un "formulaire de visite à domicile" pour la mise à jour régulière des renseignements démographiques et d'état de santé. D'autres formulaires permettent de relever des informations relatives à la distribution de vitamine A, les vaccinations, le planning familial et les événements vitaux.

Des enquêtes effectuées sur des échantillons aléatoires fournissent à la direction du programme les données permettant d'ajuster les buts et objectifs du programme

Plan du système d'information de santé du programme SE de Kamalapur, 1988-1991

Niveau	Information	Responsable	But et usage
Communauté	Familles avec enfants de moins de 6 ans et femmes de 15 à 45 ans	L'ASC remplit la carte familiale d'enregistrement et de contrôle	Enregistrer les bénéficiaires cibles et évaluer la situation de départ
Communauté	Interventions Survie de l'Enfant	L'ASC met à jour le formulaire de visite à domicile	Les ISP et les évaluateurs s'assurent que l'accent est mis sur les famiiles à haut risque
Communauté	Nombre d'enfants de 6 à 71 mois recevant une capsule de vitamine A	L'ASC/le BC remplit le formulaire de distribution de la vitamine A	Les ISP et le staff du MS comptent le nombre de capsules distribuées, identifient les cas d'héméralopie (absence de vision nocturne) et les mesures prises
Communauté	Enfants de 0 à 59 mois avec diarrhée	L'ASC/le BC enregistre le nombre d'enfants de moins de cinq ans avec diarrhée, et de femmes sachant préparer et administrer la solution de réhydratation orale	Identifier les enfants avec diarrhée et les mères qui ont besoin d'être formées à la réhydratation orale
Centre / Sous-centre / Poste de vaccination	Nombre d'enfants et de femmes vaccinés contre chaque antigène	L'ISP établit le rapport mensuel PVE	Compter le nombre de femmes et d'enfants vaccinés
Centre / Sous-centre	Couples utilisant actuellement une méthode contraceptive	L'ISP enregistre le nombre de couples pratiquant le planning familial	Identifier les femmes à haut risque pour les suivre de près
Bureau du programme	Activités d'intervention dans chaque zone et section	Unité de surveillance et d'évaluation	Le directeur du programme, le coordinateur des opérations et les ISP comparent les résultats obtenus dans chaque zone et section

ASC = agent de santé communautaire BC = bénévole communautaire ISP = infirmière en santé publique PEV = programme élargi de vaccination MS = ministère de la santé

ainsi que le plan de mise en oeuvre. Les résultats des enquêtes sont présentés sans retard au staff du programme lors de réunions hebdomadaires et mensuelles. Les résultats sont aussi systématiquement diffusés hors du programme lui-même.

Tous les six mois les données relatives aux réalisations effectuées dans les deux zones et diverses sections du programme sont réunies. Diverses comparaisons permettent d'identifier les points forts et les faiblesses du programme. La direction du programme peut alors réallouer les ressources en faveur des zones qui en ont le plus besoin, ou bien intensifier la supervision si les buts ne sont pas atteints.

Finalement, le maintien et la continuité à long terme du programme sont considérés et évalués à tous les stades, de la planification initiale à la mise en oeuvre et à l'évaluation. Des indicateurs sont actuellement utilisés pour évaluer (1) le degré de propriété communautaire et l'appui donné au programme; (2) le nombre d'institutions et d'organisations qui y participent; (3) le degré d'institutionnalisation; (4) les revenus générés par le programme lui-même; (5) la proportion des coûts que le programme a pu couvrir de lui-même.

Note de la rédaction

Cet article est extrait d'un exposé donné par le Dr Kabir Ahmed, du programme SE World Vision/Bangladesh de Kamalapur, à la conférence internationale "Le défi de la croissance dans un environnement urbain" qui a eu lieu à Mexico en septembre 1990.

Quelques problèmes communs aux programmes SE VII

Bien que la qualite des projets soumis par les organisations non gouvernementales (ONG) pour obtenir des fonds de Survie de l'Enfant (SE) se soit ameliorer, les réviseurs techniques ont trouvé des points faibles communs aux projets soumis pour financement en 1991 (subventions SE VII).

Dans certains cas les chiffres relatifs à la population visée mentionnés par les ONG ne correspondaient pas avec les données démographiques. Quelques projets ne contenaient même pas les renseignements de base nécessaires à l'estimation du coût du programme par bénéficiaire potentiel.

Malheureusement, plusieurs projets n'indiquaient aucune raison pour laquelle les services n'allaient pas être fournis à une partie de la population. Il y a des populations dans lesquelles pratiquement toutes les femmes de 15 à 45 ans et les enfants des groupes d'âge appropriés (en dessous de 2 ans, par exemple) devraient être éligibles pour les services que l'ONG va fournir. Dans ce cas une réduction de la population cible n'est pas acceptable, à moins que l'ONG ne donne une explication adéquate de l'exclusion d'une partie de la population. Par exemple, si une ONG a l'intention d'enregistrer ou de fournir des services à environ 80-85% de la population, l'ONG doit démontrer que les 15-20% restant ne sont pas ceux qui ont le plus besoin de ses services. Si certaines femmes et certains enfants ne sont pas inclus dans la population visée parce qu'ils n'ont pas besoin de services, l'ONG doit l'indiquer explicitement dans le projet qu'elle soumet.

Malgré certaines améliorations, il y a des projets qui ne fournissent toujours pas suffisamment d'informations pour que ceux qui les passent en revue puissent se faire une opinion quant à la logistique de l'intervention proposée. L'ONG devrait fournir une description du terrain, de l'état des routes et de l'accessibilité des sites selon les saisons. Les cartes devraient inclure une échelle kilométrique pour évaluer les distances et des indications sur la ville la plus proche.

En ce qui concerne la prise en charge des cas de diarrhées, dans les projets soumis pour financement SE en 1991 les réviseurs techniques ont trouvé qu'il y avait toujours une confusion entre les SRO (sels de réhydratation orale) et la RO (réhydratation orale) proprement dite. Les SRO représentent les sels de réhydratation qui sont fournis en sachet. Ils

devraient comprendre du chlorure de sodium, du bicarbonate de sodium ou du citrate trisodique déhydraté, du chlorure de potassium et du glucose. Correctement mélangé avec la quantité d'eau qu'il faut, ces sels rétablissent l'équilibre électrolytique qui est perturbé par la diarrhée et réhydratent l'enfant. Les SRO sont destinés au traitement de la déshydratation orale, mais ils peuvent aussi être utilisés à domicile pour prévenir la déshydratation. La RO fait référence à toute solution orale de réhydratation utilisée pour le traitement ou la prévention de la déshydratation (SRO, solution de sel et sucre, liquides disponibles à domicile).

Plusieurs projets SE VII ne comprenaient pas d'importantes composantes nutritionnelles dans leur stratégie de prise en charge de la diarrhée. La plupart des ONG ont besoin d'être mis à jour quant aux stratégies de promotion de l'allaitement au sein, de l'alimentation continue lors de diarrhée, et des suppléments alimentaires lorsque l'enfant récupère d'une diarrhée.

Note de la rédaction
Les remarques ci-dessus ont été faites par les réviseurs techniques au moment de la revue des projets soumis pour l'année fiscale 1991.

Questions concernant les SSS

Les questions et réponses suivantes concernant l'emploi des solutions sucre-sel (SSS) sont extraites du bulletin "Dialogue on Diarrhea".

Je suis membre d'une équipe de formateurs en réhydratation orale (RO), et je me suis récemment trouvé incapable de répondre à une question simple sur les SSS. Nos directives nationales pour la RO indiquent qu'il faut prendre dix cuillerées de sucre et une cuillerée de sel pour un litre d'eau de boisson. Mais l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise huit cuillerées de sucre et une cuillerée de sel pour un litre d'eau de boisson. Quelle est la bonne proportion?

En outre, il y a des enfants qui ne supportent pas l'alimentation orale, surtout s'ils sont anoréxiques. Nous avons trouvé qu'il est difficile de traiter ces malades: ils ont une forte chance de développer une hypokaliémie (manque de potassium dans le sang) car la SSS est la seule solution immédiatement disponible. J'ai pris l'habitude d'ajouter de la purée de banane ou du jus de fruit à la SSS dans l'espoir d'augmenter la prise de potassium. Pourriez-vous me donner plus de renseignements à ce sujet?

Auteur de la question: Abdul-Rahmen Umar Pella, Primary Health Care HQ, PMB 5, Song, Gongola State, Nigeria.

Le Dr Nate Pierce de l'OMS répond:
L'expérience a montré qu'avec les SSS il y avait un certain nombre de problemes qui limitent leur utilisation en tant que liquide pour le traitement de la diarrhée à domicile. Un de ces problèmes est qu'il n'y a pas de recette unique pour préparer une SSS. Un autre problème est que les mères préparent souvent les SSS de manière incorrecte, soit parce qu'elles font des erreurs en mesurant les ingrédients, soit parce qu'elles ne se souviennent pas bien de la recette. Le danger est que les SSS contiennent alors trop de sucre, trop de sel ou pas assez d'eau. La solution devient hypertonique, ce qui cause d'autant plus de diarrhée et de déshydratation. En effet, l'hypertonicité de la solution "puise" l'eau qui est dans le corps vers les intestins. L'OMS recommande plutôt les liquides préparés à domicile contenant des céréales cuites, par exemple du riz à l'eau ou du gruau de céréales, au lieu du sucre. Les solutions contenant des céréales ont l'avantage qu'en général elles ne deviennent pas hypertoniques. Au fur et à mesure que l'amidon contenu dans ces solutions est digéré, le glucose libéré est rapidement absorbé avec l'eau et les sels. Si les SSS sont utilisées, l'OMS recommande 3 grammes de sel (environ une cuillère à thé rase) et 18 grammes de sucre (4 à 5 cuillères à thé) par

21

litre. En préconisant d'utiliser une plus petite quantité de sucre, le risque lié aux erreurs de mesure est réduit. L'OMS ne conseille pas d'ajouter de la nourriture aux SSS ou aux solutions de RO car cela risque d'embrouiller les mères. Il est néanmoins tout à fait acceptable de donner nourriture et boisson en alternance, par exemple quelques gorgées de liquide suivies de purée de banane, puis à nouveau du liquide ou du jus de fruit. En plus de l'énergie et des protéines qu'ils fournissent, les aliments sont une source importante de potassium, un sel dont la perte est considérable durant la diarrhée et qui n'est pas contenu dans les SSS. Mis à part les bananes et les fruits frais, les légumes secs cuits, l'eau de noix de coco verte et les légumes à feuilles vertes foncées sont de bonnes sources de potassium.

Référence

Dialogue on diarrhea, p. 9, Issue No. 43, AHRTAG, London, Dec. 1990.

La revue des premiers rapports annuels SE V montrent bien des améliorations

Chaque année l'A.I.D. demande à un consultant de passer en revue les premiers rapports annuels afin de suivre les progrès accomplis au sein des programmes des ONG participantes. La toute dernière revue montre une plus grande utilisation des données pour la planification, de meilleurs plans de dépistage des individus à haut risque et une concentration plus marquée sur le maintien et la continuité à long terme des programmes. En outre, les ONG ont mieux disséminé dans les communautés l'information récoltée lors des enquêtes préliminaires. En comparaison avec les rapports annuels SE III et SE IV, ceux de la phase SE V ont montré les améliorations suivantes:

- Plan du programme. Dans les programmes SE V l'accent est mieux mis sur le dépistage et le suivi des cas à haut risque, en particulier les enfants mal nourris et les femmes présentant une grossesse à haut risque. Des stratégies pour résoudre le problème des enfants incomplétement vaccinés et des enfants ayant des diarrhées persistantes ont également été développées.
- Ressources humaines. La collaboration avec d'autres secteurs de développement et d'autres organisations de santé a été améliorée, l'assistance technique s'est améliorée de façon qualitative et quantitative, l'organisation et la participation communautaire aux activités de santé se sont accrues.
- Systèmes d'information. Les enquêtes sont plus complètes et elles ont lieu à des moments plus opportuns, la récolte des données de routine s'est améliorée, la rétroaction de l'information aux travailleurs de santé et aux bénéficiaires des programmes est meilleur, et l'information récoltée est mieux intégrée dans la planification. Dans tous les programmes SE V une enquête pour évaluer la situation de départ a été effectuée avant la fin de la première année de fonctionnement.
- Maintien et continuité à long terme. L'analyse des rapports annuels révèle des considérations pratiques et réalistes quant au maintien et à la continuité à long terme des programmes. Les questions suivantes sont abordées: récupération des frais généraux, création de ressources et de revenus, diminution des coûts avant que le financement par l'A.I.D. ne prenne fin. Néanmoins, très peu d'ONG ont mis sur pied des mécanismes de création de revenus ou de récupération des frais généraux qui étaient opérationnels au moment de la rédaction de leur premier rapport annuel.

Note de la rédaction

Pour obtenir plus de renseignements, prière de se mettre en rapport avec John McEnaney, Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, SA-2 Room 103, 515 22nd Street, Washington, DC 20037, USA

Polio Plus rapporte les expériences faites afin d'améliorer la gestion des enquêtes.

De nombreuses ressources sont à la disposition des managers d'ONG qui cherchent à améliorer leur programme de Survie de l'Enfant (SE). L'expérience d'autres groupes travaillant dans le même domaine constitue une importante source d'informations de haute valeur. Les ONG peuvent collaborer avec d'autres ONG, avec des organismes gouvernementaux et des organisations internationales. Lorsque les moyens financiers sont disponibles, partager ses expériences avec des organisations d'autres pays peut être très bénéfique, comme cet article va le montrer.

Le Rotary International a un programme mondial de lutte contre les maladies pour lesquelles un vaccin est disponible. Un des buts principaux est d'éliminer la polio. Polio Plus cherche à fournir le vaccin anti-poliomyélitique durant cinq années consécutives à l'intention de tout programme de vaccination national ou régional qui a été approuvé. En plus, dans chaque pays pour lequel une subvention Polio Plus a été accordée, les Rotariens font des dons et encouragent les firmes et les associations professionnelles locales à faire dons de biens et services qui peuvent être utiles au programme de vaccination. Leurs efforts de mobilisation sociale vont de l'utilisation des mass média à la formation de bénévoles locaux.

Le Rotary soutient actuellement deux programmes financés par AID/FVA/PVC, l'un en Inde et l'autre au Nigeria. Au cours des dernières années ces deux programmes ont pu se rendre compte de la valeur des échanges d'information à travers les frontières nationales.

Le Nigeria souhaite atteindre une couverture complète de la vaccination des enfants d'ici à 1991. En vue d'atteindre ce but, le gouvernement a énormément investi en infrastructure ces dix dernières années. Pour évaluer le degré de couverture vaccinale il est néanmoins indispensable d'avoir un dénominateur précis. Le dernier recensement national de la population du Nigéria qui soit acceptable date de 1963. Toutes les évaluations de couverture faites après cette date sont basées sur des projections démographiques, et par conséquent la couverture réelle demeure inconnue. C'est pourquoi le ministère fédéral de la santé du Nigéria a demandé une enquête pour évaluer la couverture vaccinale.

Mme Usha Goel, une représentante de Rotary Polio Plus de l'Inde, a participé à une enquête d'évaluation de la couverture vaccinale dans l'état d'Anambra au Nigéria.

L'équipe d'enquêteurs a défini les buts suivants:

- Evaluer la couverture des vaccins BCG, anti-poliomyélitique oral, DTP (diphtérie, tétanos, coqueluche) et anti-rougeoleux au Nigéria
- Déterminer le pourcentage d'enfants entre 12 et 23 mois complètement vaccinés.
- Evaluer la couverture vaccinale anti-tétanique chez l mères es d'enfants âgés de 0 à 11 mois.
- Sur la base des résultats ainsi obtenus, identifier les composantes du programme qui ont besoin d'être renforcées pour améliorer et maintenir une haut degré de couverture vaccinale.

La méthode utilisée fut la méthode d'enquête OMS des 30 échantillons en grappe. Quatre cohortes furent incluses: enfants de 0 à 11 mois, enfants de 12 à 17 mois, enfants de 18 à 23 mois et mères d'enfants âgés de 0 à 11 mois.

Le ministère fédéral de la santé organisa un atelier de quatre jours à l'intention des consultants et des coordinateurs. Les superviseurs et les enquêteurs participèrent à une atelier de six jours organisé à l'échelon de l'état. La récolte des données, la validation de 30% des données collectées et la rédaction d'un rapport prirent cinq jours.

L'état d'Anambra est constitué de 30 territoires gouvernementaux. Cinquante étudiants et du personnel des écoles de technologie de la santé participèrent à l'enquête.

Les participants formèrent 15 équipes de deux enquêteurs et un superviseur, ainsi qu'un groupe comprenant cinq enquêteurs de réserve. Deux jours avant le début de l'enquête, les organisateurs publièrent la liste des 30 échantillons en grappe choisis au hasard, laissant ainsi du temps aux fonctionnaires locaux pour organiser l'enquête. Chaque jour les consultants et les coordinateurs passèrent en revue les formulaires d'enquête afin de détecter toute erreur de récolte des données et remédier aux problèmes.

Les leçons qui ont été tirées afin d'améliorer la gestion et l'organisation des enquêtes sont les suivantes:

- Le soutien logistique doit être en place avant que la formation des enquêteurs ne commence, afin de diminuer l'anxiété et assurer que toutes les activités se déroulent sans accroc.
- Les périodes de formation étaient trop longue, et il en résulta une baisse de motivation.
- En incorporant un superviseur dans chaque équipe d'enquête, le superviseur tend à fonctionner comme un enquêteur, et non pas comme un observateur extérieur. Un superviseur pour trois équipes d'enquêteurs est une bien meilleure répartition.
- Les enquêteurs de réserve jouent un rôle très important car ils permettent à l'enquête de se poursuivre normalement malgré les absences.
- Les guides locaux jouent un rôle important à tous les stades de l'enquête.

En résumé, la représentante de Polio Plus du Rotary de l'Inde trouva très utile de participer à l'enquête au Nigéria car elle en retira plusieurs nouvelles idées pour le programme Polio Plus en Inde. Le Rotary se rend compte qu'il doit donner l'exemple en définissant le rôle qu'il souhaite jouer dans la surveillance de la polio en Inde et au Nigéria. Polio Plus fait maintenant partie des équipes PEV (programme élargi de vaccination) qui travaillent dans les territoires gouvernementaux. Grâce à sa collaboration à l'enquête, le Rotary s'est fait une très bonne réputation auprès du gouvernement du Nigéria, l'OMS et l'UNICEF.

Cet article a été rédigé par Mme Usha Goel, du programme Polio Plus en Inde.

Le Rapport Technique ONG de Survie de l'Enfant est préparé et distribué trimestriellement par le Programme de Soutien à ONG Survie de l'Enfant, Université Johns Hopkins, Baltimore, selon l'accord de coopération #PDC-0526-A-00-6186-00 établi avec l'Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D. Les rédacteurs reçoivent avec plaisir toute correspondance à l'adresse suivante: Rapport Technique PVO Survie de l'Enfant, Institute for International Programs, The 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 Christine Ortiz, M.Sc.

Le Rapport Technique est envoyé gratuitement au personnel ONG travaillant dans les agences et sur le terrain ainsi qu'au personnel de U.S.A.I.D. Health and Child Survival. Pour les autres personnes ou groupes, le prix de l'abonnement est de 6.25 US$ par année, celui de l'exemplaire isolé est de 1.40 US$.

24

Supervivencia Infantil

INFORME TÉCNICO PARA LOS OVP

Julio de 1991
Vol. 2, Num. 2

FHI: Prácticas para mejor supervisión 1
Guía de SCF para gerentes de SI 3
Lecciones en gerencia por PVOs 4
Equipos de Resolución de Problemas 5
Información en Salud de WV/Bangladesh 6
Estudios del PAI por PolioPlus 11

Formas prácticas para mejorar la supervisión de los Programas de Supervivencia Infantil

El Dr. Rufi Macagba, Coordinador Internacional de Salud de la organización Food for the Hungry International, ha dedicado una considerable parte de su carrera profesional a fortalecer los sistemas de conducción y gerencia en la Atención Primaria de la Salud. Durante los años 1975 - 1988, el Dr. Macagba organizó el apoyo técnico a los programas de "World Vision Relief and Development" a sus programas en algunos países en vías de desarrollo. El Dr. Macagba colaboró en el diseño del curriculum de capacitación gerencial a nivel ejecutivo de World Vision, para los directores generales y sub-generales de las oficinas central y locales. El Dr. Macagba ha reasumido recientemente algunas de sus ideas sobre los aspectos prácticos de la supervisión, e hizo las siguientes sugerencias a los lectores del *Informe Técnico.*

Supervisión se puede definir como la gerencia o conducción de un equipo para ejecutar una serie de labores de acuerdo a unos estándares específicos. El supervisor de un proyecto de Supervivencia Infantil, es un gerente de primera línea, asignado a un grupo de comunidades para cumplir los objetivos del proyecto.

Un buen supervisor trabaja junto con el personal para identificar y resolver los problemas, a la vez que proporciona educación continua a los comités de salud y trabajadores de salud de la comunidad. Estos líderes de la comunidad, se hacen partícipes del esfuerzo para lograr metas comunes de salud, pero por lo general, estos no son empleados de la organización. En mi experiencia, esta situación requiere que la supervisión de un programa de salud en la comunidad, o de Supervivencia Infantil, sea un proceso de colaboración y no de supervisión vertical, en el sentido tradicional de gerencia.

Para que un programa de Supervivencia Infantil tenga éxito, las PVO harán mejor en crear un equipo de trabajo conjunto y no un equipo de supervisores con personal subordinado. Esto significa mejor capacidad de negociación en una atmósfera de respeto mutuo. El supervisor de área incluye a los trabajadores de la salud de la comunidad en la toma de decisiones de grupo, la planificación del trabajo, seguimiento y evaluación del progreso del programa y resolución de problemas.

Elección de los supervisores

¿Quién puede ser un supervisor? El Programa de Apoyo de Supervivencia Infantil de la PVO respondió a esta pregunta, hablando con las PVO y revisando los informes anuales. El trabajo necesita una persona con habilidad para trabajar con dinámicas grupo, motivación para trabajar con la gente y dispuesta a trabajar conjuntamente para lograr objetivos comunes. Esta habilidad o destreza es mucho más importante para una buena supervisión que el título técnico o médico que la persona pueda poseer. Por ejemplo, el programa de la PVO Esperanza/Bolivia, ha constatado que el personal de enfermería auxiliar es el más adecuado y rentable que el personal médico como supervisor del personal de salud comunitario. Aunque el personal de enfermería no tiene una preparación técnica tan alta como el médico, este puede comunicarse mejor con los trabajadores

de la salud de base.

En los informes anuales a la Agencia Internacional del Desarrollo (A.I.D.), los programas de las PVO señalaron la importancia de la participación de los supervisores en el proceso de aprendizaje de los trabajadores de la salud de la comunidad y los auxiliares de enfermería. El entrenamiento práctico es importante para definir las funciones y establecer las relaciones de trabajo entre los integrantes del equipo del proyecto. El supervisor debe ser identificado por los trabajadores de salud como un educador, lo que facilitará su labor de capacitación, apoyo y consejo durante las visitas de supervisión a los trabajadores de la salud.

Desarrollo de un espíritu de equipo

Establecer y mantener buenas relaciones humanas entre los integrantes del equipo, son importantes para obtener un alto rendimiento. Cuando los supervisores están exclusivamente preocupados con el trabajo y no con los integrantes del equipo, por lo general, no se consiguen los mejores resultados del personal. Demostrar regularmente interés en cada miembro del equipo y como ellos perciben su trabajo, ayudará a motivarlos y puede guiar al descubrimiento de problemas, que de otra manera pasarían desapercibidos.

La integración de los miembros del equipo en el proceso de planificación y la participación en actividades extracurriculares, ayudará a desarrollar la moral y el espíritu de equipo. Dichas actividades pueden incluir juegos populares o deportes, meriendas campestres, visitas a lugares de interés o excursiones, o simplemente reunirse durante las comidas. El director inteligente de un proyecto de la PVO, incluye a los miembros del equipo en las sesiones de planificación, la toma de decisiones, resolución de problemas, y evaluación de programas. Estas actividades conjuntas ayudan a formar un equipo altamente motivado y a una mayor realización de los objetivos del proyecto.

Sin ejemplos reales, la gente encuentra difícil aplicar las ideas y métodos nuevos aprendidos durante el entrenamiento. Como una parte fundamental del aprendizaje, los supervisores y representantes de la comunidad deberían visitar otros programas de salud o de Supervivencia Infantil, con el fin de observar directamente, como se desarrollan las actividades. A través de estas visitas, el personal de un programa de Supervivencia Infantil consigue un mejor entendimiento de los problemas comunes en la ejecución de un proyecto y aprende nuevas estrategias para resolver problemas. Además, nunca será suficiente, incluir más educación, regular y contínua, en los proyectos de Supervivencia Infantil.

Logro de objetivos

Los programas de Supervivencia Infantil debe presentar numerosos informes con fechas límite. Existen varias técnicas que pueden ayudar al equipo a cumplir con estos plazos. Un calendario de reuniones regulares del supervisor con cada uno de los trabajadores de la salud, ayuda a mantener el interés y a elevar la moral del personal. El trabajar conjuntamente, refuerza también los lazos entre el supervisor y los trabajadores. Por ejemplo, los supervisores de área de "Food for the Hungry International/Bolivia" ocasionalmente trabajan mano a mano con sus trabajadores en las campañas de inmunización, evaluación del crecimiento y educación en salud.

Las visitas regulares del supervisor a los centros locales son importantes, pero aisladamente, no son suficientes para asegurar el éxito de un proyecto. Es importante también, que el supervisor ayude al comité de salud y a los trabajadores de salud de la comunidad, a desarrollar un plan de acción y a establecer los objetivos del mes o de un período de tiempo, hasta la próxima visita del supervisor. El plan de acción de la comunidad debe ser para

apoyar los objetivos, y para el plan de acción de 90 días del supervisor.

Otra técnica para dirigir al equipo de Supervivencia Infantil hacia el cumplimiento de los objetivos del programa es la utilización de tablones con información sobre la salud de la comunidad. El proyecto "Food for the Hungry" en Bolivia ha diseñado unos tablones con gráficas que la gente puede comprender y utilizar fácilmente. Los trabajadores de la comunidad y los miembros del comité de salud, recogen datos sobre indicadores específicos y colocan esta información en el tablón cada mes. Durante cada una de las visitas, el supervisor discute los resultados de los tablones con el comité de salud de la comunidad y los trabajadores de la salud.

Los supervisores necesitan estar motivados para cumplir sus objetivos. En las reuniones regulares del personal, cada supervisor de área debe informar sobre los progresos hacia el cumplimiento de los objetivos. También se puede ayudar a motivar el personal a través de competencias amistosas, que reconozca y distingan al "supervisor del mes" (o del trimestre).

Contribución del Dr. Rufi Macagba, M.D., M.P.H., International Health Coordinator, Food for the Hungry International, 7807 East Greenway Road, Suite 3, Scottsdale, AZ 85260.

Guía para los gerentes de Supervivencia Infantil basada en las experiencias de un proyecto

En Junio de 1991, "Save the Children Federation" (SCF) administraba diez (10) programas de Supervivencia Infantil patrocinados por AID/Washington en los siguientes países: Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Honduras, Indonesia, Malawi, Mali, Nepal, Sudán y Zimbabwe. Con el fin de estandarizar la orientación de los programas de Supervivencia Infantil y mantener el nivel técnico en todos los proyectos, la PVO ha editado recientemente la guía para la dirección del programa de Supervivencia Infantil: esta es una guía sobre gerencia para los directores de los programas de Supervivencia Infantil. Esta, cubre temas relevantes como la planificación de programas, personal, administración de recursos financieros y evaluación.

La autora, Sra. Donna Sillan, Consejera Regional de Salud de la SCF en Asia, basó este documento en sus experiencias personales como directora del programa urbano de Supervivencia Infantil de la SFC en Jakarta, en los año 1985 (CS I) y 1989 (CS V). Esta guía se basa en situaciones reales y se centra en como entrenar a los directores para analizar y disminuir los problemas. Muchos de los ejemplos extraídos de Indonesia ilustran puntos importantes y ofrecen un enfoque realista de lo que funciona y lo que no funciona en la gerencia de Supervivencia Infantil. El texto que viene a continuación es un extracto del prólogo de la guía.

> "Uno de los grandes obstáculos para reducir la mortalidad perinatal, infantil y materna, es la falta de habilidades gerenciales y especialización. Los sistemas de gerencia aportan una apoyo esencial a los equipos de Supervivencia Infantil. Una de las lecciones aprendidas más importantes y recalcadas durante los talleres de trabajo, es que las tecnologías necesarias para las intervenciones de Supervivencia Infantil están disponibles en todos los países, sin embargo, la falta de una buena dirección, formación y sistema de supervisión es con frecuencia el obstáculo para su ejecución con éxito".
>
> "Una de las metas en la gerencia de salud es llevar la atención sanitaria a todas las familias en un área determinada. Para lograrlo de una manera efectiva, el equipo de salud debe trabajar con la comunidad, determinar el estado de salud e

identificar los problemas de salud. ¿Como puede una persona encargada del programa de salud en una área determinada, con poco personal y recursos limitados atender a tanta gente? La comunidad misma proporcionará la respuesta".

"El director debe confiar en la acción de la comunidad para extender la atención primaria. Promover y ayudar a que la comunidad organice sus actividades es un componente esencial de la gerencia. Se precisa una cantidad considerable de talento administrativo para afrontar el formidable desafío que es trabajar con la comunidad, dirigiendo un equipo de salud, supervisando y evaluando las actividades de salud".

"El mantenimiento a largo plazo esta integrado a la gerencia del proyecto: garantizar la efectividad del programa manteniendo el interés de los padres, el entusiasmo de los trabajadores de la salud y el desarrollo y administración de los diversos sistemas operativos".

"Gerencia es hacer Las cosas a través de La gente, utilizando los recursos eficientemente. Esta guía es sobre habilidades gerenciales prácticas, extraídas por un ex-gerente de proyecto de SI de la SCF. Ninguna guía puede enseñar el lado humano de una buena gerencia. Una buena gerencia es tal vez un tercio de técnica que se puede enseñar. Las otras dos terceras partes abarcan liderazgo, motivación, moral y creatividad. El fomentar estas cualidades llevará a unos programas con éxito y a una mejora del mantenimiento a largo plazo".

Nota del editor

Si desea obtener más información o una copia de esta excelente guía sobre gerencia dirigirse a Ms. Karen LeBan, Manager of the Health Unit, Save the Children Federation, 54 Wilton Road, Westport, CT 06880.

Bibliografía

Sillan, D. Child Survival Management Curriculum: A Management Guide for Child Survival Managers, Save the Children Federation, Westport CT, Junio 1990.

Personal de las PVO hablan sobre los elementos esenciales en la gerencia de un proyecto.

¿Como se podría mejorar la gerencia de los proyectos de Supervivencia Infantil y cuales son los temas claves en gerencia? Estas preguntas fueron formuladas por el personal de campo y de las oficinas centrales de las PVOs, durante talleres de trabajo internacionales, nacionales y regionales de Supervivencia Infantil. Los siguientes son los factores claves, que personal de las PVO piensan son necesarios para la dirección de programas de Supervivencia Infantil.

- Desarrollar objetivos claros y utilizarlos para determinar el progreso.
- Definir las funciones del personal del proyecto y elaborar descripción de actividades.
- Mantener las visitas de supervisión, frecuentes y regularmente.
- Escuchar problemas encontrados por el personal y ayudar a solucionarlos.
- Establecer una buena comunicación entre los integrantes del equipo de trabajo.

El gerente del programa de Supervivencia Infantil, debe dirigir al personal a concentrarse en alcanzar unos pocos objetivos mensurables. Estos objetivos deben ser "SMART": eSpecíficos, Mensurables, Alcanzables, Realistas y a Tiempo (limitados en tiempo y en el momento apropiado). El director debe vigilar y evaluar el cumplimiento del proyecto a través los objetivos.

Las funciones del personal del programa deben estar definidas claramente. Los trabajadores de salud del proyecto, incluyendo los voluntarios y parteras de la comunidad, deben entender las funciones o actividades que les son asignadas. La descripción laboral de cada trabajador, debe describir las tareas especificas,

donde, cuando y los materiales necesarios para cumplirlas. El director puede clarificar lo que se espera de cada trabajador escribiendo una descripción de las tareas necesarias. Estas descripciones laborales deben ser utilizadas a la hora de reclutar trabajadores y para evaluar la ejecución del trabajo. Cada miembro del equipo debe conocer las descripciones de trabajo de los otros componentes del equipo. Una clarificación por escrito de las descripciones de trabajo conduce a una utilización más eficiente del personal y a una supervisión más efectiva.

Es esencial que el supervisor tenga contacto directo con el personal del proyecto. Un gerente de programa sólo puede conocer los pormenores y problemas mediante visitas regulares a los centros de salud locales. El personal de Supervivencia Infantil experimentado, ha aprendido que la supervisión es más efectiva cuando hay un calendario de visitas regulares.

El supervisor debe guiar, apoyar y asistir al personal a desempeñar las tareas. Escuchar los problemas de los trabajadores implica interés. Trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones afianza el acercamiento del equipo. Se debe dedicar un tiempo determinado para que los miembros del equipo intercambien experiencias y soluciones. El favorecer la comunicación entre el personal crea armonía, respeto mutuo y camaradería.

Aprendiendo sobre dirección mientras se mejoran los servicios: Equipos Regionales de Resolución de Problemas (DTPS)

El Equipo Regional de Resolución de Problemas (del Inglés District team Problem-solving, DTPS) es una ejemplo exitoso del enfoque "Aprender haciendo" para mejorar La gerencia del personal de salud.

Las evaluaciones de los DPTS realizadas en Malasia (1986), Malawi (1987-88), y Zimbabwe (1989-90) mostraron que los trabajadores de la salud mejoraron en las siguientes áreas: trabajo en equipo, coordinación, delegación de funciones, supervisión, vigilancia, uso de datos disponibles, movilización y participación de la comunidad y colaboración con otras agencias de servicios.

Adicionalmente a estos logros, los equipos regionales pudieron ofrecer evidencia cuantitativa de las mejoras específicas realizadas en la prestación de los servicios de salud, a pesar de que no se otorgó un presupuesto adicional con este propósito.

El DTPS es una adaptación para trabajadores de la salud a nivel operacional, del enfoque de los sistemas que originalmente fueron presentados en el manual "Gerencia de un Proyecto de Salud" 1974. El Dr. S. Sapirie de la OMS, desarrollo los DTPS después de muchos años aplicando este enfoque. Aunque ninguna PVO ha subvencionado o participado todavía en un DTPS, es un vehículo que una PVO puede tomar con una seguridad relativa, para mejorar la administración de los servicios de salud.

¿Como funciona un DTPS? Primero se identifica un problema de salud real y prioritario en la región. Entonces, los trabajadores de la salud afectados por este problema, se reúnen en un taller de trabajo de planificación de nueve días. Estos participantes fueron generalmente personal del Ministerio de Salud de esa región. El oficial de más alto rango (por ejemplo, el Jefe de los Servicios de Salud participó en el taller de trabajo de Malawi) asigna el problema seleccionado a cada uno de los "equipos" que fueron formados en el taller de trabajo. (Basado en mi experiencia, cuatro equipos regionales es el número máximo que puede participar en el taller). El problema de salud se presenta como un desafío, ya que la condición es que no se dispone de un presupuesto adicional. Se espera que cada equipo presente una solución detallada a todo el grupo en un plazo de nueve a diez días.

En el taller, aproximadamente 90% del tiempo se dedica al trabajo en equipo: cada equipo debe analizar y redefinir el

problema, concebir una solución realista, planear tareas específicas para lograrlo, describir los planes para evaluación y consolidar la información en una propuesta de diez o quince páginas. Durante este tiempo, un grupo de facilitadores da apoyo a aquellos equipos que lo necesiten, sin embargo, no hay ningún componente de instrucción. Se ayuda a que cada equipo prepare un plan detallado mediante la realización de 45 tareas asignadas. Estas tareas llevan a que el equipo saque 20 "resultados", como la descripción del problema, objetivos y metas, cronograma de actividades y los indicadores para la vigilancia y evaluación. El equipo entones combina los resultados obtenidos y presenta su propuesta de como solucionar el problema.

Si los oficiales de los servicios de salud de rango más alto aceptan las propuestas (como lo han hecho hasta ahora en los cinco países donde se han llevado a cabo estos talleres de trabajo), los equipos regresan a sus respectivas áreas y proceden con los planes detallados. Un año después vuelven para un taller de trabajo de evaluación de tres días de duración. Allí cada equipo presenta su propia evaluación, describiendo hasta que punto ha sido capaces de llevar a cabo sus planes y objetivos en términos de mejorar el servicio, el estado de salud y trabajo en equipo.

Una descripción detallada y ejemplos de las tareas asignadas y técnicas utilizadas en los DTPS se pueden obtener en dos informes de los talleres de trabajo de evaluación y planificación que tuvieron lugar en Malawi. Para obtener más información sobre el programa del DTPS dirigirse al Dr. Stephen Sapirie, HST, the World Health Organization, CH 1211 Geneva 27, Switzerland.

Contribución del Dr. Mel Thorne, Profesor Adjunto, Departamento de Salud Internacional, Universidad de Johns Hopkins.

Como World Vision/Bangladesh utiliza los Sistemas de Información de la Salud para mejorar la gerencia.

Al proyecto de Supervivencia Infantil de World Vision/Bangladesh en Kamalapur ha recibido recientemente fondos de SI (CS VII) para extender actividades del proyecto de CS IV. El proyecto se inició en Octubre de 1988 con las siguientes intervenciones: inmunización, tratamiento de rehidratación oral, nutrición, y espaciamiento entre hijos. Aproximadamente la mitad de los fondos del programa provienen de AID/FVA/PVC. El área cubierta por el programa es un distrito en la zona urbana de Dhaka, donde más de 80.000 personas viven en condiciones sanitarias pobres en un superficie de aproximadamente tres kilómetros cuadrados.

Un logro del proyecto de Supervivencia Infantil en Kamalapur es el Sistema de Información de Salud (HIS). Este, es utilizado por el director del proyecto para mejorar la calidad de las intervenciones, así como para asistir en la toma de decisiones. World Vision/Bangladesh ha establecido un sistema para enseñar a cada trabajador de la comunidad a recolectar información específica relacionada con los objetivos del proyecto. De esta manera, cada trabajador de la comunidad evalúa regularmente el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos y toma las decisiones para mejorar el desempeño de su trabajo basado en datos reales. (Ver cuadro).

Los Coordinadores de Area, el Personal de Enfermería de Salud Pública y los Trabajadores de la Salud de la Comunidad informan que aproximadamente entre el 15% y 20% de su tiempo es empleado en recolectar y evaluar la información. El proyecto registra a las familias que lleven viviendo en el área cubierta por el proyecto durante por lo menos seis meses utilizando una "Tarjeta de Registro y seguimiento Familiar". Además, los trabajadores de la

30

Diseno del Sistema de Información de Salud del PSC de Kamalpur, 1988-1991

Nivel	Información	Trabajador responsable	Propósito y Uso
Comunidad	Familias con niños menores de seis años de edad y mujeres entre los 15-45 años de edad	CHW rellena la Tarjeta de Registro y Seguimiento Familiar	Registrar a los beneficiarios y evaluar el estado basal
Comunidad	Intervenciones de Supervivencia Infantil recibidas por la población beneficiaria	CHW pone al día el Formulario de Visita Domiciliaria	Personal de Enfermería de Salud Pública (PHN) y los oficiales de evaluación aseguran el enfoque en familias de alto riesgo
Comunidad	Número de niños de 6 a 71 meses de edad que reciben una capsula de Vitamina A	CHW/CV rellenan el formulario de distribución de Vitamina A	PHN, Personal del MOH cuentan el número de cápsulas distribuidas, identifican los casos de ceguera nocturna y medidas tomadas
Comunidad	Niños de 0-59 meses enfermos con diarrea	CHW/CV registran el número de niños menores de cinco años con diarrea, y el número de mujeres competentes en la preparación y administración de TRO	Identificar los niños con diarrea y las madres que necesitan educación sobre la ORT
Centro/ Subcentro / puesto de inmunización	Número de niños y mujeres inmunizados con cada antigeno	PHN rellena los informes mensuales del PAI	Contar el número de mujeres y niños inmunizados
Centro/Subcentro	Parejas elegibles utilizando actualmente contraceptivos	PHN registra el número de parejas en unión utilizando Planificación Familiar	Identificar las mujeres de alto riesgo y seguimiento
Oficina del Proyecto	Actividades de intervención por cada zona y división	Unidad de vigilancia y evaluación	Director del proyecto, coordinador de operaciones, PHN comparan los objetivos alcanzados en cada zona y división

CHW = Trabajador de la salud de la comunidad CV = Voluntario de la comunidad MOH = Ministerio de Salud PHN = Personal de Enferemería de Salud Pública

31

salud utilizan un "Formulario de Visita Domiciliaria" para las revisiones periódicas de la información demográfica y del estado de salud. Otros formularios recogen información sobre la distribución de vitamina A, inmunizaciones, planificación familiar y fenómenos vitales.

Los estudias aleatorios proporcionan datos para que el gerente del programa ajuste las metas, objetivos y el cronograma de ejecución del proyecto. Los resultados de los estudios se exponen con celeridad al personal del programa durante las reuniones semanales o mensuales. Los resultados también se hacen circular sistemáticamente fuera del proyecto.

Cada seis meses el proyecto recopila datos sobre los objetivos cumplidos en las dos zonas y las diversas divisiones. Esta comparación identifica los puntos fuertes y débiles del proyecto. El gerente del programa puede entonces redistribuir los recursos a las áreas más necesitadas o intensificar la supervisión si los objetivos no son cumplidos.

Finalmente, el programa ha integrado y perseguido el mantenimiento desde la etapa inicial de planificación a través de las etapas de ejecución y evaluación. En la actualidad, el programa utiliza indicadores para establecer: (1) grado de sentido de propiedad y apoyo de la comunidad al proyecto; (2) número de instituciones / entidades participantes; (3) extensión de la institucionalización; (4) cantidad de ingresos que el proyecto ha generado; y (5) extensión de gastos que el proyecto ha sido capaz de recuperar.

Nota del editor

Este artículo es un resumen de la conferencia ofrecida por el Dr. Kabir Ahmed, Proyecto de Supervivencia Infantil en Kamalapur --Word Vision en Bangladesh, durante la conferencia internacional "The Challenges of Growth in an Urban Environment" celebrada en Ciudad de México, en Septiembre 1990.

Algunos de los problemas comunes en las Propuestas de Supervivencia Infantil VII de las PVO

Aunque la calidad general de las propuestas sometidas por las PVO con el fin de obtener fondos para Supervivencia Infantil ha mejorado, el tribunal técnico encontró algunas áreas de deficiencia comunes entre las propuestas presentadas solicitando financiación en 1991 (fondos de CS VII).

En algunos casos, el número de beneficiarios citado por las PVO no es consistente con los datos oficiales de la población. Algunas propuestas no incluyeron los datos mas básicos para establecer los costos estimados por beneficiario potencial.

Desgraciadamente, algunas de las propuestas no explicaban porque la PVO excluía algunas porciones de la población objetivo. Hay algunas poblaciones donde esencialmente todas las mujeres entre los 15 y 45 años de edad y los niños en los grupos de edad apropiados (por ejemplo, por debajo de los dos años), deberían ser elegibles para recibir los servicios que las PVO proyectan ofrecer. En esta situación no es aceptable una reducción de la población beneficiaria, a menos que la PVO de una explicación adecuada de porque la exclusión de estos segmentos de la población. Por ejemplo, si una PVO tiene el propósito de registrar o dar servicio a aproximadamente el 80-85% de la población, la PVO debe demostrar que el 15-20% restantes no son los más necesitados de los servicios. Si algunas mujeres y niños no están incluidos en la población beneficiaria porque no necesitan de los servicios, la PVO debe manifestarlo explícitamente en la propuesta.

Aunque ha habido una mejora, algunas de las propuestas todavía carecen de información suficiente para que el tribunal emita cualquier juicio sobre las consideraciones logísticas. Las PVO deberían presentar una descripción narrativa del terreno, del estado de los caminos y de las variaciones estacionales de accesibilidad a la zona. Los mapas

22

deben incluir una escala en kilómetros que permita juzgar las distancias e indicar el pueblo o ciudad grande más próximos.

En la sección sobre el manejo de los casos de diarrea de las propuestas de Supervivencia Infantil presentadas solicitando financiación en 1991, el tribunal técnico detectó que todavía existe confusión sobre la diferencia entre ORS (sales de rehidratación oral) y ORT (terapia de rehidratación oral). ORS hace referencia a sales para rehidratación oral de presentación en bolsitas. ORS debería incluir cloruro sódico; bicarbonato sódico o citrato trisódico, deshidratados; cloruro potásico; y glucosa. Cuando se mezcla con la cantidad apropiada de agua, estas sales reestablecen el desequilibrio electrolítico causado por la diarrea y rehidrata al niño. La ORS es para el tratamiento de la deshidratación, pero puede ser utilizada caseramente para prevenir la deshidratación. La ORT hace referencia a cualquier solución de rehidratación oral utilizada para el tratamiento o prevención de la deshidratación (incluye ORS, soluciones de agua y azúcar, líquidos disponibles en casa).

Varias de las propuestas de CS VII, no incluyeron el manejo alimentario en las estrategias para el manejo de los casos de diarrea. La mayoría de las PVO necesitan tener al día sus estrategias para la promoción de la lactancia, alimentación continuada durante la diarrea, y alimentación suplementaria mientras el niño se recupera de la diarrea.

Nota del editor

Estos comentarios fueron realizados por miembros del tribunal durante la Revisión Técnica de las propuestas de proyectos para el año fiscal 1991.

Preguntas sobre las SAA

Las siguientes preguntas y respuestas sobre la solución sal - azúcar y agua están reproducidas del boletín *Dialogue on Diarrhea.*

Soy un miembro de un equipo de instructores de ORT, recientemente me he encontrado incapaz de contestar a una pregunta sencilla formulada por uno de los estudiantes sobre las soluciones de sal - azúcar y agua (SAA). Nuestro plan nacional de ORT da la siguiente receta para la ssa: 10 cucharillas rasas de azúcar y una cucharilla rasa de sal por cada litro de agua potable. Pero las instrucciones que tenemos de la OMS son 8 cucharillas rasas de azúcar y una cucharilla rasa de sal por cada litro de agua potable. ¿Cual de las dos preparaciones es correcta?

En segundo lugar, algunos niños no pueden tolerar la alimentación por vía oral, especialmente si están anoréxicos. Hemos encontrado dificultad en mantener aquellos pacientes con probabilidad de desarrollar hipocalémia (deficiencia de potasio) ya que la SAA es la única solución fácilmente disponible. He empezado a incorporar banana chafada o zumo de fruta a la SAA con la esperanza de incrementar la ingestión de potasio. Ruego me proporcionen más información sobre este asunto.

Abdul-Rahmen Umar Pella, Primary Health Care HQ, PMB 5, Song, Gongola State, Nigeria.

Respuesta del Dr. Nate Pierce de la OMS: La experiencia ha demostrado problemas importantes que limitan la utilidad de las soluciones de azúcar y sal (SAA) como soluciones caseras para la diarrea. Primero, no hay una receta única convenida para la preparación de la SAA. Segundo, las madres con frecuencia preparan la SAA incorrectamente, debido a errores al medir los ingredientes, o porque no recuerdan la receta correctamente. El peligro reside en que la sea preparada con demasiada azúcar o sal, o demasiada poca agua. Esto crea una solución hipertónica que puede producir un agravamiento de la diarrea y la deshidratación, ya que La solución "arrastra" el agua hacia el intestino La OMS da preferencia a los líquidos caseros que contienen cereales cocidos, como agua de arroz o papilla de cereal en vez de

azúcar, ya que estos tienen menos posibilidades de convertirse en soluciones hipertónicas. A medida que el almidón contenido en estos líquidos es digerido, la glucosa es liberada y rápidamente absorbida, junto con el agua y la sal. Si se utiliza la SAA, la OMS aconseja que contenga 3 gramos de sal (aproximadamente una cucharilla rasa de sal) y 18 gramos de azúcar (4-5 cucharillas rasas) por litro. Al recomendar estas cantidades más bajas de azúcar, se reducen las posibilidades de que errores en las medidas pueda conferir peligrosidad al liquido. La OMS no recomienda añadir alimentos a las soluciones SAA o ORS, ya que podría equivocar a la madre. Es bastante aceptable, no obstante, alternar la toma de alimentos por ejemplo algunos sorbos de liquido seguidos de algo de banana chafada, y a continuación más liquido o zumo. Además de proporcionar energía y proteínas, los alimentos son una fuente importante de potasio, que se pierde durante la diarrea y que no está presente en la SAA. Además de las bananas y frutas frescas, una buena fuente de potasio son las legumbres cocidas, el agua de coco verde y las verduras de hojas verde.

Bibliografía:

Dialogue on Diarrhea, pág. 9, Boletín nß 43, AHRTAG, London, Diciembre 1990.

La revisión de los primeros Informes Anuales de CS V revela numerosas mejoras

Cada año, la A.I.D. busca un consultor para que revise los primeros informes anuales, esto ayuda a seguir los progresos de los proyectos de las PVO. Los últimos informes muestran que los proyecto de CS-V han aumentado la utilización de los datos para la planificación, mejorado los planes para el seguimiento de individuos de alto riesgo, e intensificado el enfoque sobre el mantenimiento a largo plazo. Además, las PVO han mejorado la diseminación de los resultados de las encuestas basales a comunidad. Los primeros Informes Anuales de CS V mostraron las siguientes mejoras importantes con respecto a los Informes Anuales de CS III y IV:

- Diseño del proyecto. Los proyectos CS V dan un énfasis más marcado en la detección y seguimiento de los casos de alto riesgo, particularmente niños malnutridos y mujeres con embarazos de alto riesgo. Las estrategias también van dirigidas a niños con inmunización incompleta y niños con diarrea persistente.
- Recursos Humanos. Los proyectos CS V muestran una mejor colaboración con otros sectores del desarrollo y otras organizaciones sanitarias, una mayor cantidad y calidad de asistencia técnica, y una mayor organización y participación de la comunidad en las actividades relacionadas con la salud.
- Sistemas de Información. Los informes revelaron que los proyectos CS V cuentan con unas encuestas basales más completas y más a tiempo, muestran mejoras en la recolección rutinaria de datos, mayor divulgación de la información obtenida a los trabajadores de la salud y los beneficiarios, y hacen un mejor uso de la información durante la planificación. El 100% de los proyectos CS V completaron una encuesta basal durante el primer año del proyecto.
- Mantenimiento a largo plazo. El análisis de los Informes Anuales reveló que existe un interés más práctico y realista de los programas de CS V en el mantenimiento. Los proyectos están considerando los temas de recuperación de gastos fijos, generación de recursos e ingresos, y recorte de gastos antes de que finalice la subvención de la A.I.D. Sin embargo, la revisión reveló que muy pocas de las PVO tienen mecanismos de generación de ingresos o recuperación gastos operando en el momento del primer Informe Anual.

34

Nota del editor

Si desea obtener más información sobre este informe, dirigirse a John McEnaney, Chief of the Child Survival and Health Division, AID/FVA/PVC, SA-2 Room 103, 515 22nd Street, Washington, D.C. 20037.

PolioPlus informa sobre las Lecciones aprendidas para mejorar la administración de estudios.

Existen numerosos recursos para auxiliar a los directores de las PVO en su búsqueda de mejorar los programas de Supervivencia Infantil. Una fuente importante de información valiosa es la experiencia de otros grupos con intervenciones similares. Las PVO pueden colaborar con otras PVO del país, con organismos gubernamentales nacionales y con organizaciones internacionales. Cuando existen los recursos económicos, el intercambio de experiencias entre países es muy beneficioso como se demostrará en este informe.

Rotary International tiene un programa mundial dedicado a la promocionar la inmunización contra enfermedades evitables mediante vacunación. Una de sus metas principales es la erradicación de la polio. El programa PolioPlus intenta suministrar vacunas de la polio, durante cinco años consecutivos, a cualquier programa de inmunización nacional o regional que haya sido aprobado. En segundo lugar, en cada país donde haya sido aprobada una subvención para PolioPlus, Rotary crea y estimula las donaciones de bienes y servicios de las empresas privadas y de los sectores profesionales locales en apoyo de su programa nacional de inmunización. Sus esfuerzos de movilización social van desde la utilización de los medios de comunicación hasta la formación de voluntarios de la localidad.

En este momento, Rotary tiene dos programas financiados por AID/FVA/PVC, uno en la India y otro en Nigeria. Durante el último año, estos dos programas se han dado cuenta del valor del intercambio de información entre países.

Nigeria desea alcanzar una cobertura universal de inmunización infantil para 1991. Para ayudar a lograr este objetivo, el gobierno ha invertido extensivamente en infraestructura y sistemas de entrada de datos durante los últimos diez años. No obstante, es necesario un denominador exacto para evaluar la extensión real de la inmunización. El último censo nacional aceptable que se dispone de Nigeria es de 1963. Todas las estimaciones de cobertura posteriores utilizan proyecciones de población, y por lo tanto no reflejan la cobertura real. Por esta razón, el Ministro de Salud Federal de Nigeria quiso realizar una encuesta que evaluara la extensión de la inmunización a nivel nacional.

Dña. Usha Goel, representante de Rotary PolioPlus/India, participó en una encuesta nacional de evaluación de la extensión del EPI en el estado de Anambra, Nigeria.

El equipo de encuestadores definió los siguientes objetivos:

- Determinar la extensión de las vacunas BCG, OPV, DPT y sarampión en Nigeria.
- Determinar el porcentaje de niños completamente inmunizados de edades comprendidas entre los 12 y 23 meses de edad.
- Evaluar la extensión del Toxoide Tetánico (TT) en madres de niños entre los 0 y 11 meses de edad.
- Basados en los resultados anteriores, identificar los componentes del programa que necesiten ser reforzados para aumentar y mantener altos niveles de inmunización.

La metodología utilizada fue el método de encuesta de 30 conglomerados ("cluster") de la OMS. Incluye cuatro cohortes: recién nacido de 0-11 meses, niños de 12-17 meses de edad, niños de 12-23 meses de edad y madres de niños de 0-11 meses de edad.

El Ministerio de Salud Federal organizó un taller de trabajo de cuatro días de

duración para consultores y coordinadores estatales. Supervisores y entrevistadores participaron en un taller de trabajo de seis días de duración a nivel estatal. La recolección de datos, validación del 30 por ciento de los datos recopilados y la preparación del informe tardó 5 días.

El estado de Anambra está compuasto de 30 Areas locales de gobierno. Cincuenta estudiantes y personal de las escuelas de tecnología de la salud participaron en la encuesta de está área. Los participantes formaron 15 equipos de dos entrevistadores y un supervisor, y un grupo de reserva con cinco entrevistadores. Los organizadores de la encuesta anunciaron la lista de los 30 conglomerados seleccionados aleatoriamente dos días antes del comienzo de la encuesta, de manera que los oficiales del área tenian la oportunidad de organizarse. Los consultores y coordinadores estatales escrutinizaron los formularios de la encuestas diariamente, para identificar cualquier error en la recopilación de datos y remediar dificultades.

Los puntos aprendidos para mejorar la dirección de las encuestas son las siguientes:

- El apoyo logístico debe estar instaurado antes de que empiecen el proceso de entrenamiento, esto reduce la ansiedad y asegura el flujo de las actividades a todos los niveles.
- Los períodos de entrenamiento a nivel federal y estatal fueron muy largos, resultando en una disminución de la motivación.
- La designación de un supervisor para cada equipo resulto en la actuación del supervisor como entrevistador, y no como un observador independiente. Un supervisor por cada tres equipos permite que se completen las labores necesarias.
- El grupo de reserva juega un papel muy importante. El personal de reserva reemplaza a miembros del equipo ausentes, permitiendo a la encuesta seguir el calendario previsto.
- Las guías locales tienen un papel importante a todos los niveles de la encuesta.

En resumen, el representante de Rotary PolioPlus/India concluyó que la participación en la encuesta de Nigeria fue una experiencia útil que ha proporcionado a Rotary/India y a su programa PolioPlus con varias ideas nuevas. Rotary se da cuenta de que debe definir, por si mismo, su papel en la vigilancia de Polio tanto en Nigeria como en la India.

Polioplus se ha convertido en una parte del equipos del PAI de las áreas locales de gobierno en Nigeria. La colaboración de Rotary en la encuesta ha acrecentado su reputación ante el Gobierno Federal de Nigeria, OMS y UNICEF.

Contribución de Dña. Usha Goel, Oficial del Programa Polioplus/India.

El informe técnico sobre la Supervivencia Infantil para las Organizaciones Voluntarias Privadas es publicado y distribuido mensualmente por el "PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University," Baltimore, bajo el acuerdo cooperativo PDC-0526-A-00-6186-00 con la "office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Peace and Voluntary Assistance, A.I.D." Reportes y correspondencia debe ser enviada a la siguiente dirección: Editores, Informe Técnico sobre La Supervivencia Infantil para OVP, Institute for International Programs, The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, Maryland 21202, U.S.A. Editores invitados para el Volumen 2 Nß 2 fueron Robert Cunnane, M.P.H, y Christine Ortiz, M.Sc.

El informe técnico es gratis para los integrantes de las oficinas centrales de las OVP. Para otras personas interesadas, el abono al Informe Técnico cuesta $6,25 por año ó $1,40 por cada suplemento individual.