PN-ABX-601

PVO Child Survival

TECHNICAL REPORT

April 1993 Vol.3, No.3

Rapid KPC Survey Origins	1
Survey Task Force	4
1991-92 Final Evaluations Summary	5
Future Directions for Surveys	7
Baseline Status of CSVII Projects	9
Surveys in Non-Written Languages	14
Rapid KPC Survey TA	18
Data Feedback Methods	20
Guinea-Worm Eradication	23
1992 Midterm Review Summary	26

Theme of this PVO Technical Report

In response to many PVO requests, this *Technical Report's* theme is the Rapid Knowledge, Practice and Coverage Survey. Sections of this *Technical Report (TR)* will cover these survey topics: development and evaluation of the KPC survey questions and methodology; future directions for the KPC survey; selected baseline survey data from each region; how PVO projects receive survey assistance; and translating the surveys into non-written languages. Readers should note that the title of the survey has changed from "Rapid Knowledge & Practice Survey" to "Rapid Knowledge, Practice and Coverage Survey" to more accurately reflect the content.

Origin of the Rapid Knowledge, Practice and Coverage Survey

In the past decade, U.S.-based private voluntary organizations (PVOs) have made significant achievements in implementing child survival activities. PVO field projects continue, however, to face a shortage of health professionals trained in appropriate project monitoring and evaluation methods. Without proper training and experience, PVO field staff are unable to assess changes in the health behaviors, practices and coverage of the beneficiary population. No matter how good a job the PVO is doing, others might not judge the PVO as successful unless the PVO can document progress.

It was this fundamental problem that prompted PVOs to ask for more assistance with survey design data collection and analysis. A.I.D. made funds available for consultants, but even the consultants did not agree on the basic questions needed in a community-level Child Survival survey. A.I.D. urged that staff from the Child Survival Support Program (CSSP) of The Johns Hopkins University (JHU) develop some uniform approach that would address the problems of baseline and final data collection. CSSP staff held many discussions with PVO staff, at the USA offices and at the projects, about these issues.

CSSP learned that the PVOs wanted a survey instrument that could provide useful data for project management and evaluation. Fortunately, with much hard work and great effort and input from PVO project staff, the Child Survival community now has an important tool that allows a PVO to collect useful data at baseline and other times in a project's life. The survey instrument is called the Rapid Knowledge, Practice and Coverage (KPC) Survey. A 1992 external

evaluation of the KPC Survey questionnaire methodology determined that "the basic questionnaire is well-designed and the basic analysis table format provides most of the information needed to identify program priorities and measure achievement of objectives."

Design criteria for the prototypic survey questionnaire

The prototypic survey took form after four years of study. For the first two and a half years, CSSP reviewed how each PVO project designed and used survey data to develop its DIP. The CSSP technical staff studied survey quality (including reliability and validity of data) of 45 PVO projects. During field visits and at headquarters workshops, CSSP staff talked with PVOs about the problems they have with data collection. Next, CSSP technical staff worked with an epidemiologist, experienced in surveys, to design a standardized rapid survey methodology that would yield practical information on immunization coverage, use of oral rehydration therapy, breastfeeding practices, etc.

There were several design criteria. It was essential that the survey yield information useful for project management. The questions, therefore, could not be "research" questions, or social and demographic descriptive questions. They also could not be questions about conditions that would not change much over time. The emphasis of each question had to be the key behavior changes at the family and community level. And, the questions had to concern technical interventions which deal effectively with local epidemiological problems.

Also, survey questions have to be technically sound, up-to-date and comparable, where possible, with national data reported by the country to the World Health Organization (WHO) or UNICEF. Discussions with technical specialists from universities, WHO, PAHO, UNICEF, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and A.I.D. contractors led to the selection of the most technically relevant questions for nine modules: 1) mother's information on literacy and income generation; 2) breastfeeding and child nutrition; 3) growth monitoring; 4) vitamin A capsule supplements; 5) case management of diarrheal diseases; 6) immunization; 7) case management of acute respiratory infections; 8) pregnancy care; and, 9) family planning practice.

A final questionnaire should include no more than 40 to 45 questions, and the interview should take no more than 20 minutes. Each project should select the questions relevant to its local epidemiological problems, revise the questionnaire to the local setting and translate it into non-written languages, if necessary. Survey specialists do not recommend that PVOs add many new questions. Some PVOs may wish to get more in-depth information about attitudes, such as attitudes toward feeding during illness. In this case, CSSP recommends that PVOs use qualitative methods, such as focus groups or key informant interviews.

Design criteria for the survey methodology

A key criterion was that the sample size be practical for estimating levels of knowledge, practice and coverage, but small enough that the survey could be carried out quickly and at low cost. CSSP technical staff worked with statisticians and demographers to select the most appropriate method of sample selection. The decision was to employ the standard WHO/EPI 30-cluster sampling approach. The sample size allows PVOs to assess the levels of health knowledge and practices of mothers of young children living in the project's impact areas. These levels can be compared with the reported national averages, since many of the questions are consistent with those used by WHO, UNICEF and the A.I.D.-sponsored Demographic and Health Survey (DHS) Program.

It is important to note that the 30-

cluster sample method does not yield a sample size large enough to measure the extent of change from baseline to final. If a PVO wanted to measure such change it would have to use a different formula for sample selection, and the formula would require a sample size so large that the PVO would have to extend data collection and costs for several more weeks. This way is considered impractical for most PVO projects. Besides, even if the PVO was able to demonstrate change, they could not demonstrate the causality. That means they could not show that the PVO was responsible for the change, unless clearly defined controls were introduced—requiring an even larger sample, and a much more complex research design. Instead, it is recommended that the PVO compare documented levels in the Child Survival service area with the national levels reported by the country.

Pre-testing the instrument

CSSP technical staff worked with PVOs to pre-test the instrument in eight different places: Honduras, Guatemala, Bolivia, Kenya, Malawi, Mozambique, Nepal and Vanuatu. The projects spanned mountainous and island environments, rural, peri-urban areas and city slums. This pre-testing required that the survey questionnaire be translated into both written and non-written languages including Spanish, Kikuyu, Spanish-Quechua, Bislama, Nepalese, Chichewa and Portuguese-Nhungue. The results of the pre-testing were very encouraging. The instrument and training of trainers methodology appeared capable of improving the assessment capacity of a broad array of PVO Child Survival projects.

A.I.D. guidelines require KPC surveys

In July 1991, A.I.D.'s Bureau for Food and Humanitarian Assistance, Office of Private Voluntary Cooperation (FHA/PVC), issued new Detailed Implementation Plan (DIP) guidelines for PVO projects, requiring them to incorporate the standardized Rapid KPC Survey as part of their baseline assessments. Also, FHA/PVC issued new final evaluation guidelines requiring Child Survival project grantees to include the results of the standardized rapid survey as part of a PVO project's final assessment. Simultaneously, A.I.D. specified under their cooperative agreement with JHU that the PVO Child Survival Support Program provide trainers, at the request of PVOs, who could train project field staff and collaborators in the new survey methodology. And that is what has occurred. Two years later many PVO country projects have a better idea of their program priorities, and have been able to measure their achievements. Now, many of these PVOs are transferring these survey skills to local and district health officers.

Editor's note:

The editors wish to thank Richard Arnold, MD, DTPH, for his assistance in designing the Rapid KPC Survey methodology and the immunization module of the KPC survey questionnaire. Also, the editors wish to recognize the efforts of the following persons in designing and pre-testing the original survey instrument and methodology: Marcelo Castrillo, MD, MPH; Robert Cunnane, MPH; Denis Holdenreid, MD, MPH; and Zeng Dong-Lu, MD, MPH.

Survey Task Force Evaluates the Rapid KPC Survey

Because the KPC survey is new, A.I.D. formed a Rapid KPC Survey Task Force to evaluate the first set of completed baseline surveys and to set survey goals for the future. The group serves as an advisory body and is composed of 13 public health professionals and survey specialists from universities and private consulting firms.

In June 1992, CSVII projects submitted their Detailed Implementation Plans (DIPs) and baseline survey results to FHA/PVC for technical review. The Survey Task Force meeting took place the week following the DIP Technical Review meeting. One member of the Task Force was represented on each of the DIP review panels. This was done so that Task Force members could discuss how the PVO project had used survey data in designing their DIP. Although all CSVII baseline surveys were reviewed at the DIP reviews, the Survey Task Force only analyzed in depth the baseline surveys that were based on the prototypic questionnaire and completed with the assistance of a qualified survey trainer. The main findings of the Task Force are as follows:

- The KPC survey is an important tool that allows PVOs to evaluate programs and to focus on priority health needs of populations. The basic questionnaire is well-designed, and the basic analysis table format provides most of the information needed to identify program priorities and measure achievement of objectives.
- PVO field staff usually complete all training and survey work in a two- to three-week training period at an approximate cost of 2.5% of total project costs. The discussion of survey data has enabled the PVO staff to clarify project objectives and refine strategies. The survey process has encouraged enthusiasm in the field and has raised PVO awareness.
- Although manual tabulation of data and calculation of frequency distributions generally have been useful for management guidance, more refined data analysis would allow PVOs to use surveys as tools for strategy planning. A uniform set of specific indicators would help to facilitate interpretation of results and simplify presentation of the data by the PVOs.
- The EPI and CDD questions are tested and provide reliable indicators of knowledge, practice and coverage status. Questions on Breastfeeding/Nutrition, Growth Monitoring, and Vitamin A supplementation are fairly consistent across PVOs, but could be standardized further. Questions on ARI and Maternal Health/Family Planning are useful, but will need refining and updating regularly to reflect ongoing technological changes.
- A key to long-term success of the survey program will be continued training of individuals and organizations. These should include more PVO groups (including headquarters offices) and individuals from in-country Ministries of Health, universities and private consultants.

Summary Report on the 1991-92 Final Evaluations

PVOs frequently say that they want to learn more about the overall Child Survival Program, and how their projects fit into the "big picture." They appreciate feedback on evaluations. In response to PVO requests, A.I.D. hired a consultant to summarize the final evaluations for the 16 Child Survival projects ending in 1991-92, and to highlight key findings and recommendations on the sustainability and survey report sections. The summary report shows both strengths and weaknesses in the overall Child Survival Program.

Key sustainability findings

- Sustainability was not a primary objective of many of these projects. When these 16 projects began, in 1988, sustainability was not as explicit a program goal as it is currently.
- A.I.D.'s Final Evaluation guidelines on sustainability encouraged, in themselves, PVOs to enhance sustainability by focusing the attention of field staff on this critical issue.
- Project self-sufficiency is not a possible goal for child survival development efforts. PVOs can, however, enhance self-reliance by transferring skills such as proposal development to help counterparts learn how to secure other funding sources before Child Survival funding ends.
- Community participation, although frequently cited as a part of a PVO's sustainability strategy, has not been as effective as it could be in empowering communities to take greater responsibility and control of their own health.
- Community contributions of fees-for-service and/or labor are often positive factors in the development of a project. However, a PVO cannot expect the community to sustain contributions if the community believes that it is not an active partner in management and selection of project priorities.
- Projects have not given enough emphasis to building the management capacity of collaborating organizations. PVOs should be aware that poor management is the most frequent cause of failure among programs established through development assistance projects.

Key sustainability recommendations

- Strengthen efforts to explore cost recovery activities to enhance the financial sustainability of health services. This will make health service providers more accountable to their communities.
- Obtain technical assistance to strengthen abilities of PVO staff to develop and manage cost recovery programs, lending schemes and income-generating activities. Learn how to calculate capital and recurrent costs.
- It is very important for a PVO to monitor the impact of cost recovery programs on equity in service delivery. For example, do the poorest members of the community still seek and receive care if fees are charged for health services?
- Develop a Training of Management Trainers course to improve PVO capacity for strengthening local management in support of sustainability.
- Promote greater community participation in every phase of the project.

Key final survey findings

This was the first year A.I.D. required a final survey as part of the final evaluations. Fifteen of the 16 final evaluations

included a final survey. Of the 15, eight projects used substantial portions (10 or more questions) of the prototypic Rapid KPC Survey, adapting the questions to their local situation. The key findings suggest that PVOs are beginning to obtain more useful information from final evaluations.

- Conducting home visits to learn from families, rather than to deliver services, gave the project staff a new sensitivity to the concerns and needs of the communities.
- The cost of the surveys (average of $4,300) was small compared to the benefits to the management of projects.
- The prototypic survey developed by the Child Survival Program was instrumental in permitting the technically sound execution of the final KPC surveys.
- Several PVOs added their own questions that asked mothers to explain "why" or "why not." Neither these questions, nor others on client satisfaction, yielded useful information.
- Eleven projects used cluster sampling techniques, but field staff often were not aware of limitations of the cluster survey method. Project staff must be aware of the limitations of findings when they subdivide the standard EPI cluster sample for analysis and make conclusions from these data.
- Many PVOs', final reports discussed the implications of the survey findings and emphasized that the survey provided useful information for project management.
- Nearly every PVO reported that the surveys helped to focus attention on the importance of carefully defining health education objectives.
- Several projects reported data with missing or incorrect denominators. As a result, it often was impossible to compare the findings with reported national data, or with data from other PVOs in the country.
- Not one project reported decisions made or actions taken prior to the report submission and few projects reported sharing of survey results with other agencies.

Key final survey recommendations

- Strengthen efforts to assure that the survey instrument is as brief as possible, including questions only if they directly address the progress toward established targets for key knowledge and behavior objectives relevant to that project.
- Do not add questions to the KPC survey about opinions or attitudes. These questions do not provide useful information in quantitative KPC surveys. Instead, for this type of information, use qualitative assessments such as focus groups or key informant interviews.
- Report immunization coverage information on children 12-23 months of age whose immunization cards were seen by the interviewer, rather than based on the mother's report.
- Standardize both the questions and the training to enhance the quality and comparability of the survey data. Standardization would provide more guidance for analysis and discussion of the survey results.
- Continue to strengthen the use of survey data for project management and decision-making.
- Give information about the survey results, soon after the survey is completed, to local health organizations and beneficiary communities. Include a section for the PVO final report to the donor.

Future Directions for the Rapid KPC Surveys

The scope of work of the 1992 Survey Task Force was to evaluate the surveys carried out by PVO Child Survival projects in 1991/92 and set survey goals and objectives for the future. Specifically, the Task Force was asked to review the KPC survey questions for relevance to project management, and review lessons learned about sample selection, interviewer training, and management. Task Force members then set objectives for the use of the Rapid KPC Survey by the end of the next three years.

The objectives specified by this task force of 13 public health professionals are listed below, and a progress report is given for each objective.

- *By 1995, 100% of all newly funded projects will have completed a baseline survey before the Detailed Implementation Plan (DIP) review. In addition, 80% of all projects will have completed one survey, either baseline or final.*

  Achievements to date: A.I.D. now requires all newly funded projects to complete a baseline survey prior to submitting the Detailed Implementation Plan. In 1992, all projects but two completed a survey before submitting the DIP.

- *By May 1993, CSSP will develop a set of key indicators that will facilitate interpretation of the survey results, allow PVOs to compare achieved levels in the service area with the reported levels of the country and simplify presentation of the survey data. The key indicators will assess, for a given service area, the levels of mothers' practices that are directly related to the improved health status of children. PVO projects will be able to collect data for these indicators using the standardized Rapid KPC Survey.*

  Achievements to date: CSSP has proposed a set of 17 key child survival indicators that currently are undergoing field testing. (See Table 1). After final editing, A.I.D. will disseminate the indicators to all projects.

- *By 1995, A.I.D. will track the baseline survey data results on a uniform set of indicators for 100% of all projects.*

  Achievements to date: Baseline survey results for 1991, 1992 and 1993 are being entered into the PVO Child Survival computerized data base, used by FHA/PVC.

- *In order to enhance the sustainability and replicability aspects of survey training and assistance, CSSP should identify and train resources at the regional/local level. The Task Force also recommends that CSSP train the staff at the PVO offices in the USA in the Rapid KPC Survey methodology and implementation.*

  Achievements to date: In September 1992, CSSP organized a training of survey trainers for PVO/HQ staff so that these staff members also can provide survey assistance to project staff. In March 1992, CARE, with the assistance of CSSP, held a regional survey training workshop in order to train staff from several PVO projects in Asia to serve as regional survey resources.

Table 1. Proposed Key Indicators of Child Survival Project Performance

1. **Appropriate Infant Feeding Practices: Initiation of Breastfeeding**—Percent of infants/children (less than 24 months) who were breastfed within the first eight hours after birth.

2. **Appropriate Infant Feeding Practices: Exclusive Breastfeeding**—Percent of infants less than four months, who are being given only breastmilk.

3. **Appropriate Infant Feeding Practices: Introduction of Foods**—Percent of infants between five and nine months, who are being given solid or semi-solid foods.

4. **Appropriate Infant Feeding Practices: Persistence of Breastfeeding**—Percent of children between 20 and 24 months, who are still breastfeeding (and being given solid/semi-solid foods).

5. **Management of Diarrheal Diseases: Continued Breastfeeding**—Percent of infants/children (less than 24 months) with diarrhea in the past two weeks who were given the same amount or more breastmilk.

6. **Management of Diarrheal Diseases: Continued Fluids**—Percent of infants/children (less than 24 months) with diarrhea in the past two weeks who were given the same amount or more fluids other than breastmilk.

7. **Management of Diarrheal Diseases: Continued Foods**—Percent of infants/children (less than 24 months) with diarrhea in the past two weeks who were given the same amount or more food.

8. **Management of Diarrheal Diseases: ORT Use**—Percent of infants/children (less than 24 months) with diarrhea in the past two weeks who were treated with ORT.

9. **Pneumonia Control: Medical Treatment**—Percent of mothers who sought medical treatment for infant/child (less than 24 months) with cough and rapid, difficult breathing in the past two weeks.

10. **Vaccination Coverage (Card): EPI Access**—Percent of children 12 to 23 months who received DPT1.

11. **Vaccination Coverage (Card): EPI Coverage**—Percent of children 12 to 23 months who received OPV3.

12. **Vaccination Coverage (Card): Measles Coverage**—Percent of children 12 to 23 months who received measles vaccine.

13. **Vaccination Coverage (Card): Drop Out Rate**—Percent change between DPT1 and DPT3 doses [(DPT1-DPT3) ÷ DPT1] x 100 for children 12 to 23 months.

14. **Maternal Care: Maternal Card**—Percent of mothers with a maternal card for the birth of the youngest child less than 24 months of age.

15. **Maternal Care: Tetanus Toxoid Coverage (Card)**—Percent of mothers who received two doses of tetanus toxoid vaccine (card) before the birth of her youngest child less than 24 months of age.

16. **Maternal Care: One or More Ante-Natal Visits (Card)**—Percent of mothers who had at least one ante-natal visit (card) prior to the birth of her youngest child less than 24 months of age.

17. **Maternal Care: Modern Contraceptive Usage**—Percent of mothers of children less than 24 months of age who desire no more children in the next two years, or are not sure, who are using a modern contraceptive method.

Baseline Status of 11 PVO CSVII Projects

PVOs initiated 22 Child Survival projects in October 1991, with CSVII funding from A.I.D./Washington. Eleven were new projects that completed baseline surveys based on the Rapid KPC Survey methodology. This article provides a description of these 11 CSVII projects, by region, and a short summary of their baseline findings. The information for the project descriptions comes from these projects' proposals and DIPs.

Asia region

There were three new Child Survival projects in the Asia region that completed a Rapid KPC Survey. Table 2 presents selected baseline survey results for the three Asia projects, as well as national data from Bangladesh, Nepal and Indonesia, as reported by the World Health Organization (WHO), UNICEF, and the A.I.D.-sponsored Demographic and Health Survey Program (DHS). Project statistics are based on the responses of mothers of children less than 24 months of age.

- *PCI/Indonesia (Moluku)*—Project Concern International (PCI) services the province of Moluku, consisting of more than 1,000 islands and a potential beneficiary population of 486,454. This Child Survival project includes interventions in oral rehydration therapy (15% of project effort), immunizations (40%), nutrition (15%, with a 5% effort in vitamin A) and maternal care/family planning (30%).
- *CARE/Bangladesh*—CARE's project is located in a rural area, in Sylhet district north of the Chittagong division. The potential beneficiary population numbers 1,030,920. The project includes interventions in oral rehydration therapy (20%), immunizations (35%), nutrition (25%), and maternal care/family planning (20%).
- *SCF/Nepal*—This project of Save the Children, USA is based in the rural Siraha district in the Sagarmatha Zone in the Eastern Development Region, and has a potential beneficiary population of 36,664 women and children. SCF's project effort includes oral rehydration therapy (20%), immunizations (20%), nutrition (35%, of which 20% is vitamin A), control of acute lower respiratory infections (5%) and maternal care/family planning (20%).

Africa region

Three new PVO Child Survival projects in the Africa region completed a rapid baseline survey using the Knowledge, Practice and Coverage Survey. The description of these three projects is accompanied by a table (Table 3) that compares data obtained in the surveys with reported national levels for the same or similar indicators.

- *WV/Zimbabwe*—This World Vision project is located in the Shamva District in northeastern Zimbabwe, with 53,545 potential beneficiaries. WV's project includes effort in oral rehydration therapy (25%), immunizations (25%), nutrition (20%), control of acute lower respiratory infections (15%), maternal care/family planning (10%) and AIDS prevention (5%).
- *ADRA/Uganda*—The Child Survival project of the Adventist Relief and Development Agency in Nepal has a potential beneficiary population of 33,429. The project services the rural sub-counties of Kalagala and Zirobe, located in the Banumanika county of the Luwero district. ADRA's project includes interventions in oral rehydration therapy (25%), immunizations (25%), nutrition (30%) and maternal care/family planning (20%).
- *WV/Senegal*—The project services the Mecke District, 100km north of

Dakar, with a potential beneficiary population of 50,439. WV's project divides its child survival activities into oral rehydration therapy (20%), immunizations (20%), nutrition (50%) and maternal care/family planning (10%).

Latin America & the Caribbean region

Five baseline KPC surveys were carried out by new projects in Nicaragua, Guatemala and the Dominican Republic. Selected project indicators are presented in Table 4 for each of the following Child Survival projects:

- *PCI/Nicaragua*—This urban project services a poor neighborhood of Managua, Acahualinca, with 2,768 potential beneficiaries. PCI's project includes effort in oral rehydration therapy (30%), immunizations (30%), nutrition (20%) and control of acute lower respiratory infections (10%).
- *ADRA/Nicaragua*—The mixed rural and urban Esteli and Madriz districts are the sites of ADRA's project covering a potential beneficiary population of 18,479. ADRA's project includes interventions in oral rehydration therapy (15%), immunizations (15%), nutrition (35%), control of acute lower respiratory infections (20%) and maternal care/family planning (15%).
- *HOPE/Nicaragua*—The Child Survival activities of Project HOPE are directed towards a potential beneficiary population of 29,164, living in the municipalities of Boaco and Camoapa, in the fifth MOH health region. Their interventions consist of oral rehydration therapy (20%), immunizations (25%), nutrition (15%), control of acute lower respiratory infections (10%) and maternal care/family planning (20%).
- *HOPE/Guatemala*—HOPE's project can be found in the rural communities of Totonicapan with a potential beneficiary population numbering 85,860 women and children. It provides and promotes interventions in oral rehydration therapy (20%), immunizations (20%), nutrition (30%, includes 10% vitamin A), control of acute lower respiratory infections (15%) and maternal care/family planning (15%).
- *WV/Dominican Republic*—The peri-urban communities of Barahona and Bahoruco are the location of World Vision's project. The PVO is attempting to extend coverage to a potential beneficiary population of 91,116, in oral rehydration therapy (20%), immunizations (35%), nutrition (15%), control of acute lower respiratory infections (15%) and income-generating activities (15%).

Summary of Baseline Data

In general, Tables 2, 3 and 4 suggest several features of PVO projects as compared to reported national data:

- Mothers of children less than 24 months are better educated than the general population of women, perhaps because they are younger in age and more likely to have received a formal education.
- In all projects but one, TT immunization levels at baseline are far lower than levels reported for the country. This suggest that PVOs need to immunize more women, to protect mothers against tetanus and children against neonatal tetanus.
- In Africa and Asia, less than 25% of all women who do not want more children in the next two years are using modern contraception methods. In Latin America, however, this may be as high as 50% to 78%, and is higher than the estimates reported by national contraceptive prevalence surveys.
- Use of oral rehydration salts (ORS) is

Table 2. Asia Region PVO CSVII Project Baseline Data, 1991-92 Compared to Reported National Averages

Project Indicators versus National Indicators	Indonesia		Bangladesh		Nepal	
	PCI-M	National	CARE	National	SCF	National
Mothers' literacy (versus female literacy)	93%	65%[1]	24%	22%[1]	8%	12%[1]
TT 2 Immunization status by card	13%	60%[1]	10%	78%[2]	18%	83%[1]
Use of modern contraceptives by mothers who do not want a child in the next two years (versus contraceptive prevalence*)	—	48%[1]	24%	25%[1]	11%	7%[1]
Children 0-24 months (versus children 0-5 years) w/diarrhea in the last two weeks who:						
Received ORS	29%	44.2%[4]	25%	—	25%	—
Received ORT**	—	—	—	26%[3]	—	14%[3]
Received more liquid	38%	—	23%	—	7%	—
Infants breastfed within first 8 hours after birth	—	—	73%	—	—	—
Infants 0-4 months breastfed exclusively	—	39%[5]	29%	—	91%	—
Infants 5-9 months receiving food in addition to fluids	—	—	65%	—	44%	—
Immunization status of children 12-23 months:						
DPT 1	77%	—	22%	—	29%	—
POLIO 3	68%	84%[1]	13%	60%[2]	15%	74%[1]
Measles	65%	80%[1]	10%	53%[2]	13%	63%[1]

Definitions

* National contraceptive prevalence is defined as the percentage of married women aged 15-49 currently using any contraception.

** National ORT use rate is defined as the percentage of all cases of diarrhea in children less than five years of age, occurring in the two weeks prior to the survey, that are treated with ORS or an appropriate household solution.

*** Exclusive breastfeeding is defined as breastmilk only, with no other fluids or solids.

Sources of National Data

[1] World Health Organization (WHO), 1991

[2] WHO, 1992

[3] UNICEF, 1987-1991 ORT Use Rate reported in *State of the World's Children*, 1993

[4] Demographic and Health Survey (DHS) of Indonesia, 1991

[5] DHS, 1993 database report for all DHS countries

Table 3. Africa Region PVO CSVII Project Baseline Data, 1991-92 Compared to Reported National Averages

	Zimbabwe		Uganda		Senegal	
Project Indicators versus National Indicators	WV	National	ADRA	National	WV	National
Mothers' literacy (versus female literacy)	73%	67%[1]	68%	45%[1]	—	19%[1]
TT 2 immunization status by card	63%	45%[1]	29%	39%[1]	19%	45%[1]
Use of modern contraceptives by mothers who do not want a child in the next two years (versus contraceptive prevalence*)	—	43%[1]	7%	5%[1]	4%	6%[1]
Children 0-24 months (versus children 0-5 years) w/diarrhea in the last two weeks who:						
Received ORS	3%	—	41%	15%[3]	5%	2%[2]
Received ORT**	—	77%[4]	—	—	—	—
Received more liquid	—	—	37%	—	27%	—
Infants 0-4 months breastfed exclusively***	—	11%[5]	45%	70%[5]	67%	7%[5]
Infants 5-9 months receiving food in addition to fluids	—	—	58%	—	50%	—
Immunization status of children 12-23 months:						
DPT 1	90%	—	75%	—	64%	—
POLIO 3	87%	88%[1]	70%	77%[1]	41%	66%[1]
Measles	86%	86%[1]	57%	77%[1]	41%	59%[1]

Definitions

* National contraceptive prevalence is defined as the percentage of married women aged 15-49 currently using any contraception.

** National ORT use rate: percentage of all cases of diarrhea in children less than five years of age, occurring in the two weeks prior to the survey, that are treated with ORS or an appropriate household solution.

*** Exclusive breastfeeding is defined as breastmilk only, with no other fluids or solids.

Sources of National Data

[1] World Health Organization (WHO), 1991

[2] Demographic and Health Survey (DHS) of Senegal, 1986

[3] DHS of Uganda, 1989

[4] UNICEF, 1987-1991 ORT Use Rate reported in *State of the World's Children*, 1993

[5] DHS, 1993 database report for all DHS countries

Table 4. Latin America & the Caribbean Region PVO CSVII Project Baseline Data, 1991-92 Compared to Reported National Averages

	Nicaragua				Guatemala		Dominican Republic	
Project Indicators versus National Indicators	PCI	ADRA	HOPE	National	HOPE	National	WV	National
Mothers literacy (versus female literacy)	88%	63%	60%	—	42%	44%[1]	—	79%
TT 2 immunization status by card	27%	—	13%	25%[1]	6%	11%[1]	5%	23%[1]
Use of modern contraceptives by mothers who do not want a child in the next two years (versus contraceptive prevalence*)	51%	12%	32%	9%[1]	8%	23%[1]	78%	50%[1]
Children 0-24 months (versus children 0-5 years) w/diarrhea in the last two weeks who:								
Received ORS	29%	68%	42%	—	22%	17%[3]	16%	25%[2]
Received ORT**	—	—	—	38%[4]	—	—	—	—
Received more liquid	19%	15%	18%	—	20%	—	—	4%[2]
Infants breastfed within first 8 hours after birth	—	60%	63%	—	63%	—	50%	—
Infants 0-4 months breastfed exclusively***	15%	16%	7%	—	7%	0%[5]	—	14%[5]
Infants 5-9 months receiving food in addition to fluids	—	85%	89%	—	89%	—	—	—
Immunization status of children 12-23 months:								
DPT 1	94%	73%	71%	—	59%	—	56%	—
POLIO 3	92%	92%	58%	83%[1]	36%	69%[1]	44%	64%[1]
Measles	82%	82%	50%	54%[1]	35%	48%[1]	51%	69%[1]

Definitions

* National contraceptive prevalence is defined as the percentage of married women aged 15-49 currently using any contraception.

** National ORT use rate: percentage of all cases of diarrhea in children less than five years of age, occurring in the two weeks prior to the survey, that are treated with ORS or an appropriate household solution.

*** Exclusive breastfeeding is defined as breastmilk only, with no other fluids or solids.

Sources of National Data

World Health Organization (WHO), 1991
Demographic and Health Survey (DHS) of Dominican Republic, 1991
DHS of Guatemala, 1987
UNICEF, 1987-1991 ORT Use Rate reported in *State of the World's Children*, 1993
DHS, 1993 database report for all DHS countries

highly variable, both within and across countries and regions. The reported use of ORS and fluids by projects bears little relationship to reported national averages (sometimes higher and sometimes lower). This suggests that local cultural factors are a greater influence on the practice of oral rehydration therapy than are national efforts. Also, this suggests that PVOs should increase attention to understanding and overcoming local constraints to ORT use.

- PVO projects in Africa, and several in Asia, did not include a question on how much time elapsed after the child's birth before mothers initiated breastfeeding. However, data from projects in Latin America show that approximately 40% of mothers in the surveyed areas are not breastfeeding within eight hours after birth. Most of the five Latin American projects provide services in urban or peri-urban areas, where most births take place in hospitals. This indicates that PVOs need to spend more time with hospital staff to promote early breastfeeding initiation and longer breastfeeding duration.
- Baseline survey data on introduction of foods suggest that only a minority of mothers exclusively breastfeed their infants less than four months of age. The weakest breastfeeding patterns appears to be found in the Latin America region. Introduction of foods appear slower in African and Asian projects.
- Baseline immunization coverage is usually much lower than reported national levels, suggesting that the PVOs are indeed working in underserved areas. Yet, in a few countries (Zimbabwe and Nicaragua), project baseline coverage is high. This suggests that national EPI programs have been successful in their outreach activities. In such cases, PVOs may need to shift resources to other interventions such as improving ORT use, increasing duration of exclusive breastfeeding or improving weaning practices.

Translating Survey Questionnaires Into Non-Written Languages

The primary goal of Child Survival Knowledge, Practice and Coverage (KPC) surveys is to find out what mothers know and what they do regarding important preventive and curative health behaviors. To make certain that survey data are correct, survey coordinators need to ensure that the survey is not biased. Certain biases may lead mothers to give answers that do not represent their actual knowledge or practices. Biases may result from incorrect survey methodology. For example, the coordinator might make errors in calculating the sample size, or the interviewers might not select houses at random, or interviewers can make mistakes in asking questions.

An important technique to minimize interviewer bias is to require survey interviewers to read aloud to mothers each survey question exactly as it is written in the questionnaire. This ensures that each survey interviewer asks every question in the same way as all other interviewers. If a PVO follows this practice, it can safely attribute different responses to actual differences in mothers' knowledge and behavior, rather than to differences in the wording of specific questions.

The situation becomes more complicated, however, when projects are planning surveys in communities in which the language that most mothers speak is not written. Survey planners need to

develop a version of the survey questionnaire that can be read aloud so that those who speak the non-written language will understand without further translation. Interviewers should never try to translate during the interview by referring to a questionnaire written in another language, such as English, French or Spanish. If an interviewer tries to translate a question during the survey, he or she will not use the same exact words each time, nor the same words as other interviewers. This procedure will introduce a bias.

How can a PVO avoid bias when survey questions must be translated into a non-written language, a language that mothers speak and understand? This article outlines five steps to guide survey coordinators in the development of a written survey questionnaire that is the phonetic equivalent of a non-written language. These steps are based on PVO experiences with Child Survival KPC surveys. That experience shows that surveys in non-written languages require more time and effort for training the survey supervisors and interviewers, than surveying in a formal written language.

Five essential steps

The time a PVO needs to translate a questionnaire into a native or non-written language depends on the type of language and on the complexity of the original questionnaire. Other important factors are the level of education of the interviewers and their ability to assist in the translation and validation. In order to avoid bias, every PVO planning a survey in a locality where mothers understand only a non-written language should follow these five essential steps:

1) translate the questionnaire into the official written language of the country (if a translation does not exist);

2) translate the official written language questionnaire into the non-written language;

3) translate the non-written language version of the questionnaire back into the official written language by a third party to verify the translation;

4) validate the questionnaire with the survey interviewers during the survey training; and

5) field-test the non-written language version of the questionnaire, revising it as necessary.

1. Translate into the official written language

Survey planners should select survey questions from the generic questionnaires (in English, French or Spanish), and then focus on translating questions into the predominant written language of the region or country. The translation should use a standard, grammatically correct form of the official written language.

Starting with a questionnaire in the predominant written local language helps to maintain the purpose and meaning of each question during translation into the non-written language. Local participants will be able to understand the questions and to translate them accurately into the non-written language.

2. Translate into the non-written language

Translating the questionnaire from the predominant country language into the local non-written language can be a complex process. The time required for this step varies, depending on the extent to which schools teach in the non-written language, and whether phonetic adaptations of the local languages exist.

In some countries, school systems are organized only to teach the predominant written language of the country. In such countries, people may be fluent speakers in one or more native languages, but are not able to read and write in those languages or dialects. If a PVO is working in such a situation, it first will have to develop a phonetic equivalent of the local language before

translating the survey into the local language. (See Case Study 1.)

In other countries, school systems teach students using the local language. This may make the translation process easier because people are used to reading and writing the local language. In such countries, teachers or missionaries often are the best resources during the process of translation. (See Case Study 2.)

3. Translate the adapted questionnaire back into the official written language

The next step is to translate the adapted questionnaire back into the original language, or the official language of the country, such as English, Spanish, Bangla, Arabic, etc. An individual who is not familiar with the original questionnaire should be responsible for back-translating the questionnaire, so that the focus is on the wording of each question.

The interviewers and project staff should then compare the questionnaires to identify areas of discrepancy. They should revise the translation of each question as necessary, paying special attention to the purpose of each question and the meaning of each translation.

4. Train and validate the questionnaire with the interviewers

Survey interviewers should come from the project area and be fluent in both the official written language and the local non-written language. Interviewers, who must be able to read and write, also need to know the local culture and customs. During the survey training, interviewers read each question aloud to test the wording and meaning of each question. Next, interviewers work with the translators to ensure that questions ask what they were meant to ask. Trainers facilitate the discussion, encouraging the interviewers and translators to come to an agreement on final wording of each question, always mindful of the mothers' understanding and of the original purpose of each question.

The actual survey interviewers can most appropriately validate the questionnaire with respect to the local region. During the training process, we should allow time for interviewers to give feedback on the translation. PVOs should devote time to validating questions during the training of supervisors and interviewers. The final version may not appear grammatically correct to outsiders, but it should be clearly understood by local people.

It is important that interviewers practice asking survey questions in the non-written language. The best way to do this is role-playing. The role play will help interviews to refine the questions, make changes or find better ways of asking the question to the mother.

Interviewers must understand that the purpose of this process is to develop a standard way of asking each question and to avoid translating during surveys. Practice must focus on asking each question precisely the way it is written.

5. Field-test and revise the questionnaire

Field tests allow interviewers to practice the questionnaire in 'real life' situations, testing the translation for accuracy. Following the field test, supervisors and interviewers review each question for its accuracy in obtaining the intended information. They must ask themselves, "Do the mothers understand the meaning of this question?" If certain questions seem unclear to the mothers, the PVO should rewrite those questions and then retest them. Finally, the PVO must allow time in the survey schedule for making final corrections to the questionnaire and for producing and printing sufficient copies of the revised survey.

Each survey process is different and requires a different approach, depending on what is appropriate in each culture. Following these five steps, project staff can adapt the basic KPC Survey questionnaires to their individual projects' needs. It takes time and commitment to

translate surveys into languages that will be understood by interviewers and mothers alike. Project planners need to recognize the importance of the translation process if they want valid information on what mothers know and what they do regarding health.

Case Study 1:

PCI in Guatemala—Developing a phonetic translation of the local languages

The PVO Project Concern International (PCI) is working in the department of Solola in Guatemala. The three main native groups in this region are Tzutuhul, Qhiche and Cakchiquel; each group has its own language. People live in well-defined communities in which they speak their own and other languages. Of the three languages, only Qhiche is available in a written phonetic format. The Guatemalan school system relies primarily on Spanish.

When project staff members decided to conduct a KPC Survey, they were faced with the challenge of communicating with mothers. In order to reach all of the people in the project area, survey planners translated the Spanish questionnaire into each of the three main languages.

Project staff members, with the help of local workers and school teachers, translated the questions using Spanish characters. They developed phonetic adaptations of words and used many Spanish words in the final questionnaires because local people tend to mix Spanish words in their conversations. The results were questions that are not necessarily grammatically correct in any language. The survey planners chose to emphasize the clear communication of ideas rather than grammatical structure of the questions.

During survey training, interviewers, who were fluent in all three languages, practiced asking questions from each of the three translations. In the field, during the actual survey, interviewers decided which of the questionnaires to use after talking with the mother and learning which of the three main languages she spoke.

Although interviewers had difficulties reading the phonetic words at the beginning, they improved with intensive training and repetition. The end product was a set of questionnaires that were adapted to the local setting, understandable to interviewers and, more importantly, to mothers.

Case Study 2:

Esperanza in Bolivia—Using an existing phonetically adapted non-written language

The PVO Esperanza works in southeast Bolivia with the Matacos, a nomadic group that has settled near the towns of Villamontes and Yacuiba. The language Mataco, spoken only by a few thousand people, is not an official written language.

Although teachers in Bolivia rely on Spanish as the primary language of instruction, in this region teachers also use Mataco in the classrooms. Also, a written phonetic adaptation of Mataco, based on Spanish characters, has been created by a missionary group working in the area and is used by local people.

Esperanza project staff prepared the translation of their KPC Survey with the help of local people. Before the actual survey, they worked together to translate questions from Spanish into Mataco, using the existing phonetic adaptation. Interviewers were able to understand and read the translated questions with few major difficulties. This resulted in a survey easily understood by mothers.

Assistance for Rapid KPC Surveys

There are four ways in which PVO field staff have received KPC survey assistance. In the first method, a CSSP survey trainer has gone to the project and provided direct support to project staff. A second method has been more indirect. A representative from the PVO's USA office has taken a survey training course from CSSP, and then the person has gone to the project to assist the project staff with the survey. The third way has involved experienced project managers who conducted surveys without direct, on-site assistance from CSSP or PVO offices in the USA. In this case, the experienced project manager was able to get support and advice from telephone communications from CSSP and the PVO's USA office. The fourth method of survey assistance has been through a regional survey training workshop, where CSSP has trained project staff members to conduct a survey perhaps several months to a year later.

Method one: CSSP survey trainer on site

CSSP provides trainers to go to a project, work with project staff, and train project staff and collaborators in the Rapid KPC survey methodology. Projects desiring survey assistance from the CSSP have made their requests through the PVO offices in the USA. Prior to arrival in-country, the CSSP survey trainer spends about two to four weeks in the USA offices preparing for the survey and corresponds by phone, fax, and mail with the project's survey coordinator. The CSSP trainer also communicates with the backstopping person in the PVO's USA office. Next, the CSSP survey trainer spends about two weeks at the project site. The trainer works with the designated survey coordinator to make final arrangements; train the survey supervisors and interviewers; tabulate and analyze data; and, help the survey team draft a report on the results of the survey.

In order to qualify as survey trainers, CSSP specialists attend an 80-hour "Training of Survey Trainers" course followed by a two-to three-week field experience during which each survey trainer assists a project to complete a Rapid KPC survey. The 80-hour survey training course prepares the survey trainer for his or her survey assistance field visit.

On occasion, CSSP has worked with a regional consultant who has not attended the 80-hour course but is still qualified to assist a PVO with survey training. These regional survey consultants have extensive survey experience and have participated in a Rapid KPC survey that was assisted by a CSSP survey trainer who had completed the 80-hour training.

Between August 1991 and March 1993, CSSP survey trainers worked with 31 projects to successfully implement 23 baseline and eight final surveys. Under the process established by A.I.D. for survey assistance, the CSSP has paid the salary of the survey trainer, or fees of the regional consultant. The PVO project has paid the survey trainer's travel and per diem costs, as a part of its ownership of the survey.

Method two: PVO/USA staff member trains project staff

In September 1992, CSSP held, in Baltimore, an 80-hour training for staff from eight PVOs to be Rapid KPC survey trainers. Since that training, the qualified PVO trainers have assisted seven projects to conduct baseline and final surveys. Whether or not this method of survey assistance to projects will be useful over the long-term, however, will depend on the turnover of health staff who work in the PVO USA offices. Experience has shown that each year, approximately one-third of the PVO staff who backstop Child Survival projects resign or change positions.

Method three: information support only

A few Child Survival projects have epidemiologists or experienced public health professionals on the staff who could serve as project survey coordinators. These individuals have conducted baseline or final KPC surveys without direct on-site assistance from a survey trainer. They have, however, stayed in communication with CSSP offices regarding survey projects. Usually, CSSP staff has sent a copy of the prototypic questionnaire and a sample survey report to the project's survey coordinator, along with any background information requested by the project. In turn, the project's survey coordinator has sent CSSP the drafts of the modified questionnaire that the project will use. These mailings have been followed by phone and fax communication to clarify any procedures regarding the standardized Rapid KPC survey methodology. This survey assistance method is possible only if the project's survey coordinator is experienced in preparing, conducting, analyzing, and reporting on surveys.

Method four: survey training workshop for field staff

The final method of survey assistance to PVO projects has been regional survey training workshops. To date, this method has been tried in only one region. In March 1992, CARE and CSSP jointly organized an Asia Region Survey Workshop attended by staff from 12 projects of seven PVOs. The purpose of the workshop was to prepare designated project staff to organize and conduct surveys in their own service areas. Five participants had organized and conducted a Rapid KPC survey (with the help of a CSSP trainer) prior to the workshop. Their job at the workshop was to serve as resource persons for the non-experienced workshop participants. These five resource persons also learned more about the KPC survey since they attended each day's training sessions, in addition to helping other PVOs at the workshop to prepare for a Rapid KPC survey.

Specific survey skills taught during the workshop included techniques in questionnaire development, sampling, supervisor and interviewer training and quality control of data collection. The workshop differed from the 80-hour training in two important respects. The total training time was 50 hours instead of 80, and PVO staff did not actually carry out a survey, but only attended a field test to practice interviewing with the assistance of a CARE staff member as translator.

The frequency and design of future regional survey workshops will depend on the survey experience that occurs following the Asia Regional workshop. Because the training was more limited than the 80-hour training, workshop organizers expected that inexperienced PVO participants would need some survey assistance following the workshop. However, it was hoped that all workshop participants could use the workshop training.

CSSP has sent a questionnaire to the seven previously inexperienced graduates of the workshop to assess the usefulness of the workshop to survey implementation. To date, CSSP has received six responses. Five projects have carried out a survey, and one has not. The projects completing surveys reported that one workshop graduate completed it without outside assistance, two projects asked PVO/HQ staff and in-country survey specialists to assist with the surveys, and one obtained a PVO resource person from the workshop to help the workshop graduate. One graduate was transferred and no longer works in Child Survival, and so CSSP sent a survey trainer to his former project.

All evaluation responses recommend that new PVOs attend this type of survey training workshop. One respondent wrote that "the workshop provides skill and knowledge to assess and modify the work being carried out by the PVO ...

The methodology of the KPC survey is simple, clear and well defined."

Editor's note:
Readers desiring more information on the Asia Region Survey Workshop can request a copy of the workshop report from: Ms. Mary Beth Powers, Director, Primary Health Care Unit, CARE, 660 First Avenue, New York, New York 10016.

IEF/Malawi Tests Methods For Communicating Health Services Data to Village Women

Primary health care programs in developing countries recognize the importance of using health data to strengthen program management. Most health professionals know that it is also important to use data also to give feedback to communities, but they rarely do so in practice. This is unfortunate, because feedback on data about health status and health services can be a motivating tool, encouraging community members to participate in health projects.

Coverage figures are useful indicators of the effectiveness of project strategies. Members of local communities could benefit from learning about project effectiveness and progress. We do not understand, however, how to effectively communicate coverage figures to semi-literate or illiterate persons of different cultures. What is the relative effectiveness of various methods of communication?

Health workers express coverage figures in ratios or proportions, which villagers do have the capacity to understand. (For example, 70 percent of children 12 to 23 months have received their DPT3.) According to educational literature, a person learns proportional reasoning and ratio concepts in early childhood (Preece, 1978; Noelting, 1980). (For example, a mother will tell her child to "drink half a glass of milk.") It is generally accepted that the later acquisition of literacy helps communication about such concepts (Winch, 1983). (For example, "I drank 50 percent of the milk in the glass.") Educators emphasize that, with appropriate material, persons can learn and use fraction concepts and operations prior to literacy or understanding of mathematical symbols (Ohlsson, 1986; Bennett, 1987; Lamon, 1990). Yet most of the materials used for teaching ratios or proportions are graphic or arithmetic, rather than manipulative, and inappropriate for illiterate or semi-literate populations (de Levie, 1970; Scopes, 1976; Vincent, 1991).

Village women use concepts of proportion on a daily basis in formal and informal market transactions. The program manager's challenge, therefore, is to identify locally appropriate strategies for effective communication of coverage data that take the cultural context into account and capitalize on women's intuitive understanding of proportions. Strategies that use culturally appropriate communication strategies help to enhance accountability for project achievements to the community and encourage increased community ownership of and participation in projects.

Purpose of the IEF study

Project staff of the International Eye Foundation's (IEF) Child Survival Project in Malawi conducted a study to identify the optimal strategy for reporting coverage data as an index of project effectiveness. The IEF project provides ocular, general nutritional and vitamin A interventions (including breastfeeding promotion, nutritional education and vitamin A capsule distribution) in 45 villages of Chikwawa and Nsanje Districts in the Lower Shire Valley of Malawi. The project area is semi-arid, plagued by frequent drought, and has been further burdened in recent years by a major influx of refugees from neighboring Mozambique. Although no recent statistics are avail-

able for female literacy in Malawi, it is probable that the rates for this poorer area of Malawi are considerably lower than the nationally reported average of 18 percent (UNICEF, 1991).

Three methods for communicating proportions

First, project staff used two kinds of qualitative research, focus groups and key informant interviews, to identify those words and phrases in the local language that village people use to express the concept of proportion. Staff observed and documented measures of common commodities in the local market. Next, they studied the symbolic content of basic colors to make sure that the average villager would not be confused by the symbolic implications in the choice of any particular color used in graphs or posters. Based on findings of the qualitative research, the interpreters selected three alternative methods for presentation of coverage data: 1) a two-color rotating pie chart, 2) a set of sticks cut in varying lengths relative to a "full-length" (100 percent) standard stick, and 3) measures of beans, with 10 scoops or small measures representing a full (100 percent) measure of beans.

The two-color rotating pie chart has two cardboard circles with radial slits that can rotate until one is superimposed on the other. The pie chart shows percentages with calibrations that are visible to the presenter. The pie chart is made of green and gray cardboard. The green circle represents the proportion or percentage of the population that has received project services, while the proportion of the gray circle not covered by green indicates the proportion of the population that has not yet received project services.

The stick length method for communicating proportions uses a "full-length" standard stick to represent 100 percent, with sticks of lesser lengths representing smaller proportions. The sticks can be compared with measures used in daily life, such as using the full-length stick to represent the expected height of a local crop at harvest, with lesser lengths representing crops of proportionally less desirable heights.

The measures of beans resemble those used in the sale of such dry goods in the local market. The presenter first demonstrates the "full measure" of 10 small measures before using lesser numbers of measures to represent percentages less than 100 percent.

IEF had previously selected 10 of the 45 project villages to serve as sites for qualitative research to refine overall project strategies. A total of 120 women participated in the study. IEF selected an average of six women from each of the 10 villages, in addition to 60 women who participated in the initial focus group study of communication methods.

One of two interviewers questioned each woman privately to avoid response bias. Interviewers asked the same six questions to each participant—two questions for each of the three methods used to communicate coverage data in percentages. The interviewer varied the order of the questions for each woman. Each question was used a total of 20 times for each method of communicating the information.

The design of the questions required the respondent to interpret the coverage data presented. (For example, the interviewer would ask, "If 30 percent of the children in Chapomoka village (participant's village) have received vitamin A doses and 70 percent of the children in Malikopo village have received vitamin A, which village will have to reach a larger proportion of its children to assure that 80 percent of the children receive vitamin A?") Each question design reflected project objectives for coverage through IEF/Malawi Child Survival project services.

Results

The findings, presented in Table 5, show that all three methods were more than

Table 5. Effectiveness of Three Methods of Communicating Coverage Data

Presentation Method	Number of Tests Completed	Number of Correct Responses	Percentage of Correct Responses
Pie chart	120	98	81.7%
Stick length	120	101	84.2%
Bean measures	120	111	92.5%

80 percent effective in communicating coverage data. Overall, the "beans method" appeared to be the most effective method, better than the "pie chart" method in presenting basic information. The effectiveness of the "beans method" was statistically significantly greater than that of the "pie chart" method ($p = 0.02$). There was no statistically significant difference between the effectiveness of the "pie chart" and "sticks" methods for communicating coverage data.

Discussion

This study provides information that may help program managers choose more effective ways of communicating health data to the communities in which they work. The study introduces three methods of communicating the basic concepts of proportions and percentages. It also demonstrates a simple methodology for identifying and assessing the relative effectiveness of presentation methods.

The results show that the selection of methods does alter the effectiveness of the communication. Villagers understood better methods that relate to life experiences rather than those that use graphics. It is encouraging to note, however, that each of the tested strategies was effective in producing adequate understanding on the part of the village women who participated in the study.

Graphic presentations have the advantage of being less dependent on the explanation of the presenter. Therefore, graphic presentation methods may be more appropriate for displays in health centers or communities. Methods using familiar objects to relate to daily experiences should be reserved for interactive presentations, in such settings as community meetings and health education sessions. PVOs need to conduct research on how best to enhance the communication potential of computer-generated graphic representations, easily produced by the many available computer software packages. More research also should be conducted to develop effective methods of using graphic presentations to give periodic feedback on the progress of projects.

Contributed by Beth Rink and Sally Swan, U.S. Peace Corps volunteers assigned to the IEF Vitamin A Project in Malawi, and Sally R. Stansfield, a consultant to the project. The study was conducted by the IEF Child Survival project, funded by the Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, U.S. Agency for International Development (USAID). The International Science and Technology Institute and the Community Systems Foundation provided technical assistance.

Editor's note:

Readers desiring more information on the study should write to:

John Barrows
Public Health Program Officer
International Eye Foundation
7801 Norfolk Avenue
Bethesda, MD 20814

References:

Bennett, Albert B. *Fractions - concepts before symbols.* Guides (For Teachers), Educational Resources Information Center, 1987.

de Levie, R. *Ratio diagrams.* Journal of Chemical Education. 1970;47(3):187-192.

Lamon, Susan J. *Ratio and proportion: cognitive foundations in utilizing and norming.* Presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Boston, Massachusetts, April 16-20, 1990.

Noelting, Gerald. *The development of proportional reasoning and the ratio concept: Part II - problem structure at successive stages; problem-solving strategies and the mechanism of adaptive restructuring.* Educational Strategies in Mathematics. 1980;11:331-363.

Ohlsson, Stellan. *Sense and reference in the design of interactive illustrations for rational numbers.* Pittsburgh University Learning Research and Development Center, National Institute of Education, 1986.

Preece, Peter F.W. *Associative structure and the schema of proportionality.* Journal of Research in Science Teaching. 1978;15(5):395-399.

Scopes, Peter G. *Two approaches to equivalence of fractions.* Mathematics Teaching, 1976;74:16-18.

United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children.* Oxford University Press for UNICEF: New York, 1991.

Vincent, Peter. *A fraction diagram investigation.* Mathematics in School. 1991;10(2):6-7.

Winch, C.A. *Education, literacy and the development of rationality.* Journal of Philosophy of Education. 1983; 17(2):187-200.

Opportunities for PVO Participation in Eradication of Guinea Worm Disease (Dracunculiasis)

The 44th World Health Assembly, in May 1991, declared its commitment to the goal of eradicating dracunculiasis by December 31, 1995. The factor favoring eradication is that guinea worm only spreads in humans through infected drinking water. The disease is not directly transmitted from human to human. Once infected water has been drunk, disease will follow, since humans do not develop immunity. Multiple infections may occur in the same person. There is no effective treatment.

Magnitude of problem

Guinea worm disease affects an estimated 3 million people each year in 17 African countries and parts of India and Pakistan. It is difficult to get a more precise estimate because the reporting of dracunculiasis cases has frequently been episodic and incomplete. Sometimes epidemiological surveys have uncovered many more cases than had previously been reported. (In Uganda, for example, thousands of cases were added following an epidemiological survey in 1991.)

Table 6 shows the number of cases of dracunculosis reported over the period 1985-1991, in countries were PVO Child Survival projects are currently operating. It is believed that in most countries the numbers of reported cases are declining as a result of control interventions.

Table 6. Reported Cases of Dracunculiasis in Countries with PVO Child Survival Projects, 1985-1991

Country	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Burkina Faso	458	2,558	1,957	1,266	45,004	42,187	—
Cameroon	168	86	—	752	871	742	393
India	30,950	23,070	17,031	12,023	7,881	4,798	2,185
Kenya	—	—	—	—	5	6	—
Mali	4,072	5,640	435	564	1,111	884	13,793
Nigeria	5,234	2,821	216,484	653,492	640,008	394,082	281,937
Senegal	62	128	132	138	—	38	1,341
Uganda	4,070	—	—	1,960	1,309	4,704	120,259

International groups involved in eradication

Global initiatives to eradicate dracunculiasis received a great boost by resolutions adopted by the steering committee of the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1981-90). Collaborative efforts now involve many international agencies and organizations, including WHO, Global 2000 of Emory University Carter Center, Inc., UNICEF, UNDP, A.I.D. and CDC.

In 1989, for example, the Peace Corps received a three-year grant from the Africa Bureau of A.I.D. to provide technical, financial and material resources for Peace Corps staff and volunteers to initiate and implement guinea worm eradication programs in countries with Peace Corps programs. Currently there are approximately 100 Peace Corps volunteers working on guinea worm eradication at the primary, secondary or add-on level. The Peace Corps program is designed to support national dracunculiasis eradication efforts.

Interrupting transmission

To reach the objective of interrupting transmission and reporting zero cases, it is important to understand the mechanism of transmission. When water stimulates the portion of the worm that causes a blister, the worm pumps thousands of its larvae into the water over a two- to three-week period. Once in the water, minute crustacean cocepods ingest the larvae. In about two weeks, ingested larvae develop into the infective stage and remain infective in the cocepods for over one month.

People swallow the infected cocepods in drinking water. Larvae are liberated in the stomach, migrate through the viscera and mature. After mating, the female worm migrates to the subcutaneous tissues. The incubation period is approximately 12 months.

From this pattern of transmission it is clear that the principal requirement for eradication is the provision of safe drinking water. There are basically three measures for improving the water supply:

- Filter all unsafe drinking water.
- Keep people with the guinea worm out of drinking water.
- Install safe water sources in guinea worm-infected villages.

Water contaminated with guinea worm may be drunk after being filtered through a tightly woven cloth. DuPont has donated to national eradication programs 1 million square meters of specially synthetic fabric for more rapid water filtration. Alternatively, inexpensive, effective cotton cloth, which has been extensively tested in Ghana and by the CDC, is available in most African markets.

Strategy of eradication

To reach the objective of eradicating guinea worm disease by December 31, 1995, the World Health Assembly endorsed the following combined strategy: health education and community mobilization, provision of safe water, chemical control of cocepods and village-based surveillance. Eradication efforts require endemic areas to:

- Establish a national program office;
- Conduct baseline surveys to identify the affected villages and the numbers of cases;
- Implement the chemical control of cocepods and provide safe water;
- Intensify village-based surveillance to rapidly detect and contain all cases to prevent contamination of water and transmission of the disease.

Health education and communication programs are necessary to (I) educate and train individuals and households in affected areas and (2) raise awareness and mobilize communities in the improved planning and managing of guinea worm eradication activities.

Village-based surveillance is a strategy that worked well during the smallpox eradication campaign. It requires that some person or person in each village be responsible for identifying and reporting cases of guinea worm to a district office. The district office transmits the reports to a regional or national center. The information obtained helps the central office to set priorities and focus control measures to the areas with the greatest amount of disease. Much attention must be given to identifying each case, rapidly reporting the cases to authorities and rapid action to contain further transmission of the disease.

Role of PVOs in global eradication efforts

PVOs can help member states in program development, implementation and surveillance of guinea worm disease at the local level. PVOs know their communities and the health problems facing families. They can provide national programs with information on seasonality and epidemiology of the disease in their local service area.

When beginning Child Survival activities in a new service area, a PVO project should determine which communities have the most cases of guinea worm disease, for that water is surely the most unsafe, and those villages the most lacking in infrastructure. The PVO could add a guinea worm component to existing water, health education and gardening activities. The population at risk can be advised to filter drinking water. And PVOs could contact the guinea worm national program manager in the Ministry of Health for information about obtaining a supply of the donated fabric, or nearest market source of cotton cloth, for filtering water.

Together, PVOs and community leaders can mobilize communities to work with local health services and take action against guinea worm disease. For example, treating water with temephos (Abate), where possible, may be a significant intervention against guinea worm, especially during the rainy season.

PVOs could also take a stronger role in assisting communities to obtain initial reports of guinea worm disease. The challenge to PVOs is to develop sustainable village-based surveillance. A PVO might train villagers, who reside in the communities where the disease is endemic, to report guinea worm disease

monthly, instead of yearly.

Basically, there are no substantial technical barriers to achieving dracunculiasis eradication. It is a question of awareness and commitment to effective action. By being open to opportunities, PVOs may be able to generate new ideas for community action against guinea worm disease.

Editor's note:
Interested PVOs may obtain more information on eradication efforts in the Guinea Worm Wrap-up Memorandum published by the:

WHO Collaborating Center for
Research, Training, and
Eradication of Dracunculiasis
CDC/IHPO,F-03
1600 Clifton Rd, NE, Atlanta, GA
30333, U.S.A.
Fax: (404) 639-0277

References

1. CDC Update: Dracunculiasis Eradication—Worldwide, 1989. MMWR 1990:38.
2. Newberry, D. et al. Assessment of Local Cotton Cloth as a Filtering Material Against Cyclops and Larvae Forms of Dracunculiasis Mendinensis. Ghana Research Journal 1989.
3. CDC Update: Dracunculiasis Eradication—Ghana and Nigeria, 1990. MMWR 1991:40.
4. WHO: World Health Assembly. 1991(44).
5. Development Projects and the Eradication of Guinea Worm. Health and Development International, Fagerstrand, Norway. 1992.
6. WHO: The Weekly Epidemiological Record. 1992(17).

Problem Areas In CSV and CSVI Projects at Midterm 1992

In response to PVO requests for feedback on evaluations, A.I.D. hired two consultants to review 24 midterm evaluations submitted to A.I.D. in the fall of 1992. The review is very thorough and notes general trends. Notable successes include some PVOs meeting immunization and CDD goals and other PVOs training and supervising community volunteers and the use of mapping to plan interventions. The executive summary of the report contains discussions of the common themes, notable successes, constraints and common lessons learned. The following observations and problems areas may be of special interest to new projects:

- "Unfortunately many evaluators were not in a position to compare PVO objectives with midterm achievements for coverage of the basic Child Survival services for the following reasons:

  a) objectives were not clear;

  b) objectives were not made for various interventions;

  c) no assessment was made at the time of the MTE;

  d) some PVOs denied that they were responsible to meet coverage objectives, since they stated they did not "deliver services", but only did promotion;

  e) some objectives were stated in terms of increases over baseline, but the baseline data were not presented as part of the MTE."

- More PVO projects involve men and community leaders to support Child

Survival, and more projects involve women's groups in income generation. However, the involvement of community committees is decreasing. A number of MTEs noted that community committees were either not formed or were recently formed. The approach of developing a health committee which exerts community leadership was described by PVOs as one which came at a later stage. MTEs frequently indicate that the PVOs in their second stage will work with village committees and leadership to assure sustainability. This is generally after the design of interventions and decision making is considerably advanced.

- Some PVOs unfortunately have found out belatedly that complex Child Survival approaches will have difficulty in being sustained by an MOH plagued by limited resources and personnel. Some MOH have pledged to assume PVO projects after the PVO leaves; others fear a decline in services and coverage due to limited resources. Joint MOH-PVO training, supervision and sharing of health information data increases sustainability.

- Health promotion of Child Survival is generally successful, resulting in increased immunization levels, increased use of ORT, etc. Several PVOs conducting health promotion identified that repetitious, didactic messages and methods were encountering resistance in communities. ..."The need was identified to (a) vary messages, (b) interchange more with villagers during health education session and (c) support verbal messages with printed materials."

- "Immunizations and oral rehydration therapy (ORT) coverage goals were most consistently achieved with some PVOs reaching 70-90 percent levels for EPI. ...but, proper weaning and continuing feeding with episodes of diarrhea and acute respiratory infection are receiving less emphasis than the current technical guidelines for CDD and ARI recommend."

- In some communities, growth monitoring is seen as an end in itself, and it has been difficult to get clients and communities to take action to address malnutrition.

- Projects report high levels of anemia for women, but PVO project interventions in response to this finding vary. Some refer women to the MOH for iron supplementation. Others directly offer iron supplements. ...Some PVO projects are beginning to identify a substantial number of low birth weight babies in their communities, but the responses to date are not fully organized. PVOs recognize that improving intra-uterine weight gain will require complex nutrition interventions to improve women's nutrition before and during pregnancy.

- The evaluations showed "that training and supervising workers and volunteers to identify and treat ARI with antibiotics is complex and will require improved hands-on instructions, materials development and closer working relationships with MOH staff who receive referrals in their clinics."

- "Management systems were strongest in the training of volunteers. ...Many PVOs experience high rates of attrition and difficulties in supervision to assure a reliable volunteer health force and mobilize community participation. ...Additional literature and Child Survival materials are needed to stimulate, inform and motivate workers and communities."

- PVOs collect and collate considerable health information, but many PVOs, do not yet use this data for management decisions or to adjust their technical approaches. Given the considerable PVO staff and community time, effort and cost absorbed by health information system efforts,

significant revision of the health information system to ensure the emphasis on the user's needs was recognized in the Midterm as a priority. ...It can be safely stated that nearly all of the Child Survival projects reviewed could benefit from technical assistance in both general management and in health information systems.

- "Improving the quality of Child Survival interventions will require additional technical assistance, further adaptation to the communities' interests and needs, and in-depth discussions with the MOH to collaborate closely. ...Midterm evaluators recommend PVOs involve MOH and communities even more closely in project planning and management from the earliest stages."

The *Technical Report* is prepared and distributed quarterly by the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, under Cooperative Agreement #PDC-0526-A 00-6186-00 with the office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, United States Agency For International Development. The editors welcome correspondence to the *PVO Child Survival Technical Report*, Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA. Guest editors for Vol.III, No.3 are Laura Hoemeke, MPH and William Weiss, MA.

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

Avril 1993 Vol.3, No.3

Origine de l'Enquête KPC 1
Evaluations des Enquêtes Rapides 4
Sommaire des Evaluations Finales 1991-92 5
Orientations Futures des Enquêtes 8
Situation de Départ des Projets CSVII 10
Enquêtes et Langues d'Expression Orale 16
Assistance pour les Enquêtes 21
Méthodes de Communication, IEF/Malawi 24
Eradication du Vers de Guinée et les PVOs 28

Thème de ce *Rapport Technique des PVOs*

Ecrit en réponse à beaucoup de requêtes de la part des PVOs, ce *Rapport Technique* traite de l'Enquête Rapide de Connaissance, Pratique et Couverture. Les sections de ce *Rapport Technique* couvriront les sujets d'enquête suivant: préparation et évaluation du questionnaire et de la méthodologie de l'Enquête KPC; orientations futures de l'Enquête KPC; quelques données d'enquêtes préliminaires pour chaque région; comment les projets PVOs reçoivent de l'assistance sur les enquêtes; et traduction des enquêtes en langues d'expression orale. Les lecteurs auront remarqué que le titre de l'enquête est passé de "Enquête Rapide de Connaissance et Pratique" à "Enquête Rapide de Connaissance, Pratique et Couverture" pour mieux refléter avec exactitude le contenu.

Origine de l'Enquête Rapide Connaissance, Pratique et Couverture

Au cours de la dernière décennie, les organisations volontaires privées (PVO) basées aux U.S.A. ont réalisé d'importants résultats dans l'implantation des activités Survie de l'Enfant. Les projets PVO de terrain continuent cependant à faire face à une pénurie en professionnels de la santé formés en méthodes appropriées de gestion et évaluation de projets. Sans formation adéquate et sans expérience, les agents de terrain des PVO sont incapables d'évaluer les changements de comportement et les pratiques en matière de santé, ainsi que la couverture de la population bénéficiaire. La qualité du travail accompli par le PVO importe peu, car on pourrait ne juger le succès du PVO que sur son abilité à documenter le progrès accompli.

C'est ce problème fondamental qui a poussé les PVOs à demander une assistance sur la conception d'enquêtes, la collecte de données et l'analyse. L'A.I.D. a disponibilisé des fonds pour consultants, mais même ces consultants n'étaient pas unanimes sur les questions de base devant être répondues par une enquête Survie de l'Enfant au niveau de la communauté. L'A.I.D. exhorta le personnel du "Child Survival Support Program (CSSP)" de l'Université Johns Hopkins (JHU) à développer une approche commune qui pourrait résoudre les problèmes de collecte initiale et finale de données. Le person-

nel du CSSP a eu beaucoup de discussions avec les agents des PVOs, aux sièges (U.S.A.) et sur le terrain, à propos de ces problèmes.

Le CSSP apprit que les PVOs avaient besoin d'un instrument qui pourrait générer des données valables pour la gestion et l'évaluation de projets. Heureusement, avec beaucoup de travail, d'effort et d'intrant de la part des agents des projets PVO, la communauté Survie de l'Enfant possède maintenant cet instrument important qui permet à un PVO de collecter des données valables initiales ainsi qu'ultérieures tout au cours de la durée du projet. L'instrument d'enquête est appelé "Enquête Rapide de Connaissance, Pratique et Couverture" (KPC en sigles). Une évaluation externe de la méthodologie du questionnaire d'Enquête KPC, datant de 1992, révéla que "le questionnaire de base est bien conçu et le format du tableau d'analyse de base fournit quasiment l'information nécessaire à l'identification de programmes prioritaires et l'évaluation de l'atteinte des objectifs."

Critères de conception du questionnaire prototype d'enquête

L'enquête prototype prit forme après quatre ans à l'étude. Pendant les deux premières années et demie, le CSSP revoyait comment chaque projet PVO conçut et utilisa les données d'enquête pour initier son DIP. Le personnel technique du CSSP éxamina la qualité (incluant la fiabilité et la validité des données) de 45 projets PVO. Pendant les visites sur le terrain et les séminaires-ateliers aux sièges, le personnel du CSSP discuta avec les PVOs à propos des problèmes qu'ils ont avec la collecte de données. Ensuite, le personnel technique du CSSP travailla de pair avec un épidémiologiste experimenté dans les enquêtes pour concevoir une méthodologie standard d'enquête rapide qui produirait de l'information pratique sur la couverture de vaccination, l'usage de la thérapie de réhydratation par voie orale, la pratique de l'allaitement maternel, etc.

Il y avait plusieurs critères de conception. Il était essentiel que l'enquête produise une information valable pour la gestion du projet. Par conséquent le questionnaire ne pouvait être un questionnaire conçu pour la "recherche", ni un questionnaire descriptif au point de vue social et démographique. Il ne devait pas non plus être un questionnaire sur les conditions qui ne peuvent beaucoup changer dans le temps. La portée de chaque question devait viser les changements-clés des comportements au niveau de la famille et de la communauté. Et les questions devaient concerner des interventions techniques qui répondent effectivement aux problèmes épidémiologiques locaux.

Aussi, le questionnaire de l'enquête doit être techniquement plausible, à jour, et comparable quand c'est possible aux données nationales rapportées par le pays à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou à l'UNICEF. Les discussions avec les spécialistes techniques en provenance d'universités, OMS, PAHO, UNICEF, Centers for Disease Control (CDC), et les contractants de l'A.I.D., ont abouti à une sélection de questions les plus techniquement pertinentes pour neuf modules: 1) l'information sur le taux d'alphabétisation des mamans et sur la génération de revenu; 2) allaitement maternel et nutrition des enfants; 3) surveillance de la croissance; 4) suppléments de capsules de vitamine A; 5) prise en charge de cas de maladies diarrhéiques; 6) vaccination; 7) prise en charge des infections respiratoires aigües; 8) surveillance de la grossesse; et, 9) utilisation de la planification familiale.

Un questionnaire final devrait ne pas

depasser 40 à 45 questions et l'interview ne devrait durer plus de 20 minutes. Chaque projet devrait choisir ses questions selon les problèmes épidémiologiques locaux, et réviser le questionnaire selon l'environnement local et le traduire en langues d'expression orale, si nécessaire. Les spécialistes d'enquête recommendent que les PVOs ne devraient pas y ajouter beaucoup de nouvelles questions. Certains PVOs peuvent trouver nécessaire de collecter une information plus poussée sur les attitudes, comme les attitudes sur l'allaitement au sein pendant les épisodes de maladie. Dans ce cas, le CSSP recommende que les PVOs utilisent des méthodes qualitatives, comme les interviews basées sur la focalisation de groupes et l'informateur-clé.

Critères de conception de la méthodologie de l'enquête

Un critère-clé était que la taille de l'échantillon soit raisonnable pour une estimation du niveau des connaissances, pratique et couverture, mais assez petit pour que l'enquête puisse être conduite rapidement et à moindre coût. Le personnel technique du CSSP travailla de pair avec les statisticiens et démographes pour choisir la méthode d'échantillonnage la plus appropriée. La décision fut d'utiliser l'approche standard d'échantillonnage de 30 grappes, développé par OMS/EPI. La taille de l'échantillon permet aux PVOs d'évaluer le niveau des connaissances et pratiques des mamans d'enfants en bas âge, résidant dans la zone d'impact du projet. Ce niveau peut être comparé aux moyennes nationales rapportées, puisque la plus grande partie du questionnaire est similaire à celui utilisé par l'OMS, l'UNICEF, et le Programme d'Enquête Démographique et de Santé (DHS) financé par l'A.I.D.

Il est important de noter que la méthode d'échantillon de 30 grappes ne produit pas un échantillon de taille assez large pour mesurer la différence entre les données préliminaires et les données finales. Au cas où un PVO voudrait mesurer cette différence, elle aurait à utiliser une formule différente pour l'échantillonnage, et la formule aboutirait à un échantillon très large de façon que le PVO aurait à étendre la collecte de données ainsi que les coûts à plusieurs semaines de plus. Cette option est considérée comme étant non pratique par plusieurs PVOs. De plus, même si les PVO étaient capables de démontrer la différence, ils ne pourraient pas démontrer la causalité. Ceci signifie qu'ils ne pourraient pas prouver qu'ils étaient responsables de la différence, à moins qu'un échantillon-témoin bien défini n'ait été utilisé, conduisant d'autant à un plus large échantillon, et à un plan de recherche beaucoup plus complexe. Plutôt, il est recommendé que le PVO compare les niveaux rapportés dans la zone de service du projet Survie de l'Enfant aux niveaux nationaux rapportés par le pays.

Tester d'avance l'instrument

Le personnel technique du CSSP travailla conjointement avec les PVOs pour tester en avance l'instrument dans huit différentes localités: Honduras, Guatemala, Bolivia, Kenya, Malawi, Mozambique, Nepal et Vanuatu. Les projets s'étendaient à des régions montagneuses et insulaires, à des zones rurales et péri-urbaines, et à des bidonvilles. Ce pré-test exigeait que le questionnaire d'enquête soit traduit à la fois en des langues d'expression écrite et des langues d'expression orale incluant l'Espagnol, le Kikuyu, l'Espagnol-Quechua, le Bislama, le Népalais, le Chichewa et le Portuguais-Nhungue. Les résultats de ce pré-test

étaient très encourageant. L'instrument et la méthodologie de formation des formateurs semblent pouvoir améliorer la capacité à évaluer plusieurs aspects des projets PVO Survie de l'Enfant.

Le guide de référence de l'A.I.D. requiert des enquêtes KPC

En juillet 1991, l'Office de l'A.I.D. pour l'Assistance Alimentaire et Humanitaire, bureau de Coopération Volontaire Privée (FHA/PVC), publia les termes de référence d'un nouveau plan détaillé d'implantation (DIP) pour les projets PVOs, les exhortant à incorporer l'enquête rapide standardisée KPC dans l'évaluation finale des projets PVOs. En même temps, l'A.I.D. spécifiait à travers l'accord de coopération avec JHU que le Child Survival Support Program fournisse des formateurs, à la demande des PVOs, qui pourraient former les agents de terrain et collaborateurs en la nouvelle méthodologie d'enquête. Et c'est cela qui fut fait. Deux ans plus tard, les projets PVO de beaucoup de pays ont une meilleure idée des priorités de leurs programmes et ont été capables de mesurer leurs réalisations. Aujourd'hui, beaucoup de ces projets sont en train de communiquer ce savoir-faire sur l'enquête aux officiels locaux et de district.

Note de l'éditeur:

Les éditeurs tiennent à remercier Richard Arnold, MD, DTPH, pour son assistance à la conception de la méthodologie de l'Enquête Rapide KPC et le module du questionnaire de l'Enquête KPC sur la vaccination. Aussi, les éditeurs voudraient remercier les personnes suivantes pour leur efforts dans le pré-test de l'instrument et la méthodologie de l'enquête: Marcello Castrillo, MD, MPH; Robert Cunnane, MPH; Denis Holdenreid, MD, MPH; et Zeng Dong-Lu, MD, MPH.

Une équipe de travail spécialisée évalue l'Enquête Rapide KPC

Puisque l'enquête de type KPC est récente, l'A.I.D. créa une équipe de travail spécialisée chargée de l'Enquête Rapide KPC, pour évaluer une première série d'enquêtes préliminaires déja achevée et fixer les objectifs de l'enquête pour l'avenir. L'équipe spécialisée, qui travaille à titre consultatif, est composée de 13 professionels de la santé et spécialistes enqueteurs en provenance d'universités et d'agences consultatives privées.

En juin 1992, les projets CSVII soumirent des plans detaillés d'implantation (DIPs) ainsi que les résultats d'une enquête préliminaire au FHA/PVC pour une revue technique. La réunion de l'équipe spécialisée se tint la semaine qui a suivi la réunion de revue technique. Un membre de l'équipe était présent a chacune des réunions-debats du DIP. Ceci etait organisé de façon à ce que les membres de l'équipe spécialisée pourraient discuter comment le projet PVO avait utilisé les données d'enquête préliminaires. CSVII a été revue au cours des réunions DIP. L'équipe spécialisée analysa uniquement en profondeur les enquêtes préliminaires que étaient basée sur le questionnaire prototype et accomplie avec l'assistance d'un formateur d'enquête qualifié. Les principaux résultats de l'équipe spécialisée étaient:

- L'Enquête KPC est un instrument important qui permet aux PVOs d'évaluer les programmes et de centrer l'attention sur les besoins de santé prioritaires des populations. Le questionnaire de base est bien conçu et le format du tableau d'analyse de base fournit presque toute l'information dont on a besoin pour identifier les priorités au sein des

programmes et évaluer l'atteinte des objectifs.

- Habituellement, le personnel de terrain des PVOs termine toute la formation et le travail d'enquête dans une période de deux à trois semaines, à un coût approximatif de 2,5 % du coût total du projet. Les discussions sur les données de l'enquête ont permis au personnel des PVOs de clarifier les objectifs des projets et de raffiner les stratégies. Le processus de l'enquête a soutenu l'enthousiasme sur le terrain et élevé la conscience des PVOs.
- Même si la tabulation manuelle des données et le calcul des distributions de fréquence ont généralement été d'une certaine valeur comme guide de gestion, une analyse plus raffinée des données permettrait aux PVOs d'utiliser les enquêtes comme instruments de stratégie de planification. Une série uniforme d'indicateurs spécifiques pourrait faciliter l'interpretation des résultats et simplifier la présentation des données par les PVOs.
- Les questions EPI and CDD sont testées et fournissent des indicateurs fiables du niveau des connaissances, pratiques et couverture. Les questions sur l'allaitement maternal et la nutrition, la surveillance de la croîssance et la supplémentation en vitamine A sont approximativement les mêmes pour tous les PVOs, mais pourraient être plus standardisés. Les questions sur les infections respiratoires aigües et la santé maternelle et le planning familial sont d'une certaine valeur, mais recquirèrent un raffinement et une tenue régulière à jour pour réfleter les changements technologiques contemporrains.
- La clé au succès à long terme du programme d'enquête sera une formation continue des individus et des organisations. Ceux-ci devraient inclure plus de groupements PVOs (y compris les bureaux directeurs) et les individus en provenance des Ministères de la Santé, des universités et des consultants privés locaux.

Rapport sommaire sur les évaluations finales 1991-1992

Les PVOs disent fréquemment qu'ils veulent apprendre plus à propos du Programme Survie de l'Enfant, et comment leurs projets cadrent avec le "portrait global." Ils sont reconnaissants pour la retro-information sur les évaluations. En réponse aux requêtes de la part des PVOs, l'A.I.D. a engagé un consultant pour qu'il recapitule en bref les évaluations finales pour les 16 projets Survie de l'Enfant ayant pris terme en 1991-83, et pour qu'il mette en lumière les résultats-clé et recommandations sur leur auto-évaluation et sur les pages du rapport d'enquête. Le rapport sommaire montre a la fois les forces et les faiblesses dans le programme global Survie de l'Enfant.

Résultats-clé de l'auto-entretien

- L'auto-entretien n'était pas l'objectif primordial pour la plupart de ces projets, Quand ces 16 projets demarrèrent en 1988, l'auto-entretien n'était pas aussi stipulé comme objectif du programme comme maintenant.

- Les lignes directrices de l'Evaluation Finale de l'A.I.D. sur l'auto-entretien encourageaient par elles-mêmes les PVOs à accroître l'auto-entretien en attirant l'attention des agents de terrain sur ce problème-là.
- L'auto-suffisance des projets ne constitue pas un eventuel objectif dans les efforts d'amélioration de la Survie de l'Enfant. Les PVOs peuvent cependant accroître leur autonomie par un transfert du savoir-faire comme exemple la préparation d'avant-projets pour aider leurs partenaires à apprendre comment obtenir d'autres sources de fonds avant que le financement Survie de l'Enfant ne prenne fin.
- La participation communautaire, bien que fréquemment citée comme faisant partie de la stratégie d'auto-entretien d'un PVO, n'a pas été aussi effective qu'elle pouvait à conférer aux communautés le pouvoir de prendre beaucoup plus de responsabilité et de contrôle de leur propre santé.
- Les contributions de la communauté sans forme de frais pour service et/ou travail sont souvent des facteurs positifs dans le développement d'un projet. Cependant, un PVO ne pourra s'attendra à la perennité des contributions de la communauté si la communauté pense qu'elle n'est pas un partenaire actif dans la gestion et la sélection des priorités du projet.
- Les projets n'ont pas mis assez d'accent sur l'abilité de gestion des organisations coopérantes. Les PVOs devraient être conscients qu'une gestion médiocre est la cause la plus fréquente de l'échec des programmes établis par le biais de projets d'assistance au développement.

Recommandations-clé sur l'auto-entretien

- Muscler les efforts d'exploration des activités de recouvrement des coûts pour consolider l'auto-entretien financière des services de santé. Ceci rendra les agents des services de santé plus responsables envers les communautés.
- Obtenir l'assistance technique pour renforcer la faculté des agents des PVOs à initier et gèrer des programmes de recouvrement des coûts, procurent des schémas et des activités génératrices de revenu. Apprendre comment calculer le capital et les coûts récurrents.
- Surveiller l'impact des programmes de recouvrement des coûts pour l'equité dans la prestation des services. Par exemple, est-ce que les membres les plus démunis de la communauté continuent à demander et à recevoir des soins si des frais sont exigés pour les services de santé?
- Développer un cours de formation des formateurs de gestion pour améliorer la capacité des PVOs à renforcer la gestion locale du soutien de l'auto-entretien.
- Promouvoir une plus grande participation communautaire à chaque phase du projet.

Résultats-clé de l'enquête finale

Cette année fut la première pour laquelle l'A.I.D. exigea une enquête finale faisant partie intégrante des évaluations finales. Quinze sur 16 évaluations finales incluaient une enquête finale. Des 15, huit projets utilisèrent une part substantielle (10 questions ou plus) de l'enquête rapide du type KPC, en adaptant les questions à leur situation locale. Les résultats-clé suggèrent que

les PVOs commencent à obtenir plus d'information valable grâce aux évaluations finales.

- Mener des visites à domicile plus qu'offrir des services, fournit aux agents de projets une nouvelle sensibilité aux soucis et besoins des communautés.
- Le coût des enquêtes (moyenne de 4300 dollars U.S.) était minime en comparaison avec les bénifices pour la gestion des projets.
- L'enquête prototype KPC développée pour le Programme Survie de l'Enfant était contributif en permettrant une exécution technique judicieuse des enquêtes finales KPC.
- De nombreux PVOs inclurent leur propres questions démandant aux mères "pourquoi" or "pourquoi pas." Ni ces questions, ni d'autres sur la satisfaction des clients ne produisirent une information de valeur.
- Onze projets employèrent des techniques d'échantillonnage en grappes, mais les agents de terrain n'étaient souvent pas conscients des limitations de la méthode d'enquête par grappe. Les agents de projets doivent prendre conscience des limitations des résultats quand l'échantillon en grappes standard EPI est sousdivisé pour l'analyse, et des conclusions emanant de telles données.
- Beaucoup de rapports finals PVO faisaient objet de discussions sur les implications des résultats de l'enquête et mettaient l'accent sur le fait que l'enquête fournissait une information de valeur pour la gestion des projets.
- Presque tous les PVOs mentionnaient que les enquêtes aidaient à centrer l'attention sur l'importance à définir soigneusement les objectifs d'éducation pour la santé.
- De nombreux projets rapportèrent des données des dénominateurs manquants ou incorrects. Comme conséquence, il était parfois impossible de comparer les résultats avec les donneés nationales, ou avec les données provenant d'autres PVOs dans le pays.
- Aucun projet ne rapporta les décisions prises ou les suites y reservées avant la soumission des rapports, et peu de projets rapportèrent avoir partagé les résultats de l'enquête avec d'autres agences.

Recommendations-clé sur l'enquête finale

- Consolider les efforts pour s'assurer que l'instrument d'enquête est aussi bref que possible, incluant uniquement des questions visant directement l'atteinte des buts poursuivis concernant les connaissances-clé et les objectifs comportementaux en rapport avec le projet.
- Ne pas inclure dans l'enquête KPC des questions ayant traitées aux opinions ou attitudes. Ces questions ne fournissent aucune information de valeur dans les enquêtes KPC à visée quantitative. Plutôt, pour ce type d'information, utiliser des évaluations qualitatives telles que la focalisation de groupes ou des interviews avec des informateurs-clé.
- Rapporter l'information sur la couverture vaccinale des enfants agés de 12 à 23 mois dont les fiches de vaccination ont été verifées par l'interviewer, au lieu de se baser sur les dires des mamans.
- Standardiser aussi bien les questions que la formation pour accroître

la qualité et la comparabilité des données de l'enquête. La standardisation donnerait plus d'information pour l'analyse et la discussion des résultats de l'enquête.

- Continuer à renforcer l'usage des données de l'enquête pour la gestion du projet et la prise de décisions.
- Donner l'information à propos des résultats de l'enquête aussitôt que l'enquête est terminée aux organisations de santé et communautés bénéficiaires. Inclure une section pour un rapport final du PVO à envoyer au donneur.

Orientations futures des Enquêtes Rapides KPC

Le champ d'activité de l'équipe spécialisée pour les enquêtes était d'évaluer toutes les enquêtes conduites par les projets PVO Survie de l'Enfant en 1991/1992 et de fixer les objectifs d'enquête pour l'avenir. Spécifiquement, l'équipe spécialisée était chargée de passer en revue les questions de l'enquête pour leur pertinence avec la gestion des projets, et d'évaluer les leçons apprises à propos de l'échantillonnage, la formation des interviewers et la gestion. Les membres de cette équipe fixèrent alors des objectifs à l'usage de l'Enquête Rapide KPC jusqu'à la fin des trois prochaines années.

Les objectifs fixés par cette équipe spécialisée composée de 13 professionnels de la santé sont énumerés ci-après. Un rapport des réalisations est présenté pour chaque objectif.

- *Avant la fin de l'année 1995, 100% des projets récemment financés auront achevé une enquête préliminaire avant la revue du Plan d'Implantation Detaillé (DIP). En plus, 80% de tous les projets auront achevé une enquête, soit préliminaire ou finale.*

  Réalisations actuelles: L'A.I.D. exige maintenant de tous les projets récémment financés d'achèver une enquête préliminaire avant de soumettre le DIP. En 1992, tous les projets à l'exception de deux avaient mené une enquête avant de soumettre le DIP.

- *D'ici mai 1993, le CSSP développera une série d'indicateurs-clé qui facilitera l'interpretation des résultats des enquêtes, et qui permettra aux PVOs de comparer le niveau atteint dans la localité de service concernée avec le niveau rapporté pour le pays et simplifera la présentation des données des enquêtes. Les indicateurs-clé mesureront, pour une localité de service donnée, le niveau de pratiques des mères qui sont en rélation directe avec l'amélioration de l'état de santé des enfants. Les projets PVOs seront en mesure de collecter des données à propos de ces indicateurs en utilisant l'enquête rapide standardisée KPC.*

  Réalisations actuelles: Le CSSP a proposé une série de 17 indicateurs-clé de Survie de l'Enfant qui sont actuellement en train d'être testés sur le terrain. (Voir Tableau 1.) Après la rédaction finale, l'A.I.D. les distribuera à tous les projets.

- *Pour l'année 1995, l'A.I.D. compilera les résultats des données d'enquêtes préliminaires en ensemble uniforme d'indicateurs pour 100% des projets.*

Tableau 1. Indicateurs-clé proposés pour l'exécution des Projets Survie de l'Enfant

1. **Habitudes appropriées de nutrition de l'enfant: initiation de l'allaitement maternel**—Pourcentage des enfants (moins de 24 mois) qui étaient nourris au sein dans les huits premières heures apres la naissance

2. **Habitudes appropriées de nutrition de l'enfant: allaitement maternel exclusif**—Pourcentage des enfants de moins de quatre mois qui sont nourris exclusivement au sein

3. **Habitudes appropriées de nutrition de l'enfant: introduction des aliments**—Pourcentage des enfants de 5 à 9 mois recevant des aliments solides ou semi-solides

4. **Habitudes appropriées de nutrition de l'enfant: constance de l'allaitement maternel**—Pourcentage des enfants de 20 à 24 mois qui sont toujours nourris au sein (et recevant des aliments solids/semi-solids)

5. **Prise en charge des maladies diarrhéiques: continuation de l'allaitement maternal**—Pourcentage des enfants moins de 24 mois ayant eu une diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus du lait maternel

6. **Prise en charge des maladies diarrhéiques: continuation des liquides**—Pourcentage des enfants moins de 24 mois ayant eu une diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus de liquides autres que le lait maternel

7. **Prise en charge des maladies diarrhéiques: continuation des aliments**—Pourcentage des enfants de moins de 24 mois ayant eu une diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu la même quantité ou plus d'aliments

8. **Prise en charge des maladies diarrhéiques: utilisation de la TRO**—Pourcentage des enfants moins de 24 mois ayant eu une cas de diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont été traités à la TRO

9. **Contrôle de la pneumonie: traitement medical**—Pourcentage des mères ayant démandé un traitement medical pour leur enfant moins de 24 mois présentant de la toux et une respiration rapide et difficile au cours des deux dernières semaines

10. **Couverture vaccinale (carnet de santé): accès EPI**—Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu DTC1

11. **Couverture vaccinale (carnet de santé): couverture EPI**—Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu OPV3

12. **Couverture vaccinale (carnet de santé): couverture rougeole**—Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination contre la rougeole

13. **Couverture vaccinale (carnet de santé): taux d'abandon**—Pourcentage de changement entre les doses DTC1 et DTC3 pour les enfants de 12 à 23 mois

14. **Soins maternel: carnet de santé de la mère**—Pourcentage des mères ayant un carnet de santé maternelle pour l'accouchement de leur enfant le plus jeune

15. **Soins maternel: couverture vaccin antitétanique (carnet)**—Pourcentage des mères ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique pendant la grossesse de leur enfant le plus jeune

16. **Soins maternel: une ou plus de visites prénatales (carnet)**—Pourcentage des mères qui ont fait au moins une visite anténatale avant la naissance de leur enfant le plus jeune (moins de 24 mois)

17. **Soins maternel: utilisation des méthodes modernes de contraception**—Pourcentage des mères d'enfants de moins de 24 mois qui ne desirent pas d'enfants dans les deux prochaines années (ou qui ne sont pas sûres) et qui sont en train d'utiliser une méthode moderne de contraception

Réalisations actuelles: Les résultats des enquêtes préliminaires de 1991, 1992 et 1993 sont en train d'être introduits dans la base des données informatisée de PVO Survie de l'Enfant, utilisée par FHA/PVC.

- *En vue d'améliorer les aspects d'auto-entretien et de replicabilité de la formation d'enquête et de l'assistance, le CSSP doit identifier et générer les ressources au niveau régional/local. L'équipe spécialisee recommande aussi que le CSSP assure la formation du personnel aux bureaux des PVOs aux Etats-Unis d'Amérique dans la méthodologie et l'implantation de l'Enquête KPC.*

Réalisations actuelles: En septembre 1992, le CSSP organisa une formation des formateurs d'enquête pour le personnel des PVOs pour que les membres de ce personnel puissent donner une assistance sur l'enquête aux agents des projets. En mars 1992, CARE, avec l'assistance du CSSP, organisa un atelier régional de formation en enquête destiné à former des agents en provenance de plusieurs projets PVO ouvrant en Asie, pour qu'ils servent commes personnes-ressources en enquête au niveau régional.

Situation de Départ des Projets PVO CSVII

Les PVOs demarrèrent 22 projets Survie de l'Enfant en Octobre 1991, avec le financement CSVII de l'A.I.D./Washington. Onze nouveaux projets avaient achevé des enquêtes préliminaires utilisant la méthodologie de l'Enquête Rapide KPC. Cet article donne une déscription de ces 11 projets CSVII par région, et un bref résumé de leurs résultats initiaux. L'information sur la déscription de ces projets provient de leurs documents avant-projets et de leurs DIPs.

Région Asie

Il y avait trois nouveaux projets ayant achevé une Enquête Rapide KPC dans la région d'Asie. Le Tableau 2 présente quelques résultats de l'enquête préliminaire pour les trois projets de la région, aussi bien que les données nationales du Bangladesh, du Népal et de l'Indonésie, rapportées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, et le Programme d'Enquête Démographique et Sanitaire (DHS) financé par l'A.I.D. Les statistiques des projets sont basées sur les réponses des mamans d'enfants âgés de moins de 24 mois.

- *PCI/Indonésie (Moluku)*—Le "Project Concern International" (PCI) fonctionne dans la province de Moluku, composée de plus de 1000 isles et une potentielle population bénéficiare de 486.454 habitants. Le Projet Survie de l'Enfant s'étend à des interventions en thérapie réhydratation par voie orale (15% des efforts du projet), vaccination (40%), nutrition (15%, avec 5% des efforts en supplémentation à la vitamine A), et santé maternelle/planification familiale (30%).
- *CARE/Bangladesh*—Le projet CARE est situé en une zone rurale, dans le district de Sylhet au nord de la division de Chittagong. La population bénéficiaire potentielle se chiffre à

1.030.920. Le projet étend ses activitiés à la thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (35%), nutrition (25%), et santé maternelle/planification familiale (20%).

- *SCF/Népal*—Ce projet, appartenant à l'ONG "Save the Children," est basé dans le district rural de Siraba dans la zone de Sagarmatha dans la région de Dévéloppement Est, et a une population bénéficiare potentielle de 36.664 mamans et enfants. Les efforts du Projet SCF s'étendent à la thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (20%), nutrition (35%, desquels 20% de supplémentation en vitamine A), contrôle des infections aigües respiratoires basses (5%), et santé maternelle/planification familiale (20%).

Région Afrique

Trois nouveaux projets PVO Survie de l'Enfant en région de l'Afrique ont achevé une enquête préliminaire en utilisant la méthodologie du genre Enquête Connaissance, Pratique et Couverture. La description de ces trois projets est accompagnée d'un tableau, Tableau 3, qui compare les données obtenues au cours des enquêtes avec les niveaux nationaux rapportés pour les mêmes ou similaires indicateurs.

- *WV/Zimbabwe*—Ce projet appartenant à l'ONG "World Vision" est situé dans le district de Shamva au nord-est du Zimbabwe, avec 53.545 bénéficiaires potentiels. Le projet WV inclue des activités de thérapie de réhydratation par voie orale (25%), vaccination (25%), nutrition (20%), contrôle des infections aigües respiratoires basses (15%), santé maternelle/planification familiale (10%) et prévention du SIDA (5%).
- *ADRA/Uganda*—Le Projet Survie de l'Enfant de "Adventist Development Relief Agency" en Uganda a une population bénéficiaire potentielle de 33.429. Le projet offre des prestations dans les sous-comptés ruraux de Kalagala et Zirobe, situés dans le compte de Banumanika dans le district de Luwero. Le projet ADRA étend ses interventions à la therapie de réhydratation par voie orale (25%), vaccinations (25%), nutrition (30%), et santé maternelle/planification familiale (20%).
- *WV/Sénégal*—Le projet preste dans le district de Mecke, à 100 kilomètres au nord de Dakar, avec une population bénéficiare potentielle de 50.439. Le projet WV répartit ses activités en thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (20%), nutrition (50%), et santé maternelle/planification familiale (10%).

Région d'Amérique Latine et des Caraïbes

Cinq enquêtes préliminaires KPC ont été menées par des nouveaux projets au Nicaragua, au Guatemala et en République Dominicaine. Quelques indicateurs sont presentés dans le Tableau 4 pour chacun des Projets de Survie de l'Enfant ci-après:

- *PCI/Nicaragua*—Ce projet urbain offre ses services à un quartier pauvre de Managua, Acahualinca, avec 2.768 bénéficiaires potentiels. Le projet PCI étend à la thérapie de réhydratation par voie orale (30%), vaccination (30%), nutrition (20%), et contrôle des infections aigües respiratoires basses (10%).
- *ADRA/Nicaragua*—Les districts mi-urbains, mi-ruraux d'Esteli et Madriz sont les sites du projet ADRA couvrant une population bénéficiaire potentielle de 18.479. Le projet étend ses inter-

ventions à la thérapie de réhydratation par voie orale (15%), vaccination (15%), nutrition (20%), contrôle des infections aigües respiratoires basses (20%) et santé maternelle/planification familiale (15%).

- *HOPE/Nicaragua*—Les activités Survie de l'Enfant du Projet HOPE sont destinées à une population bénéficiaire potentielle de 29.164 habitants vivant dans les municipalités de Boaco et Camoapa, dans la cinquième Région Sanitaire du Ministère de Santé. Leur spectre consiste en la thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (25%), nutrition (15%), contrôle des infections aigües respiratoires basses (10%) et santé maternelle/planification familiale (20%).
- *HOPE/Guatemala*—Le Projet HOPE se trouve au niveau des communautés rurales de Totonicapan avec une population bénéficiaire potentielle se chiffrant à 85.860 femmes et enfants. Il mène et promeut des interventions en thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (20%), nutrition (35%, y compris la supplémentation à la vitamine A), contrôle des infections aigües respiratoires basses (10%) et santé maternelle/planification familiale (15%).
- *WV/République Dominicaine*—Les communautés péri-urbaines de Barahona et Bahoruco sont les sites de travail du projet de "World Vision." Le PVO est en train des tentes d'élargir sa couverture à une population bénéficiaire potentielles de 91.116 habitants en thérapie de réhydratation par voie orale (20%), vaccination (35%), nutrition (15%), contrôle des infections aigües respiratoires basses (15%) et activités génératrices de revenus (15%).

Résumé des Données Préliminaires

En général, les tableaux 2, 3 et 4 révèlent plusieurs aspects des projets PVO en comparaison avec les données rapportées nationales.

- Les mères des enfants âgés de moins de 24 mois sont mieux éduquées que la population générale féminine, peut-être parce qu'elles sont plus jeunes et ont plus probablement reçu une éducation formelle.
- Dans tous les projets à l'exception d'un seul, les niveaux basals de vaccination antitétanique sont de loin inferieurs aux niveaux apportés pour le pays. Ceci suggère que les PVOs doivent vacciner plus de femmes pour protéger les mamans contre le tétanos et les enfants contre le tétanos néonatal.
- En Afrique et en Asie, moins de 25% de toutes les femmes qui ne veulent plus d'enfants dans les deux prochaines années sont utilisatrices des méthodes modernes de contraception. En Amérique latine, cependant, ce taux peut atteindre 50% à 78%, et est plus élevé que les estimations rapportées par les enquêtes nationales sur la prévalence contraceptive.
- L'usage des solutions de réhydratation par voie orale (SRO) est hautement variable, aussi bien au sein qu'entre les pays et les régions. L'utilisation des solutions de réhydratation par voie orale et des liquides rapportée par les projets a peu de relation avec les moyennes nationales rapportées (tantôt plus élevées, tantôt plus basses). Ceci suggère que des facteurs culturels

Tableau 2. Données Préliminaires des Projets PVO CS II de la Région d'Asie, 1991-1992 Comparées aux Moyennes Rapportées Nationales

	Indonésie		Bangladesh		Népal	
Indicateurs des projets contre indicateurs nationaux	PCI-M	Nationaux	CARE	Nationaux	SCF	Nationaux
Alphabétisation maternelle (contre alphabétisation féminine)	93%	65%[1]	24%	22%[1]	8%	12%[1]
Vaccination antitétanique, 2ème dose, par fiche	13%	60%[1]	10%	78%[2]	18%	83%[1]
Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les mères qui ne desirent pas d'enfant dans les 2 années à venir (contre prévalence contraceptive*)	—	48%[1]	24%	25%[1]	11%	7%[1]
Enfants de 0 à 24 mois (contre enfants de 0 à 5 ans) ayant eu une diarrhée dans les 2 dernières semaines et qui:						
Ont reçu la SRO	29%	44.2%[4]	25%	—	25%	—
Ont reçu la TRO**	—	—	—	26%[3]	—	14%[3]
Ont reçu plus de liquides	38%	—	23%	—	7%	—
Enfants nourris au sein en déans 8 heures aprés la naissance	—	—	73%	—	—	—
Enfants de 0 à 4 mois nourris exclusivement au sein***	—	39%[3]	29%	—	91%	—
Enfants de 5 à 9 mois sous alimentation solide en plus des liquides	—	—	65%	—	44%	—
Etat vaccinal des enfants de 12 à 24 mois:						
DTC 1	77%	—	22%	—	29%	—
POLIO 3	68%	84%[1]	13%	60%[2]	15%	74%[1]
Antirougeole	65%	80%[1]	10%	53%[2]	13%	63%[1]

Définitions

* La prévalence nationale contraceptive est définie comme étant le pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant actuellement n'importe quelle méthode contraceptive.

** Le taux national d'utilisation de la TRO est défini comme étant le pourcentage de tous les cas de diarrhée parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, étant survenu au cours des deux semaines précédant l'enquête, et qui sont traités par SRO ou une solution domestique appropriée.

*** L'allaitement maternel exclusif est défini comme étant une alimentation au lait maternel uniquement, sans autres liquides ou aliments solides.

Sources des Données Nationales

[1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1991

[2] OMS, 1992

[3] UNICEF, 1987-1991 Taux d'utilisation de la TRO rapporté dans *l'Etat des Enfants du Monde*, 1993

[4] Enquête Démographique et Sanitaire (DHS) de l'Indonésie, 1991

[5] DHS, Rapport sur les bases des données 1993 pour tous les pays DHS

Tableau 3. Données Préliminaires des Projets PVO CSVII de la Région d'Afrique, 1991-1992 Comparées aux Moyennes Rapportées Nationales

	Zimbabwe		Uganda		Sénégal	
Indicateurs des projets contre indicateurs nationaux	WV	Nationaux	ADRA	Nationaux	WV	Nationaux
Alphabétisation maternelle (contre alphabétisation féminine)	73%	67%[1]	68%	45%[1]	—	19%[1]
Vaccination antitétanique, 2ème dose, par fiche	63%	45%[1]	29%	39%[1]	19%	45%[1]
Utilisation des méthodes contraceptive modernes par les mères qui ne desirent pas d'enfant dans les 2 années à venir (contre prévalence contraceptive*)	—	43%[1]	7%	5%[1]	4%	6%[1]
Enfants 0 à 24 mois (contre enfants de 0 à 5 ans) ayant eu une diarrhée dans les 2 dernières semaines at qui:						
Ont reçu la SRO	3%	—	41%	15%[3]	5%	2%[2]
Ont reçu la TRO**	—	77%[4]	—	—	—	—
Ont reçu plus de liquides	—	—	37%	—	27%	—
Enfants de 0 à 4 mois nourris exclusivement au sein***	—	11%[5]	45%	70%[5]	67%	7%[3]
Enfants de 5 à 9 mois sous alimentation solide en plus des liquides	—	—	58%	—	50%	—
Etat vaccinal des enfants de 12 à 23 mois:						
DTC 1	90%	—	75%	—	64%	—
POLIO 3	87%	88%[1]	70%	77%[1]	41%	66%[1]
Antirougeole	86%	86%[1]	57%	77%[1]	41%	59%[1]

Définitions

* La prévalence nationale contraceptive est définie comme étant le pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant actuellement n'importe quelle méthode contraceptive.

** Le taux national d'utilisation de la TRO est défini comme étant le pourcentage de tous les cas de diarrhée parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, étant survenu au cours des deux semaines précédant l'enquête, et qui sont traités par SRO ou une solution domestique appropriée.

*** L'allaitement maternel exclusif est défini comme étant une alimentation au lait maternel uniquement, sans autres liquides ou aliments solides.

Sources des Données Nationales

[1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1991
[2] Enquete Démographique et Sanitaire (DHS) du Sénégal, 1986
[3] DHS de l'Uganda, 1989
[4] UNICEF, 1987-1991, Taux d'utilisation de la TRO, *L'Etat des Enfants du Monde*, 1993
[5] DHS, 1993

Tableau 4. Données Préliminaires des Projets PVO CSVII de la Région d'Amérique Latine et des Caraïbes, 1991-1992 Comparées aux Moyennes Rapportées Nationales

	Nicaragua				Guatemala		République Dominicaine	
Indicateurs des projets contre indicateurs nationaux	PCI	ADRA	HOPE	Nationaux	HOPE	Nationaux	WV	Nationaux
Alphabétisation maternelle (contre alphabétisation féminine)	88%	63%	60%	—	42%	44%[1]	—	79%
Vaccination antitétanique, 2ème dose, par fiche	27%	—	13%	25%[1]	6%	11%[1]	5%	23%[1]
Utilisation des méthodes contraceptives modernes par les méres qui ne desirent pas d'enfant dans les 2 années à venir (contre prévalence contraceptive*)	51%	12%	32%	9%[1]	8%	23%[1]	78%	50%[1]
Enfants de 0 à 24 mois (contre enfants de 0 à 5 ans) ayant eu une diarrhée dans les dernières semaines et qui:								
Ont reçu la SRO	29%	68%	42%	—	22%	17%[3]	16%	25%[2]
Ont reçu la TRO**	—	—	—	38%[4]	—	—	—	—
Ont reçu plus des liquides	19%	15%	18%	--	20%	—	—	4%[2]
Enfants nourris au sien en déans 8 heures aprés la naissance	—	60%	63%	—	63%	—	50%	—
Enfants de 0 à 4 mois nourris exclusivement au sein***	15%	16%	7%	—	7%	0%[3]	—	14%[3]
Enfants 5 à 9 mois sous alimentation solide en pluse des liquides	—	85%	89%	—	89%	—	—	—
Etat vaccinal des enfants de 12 à 23 mois:								
DTC 1	94%	73%	71%	—	59%	—	56%	—
POLIO 3	92%	92%	58%	83%[1]	36%	69%[1]	44%	64%[1]
Antirougeole	82%	82%	50%	54%[1]	35%	48%[1]	51%	69%[1]

Définitions

* La prévalence nationale contraceptive est définie comme étant le pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant actuellement n'importe quelle méthode contraceptive.

** Le taux national d'utilisation de la TRO est défini comme étant le pourcentage de tous les cas de diarrhée parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, étant survenu au cours des deux semaines précédant l'enquête, et qui sont traités par SRO ou une solution domestique appropriée.

*** L'allaitement maternel exclusif est défini comme étant une alimentation au lait maternel uniquement, sans autres liquides ou aliments solides.

Sources des Données Nationales

[1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1991

[2] Enquete Démographique et Sanitaire (DHS) de la République Dominicaine, 1991

[3] DHS du Guatemala, 1987

[4] UNICEF, 1987-1991, Taux d'utilisation de la TRO, *L'Etat des Enfants du Monde*, 1993

locaux ont un plus plus grand impact sur la pratique de la thérapie de réhydratation par voie orale, en comparaison avec les efforts nationaux. Ceci suggère également que les PVOs devraient prêter plus d'attention à une compréhension des contraintes locales à l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale et aux moyens d'y faire face.

- Les projets PVO en Afrique et beaucoup d'entre eux en Asie ne se sont pas intéressés à la question de savoir combien de temps s'était passé entre la naissance du bébé et le démarrage de l'allaitement maternel. Cependant, les données en provenance de l'Amérique latine montrent que approximativement 40% des mères dans les régions enquêtées n'allaitent pas en déans huit heures après la naissance. La plupart des cinq projets latino-américains prestent en zones urbaines et périurbaines, où presque tous les accouchements se font à l'hôpital. Ceci indique que les PVOs doivent passer plus de temps avec le personnel hôpitalier pour promouvoir l'initiation précoce et la prolongation de l'allaitement au sein.

- Les données de l'enquête préliminaire sur le sevrage indiquent que seulement une minorité de mères pratiquent l'allaitement des bébés âgés de moins de quatre mois exclusivement au sein. Les tendances d'allaitement maternel les plus médiocres semblent s'observer dans la région de l'Amérique latine. Le sevrage semble être plus lent pour les projets d'Afrique et d'Asie.

- La couverture vaccinale banale est habituellement plus basse que les niveaux nationaux rapportés, suggérant que les PVOs sont effectivement en train d'opérer dans les régions démunies. Pourtant, dans quelques pays (le Zimbabwe et le Nicaragua), la couverture banale du projet est elevée. Ceci indique que les programmes nationaux EPI ont été couverts de succès dans leurs activités et les stratégies avancées. Dans pareilles situations, les PVOs devraient transférer leurs ressources à d'autre interventions comme l'amélioration de l'utilisation de la TRO, l'allaitement maternal exclusif prolongé ou l'amélioration des pratiques de sevrage.

Traduction de questionnaires d'enquête en langues d'expression orale

Le but premier des enquêtes sur les connaissances et pratiques du Programme de Survie de l'Enfant est de déceler ce que les mères savent et font à propos des comportements à visée préventive et curative essentiels à la santé. Pour obtenir des données correctes, les coordinateurs doivent s'assurer que l'enquête n'est pas biaisée. Certains biais peuvent entrainer les mamans à donner des réponses qui ne traduisent pas leur vraies connaissances et pratiques. Des biais peuvent résulter d'une méthodologie incorrecte de l'enquête. Par exemple, le coordinateur peut avoir fait des erreurs de calcul, ou les enquêteurs pourraient ne pas tirer les ménages à visiter au hazard, ou les enquêteurs peuvent poser des questions erronées.

Une importante technique pour minimiser le biais dû à l'enqueteur est d'exiger les enquêteurs à lire à haute voix chaque question aux mères

exactement de la façon dont elle est libellée sur le questionnaire. Ceci permet à chaque enquêteur de poser chaque question de la même façon que les autres enquêteurs. Si un programme de surveillance de la croissance suit cette méthodologie, il peut sans risque de se tromper attribuer différentes réponses aux réelles différences de connaissances et de comportement entre les mamans, plutôt qu'aux différences de paraphrase d'une quelconque question.

La situation devient plus compliquée cependant, quand des projets envisagent des enquêtes dans des communautées où la langue utilisée par la plupart des mères est d'expression orale. Les planificateurs de l'enquête doivent élaborer une version du questionnaire d'enquête qui peut être lue à haute voix de façon que ceux qui parlent la langue d'expression orale comprendront sans autre traduction. Les enquêteurs ne doivent jamais tenter de traduire pendant l'interview en faisant référence à un questionnaire écrit dans une autre langue, comme l'anglais, le français ou l'espagnol. Si un enquêteur tente de traduire une question au cours de l'enquête, il(elle) n'utilisera pas chaque fois les mêmes termes, ni les mêmes termes que ceux des autres enquêteurs. Cette procédure introduira un biais.

Comment un programme de surveillance de la croissance peut-il éviter le biais quand les questions de l'enquête doivent être traduites en une langue d'expression orale, la langue que les mères parlent et comprennent? Cet article met en évidence cinq étapes qui peuvent guider les coordinateurs dans l'élaboration d'un questionnaire d'enquête écrit qui est l'équivalent phonétique d'une langue d'expression orale. Ces étapes sont basées sur l'expérience vécue à partir de programmes de surveillance de la croissance avec les enquêtes sur les connaissances et pratiques du programme de Survie de l'Enfant. Cette expérience montre que des enquêtes en langues d'expression orale recquièrent beaucoup plus de temps et d'énergie pour la formation des superviseurs de l'enquête et des enquêteurs, que des enquêtes formelles en langues d'expression écrite.

Cinq étapes essentielles

Le délai dont a besoin un programme de surveillance de la croissance pour traduire un questionnaire en une langue vernaculaire ou d'expression orale dépend du genre de la langue ou de la complexité du questionnaire original. D'autres facteurs importants sont le niveau d'éducation des enquêteurs et leur capacité à assister dans la traduction et la validation. Afin d'éviter le biais, chaque programme de surveillance de la croissance envisageant une enquête dans une localité où les mamans ne comprennent qu'une langue d'expression orale, devrait suivre ces cinq étapes essentielles:

1) traduire le questionnaire dans la langue écrite officielle du pays (si la traduction n'existe pas);

2) traduire le questionnaire de la langue écrite officielle à la langue d'expression orale;

3) retraduire la version du questionnaire de la langue d'expression orale à la langue écrite officielle, par une tierce personne pour vérifier la traduction;

4) valider le questionnaire avec les enquêteurs pendant leur formation sur la conduite de l'enquête; et

5) tester sur le terrain la version en langue d'expression orale du questionnaire, la révisant quand c'est nécessaire.

1. Traduire dans la langue écrite officielle

Les planificateurs de l'enquête doivent choisir les questions pour l'enquête parmi les questionnaires génériques (en anglais, en français ou en espagnol), et alors s'occuper à traduire les questions dans la langue écrite prédominante de la région ou du pays. La traduction doit utiliser un standard, forme grammaticalement correcte de la langue écrite officielle.

Commencer par un questionnaire dans la langue écrite prédominante locale aide à maintenir l'objectif et la signification de chaque question pendant la traduction dans la langue d'expression orale. Les participants locaux seront en mesure de comprendre les questions et de les traduire correctement dans la langue d'expression orale.

2. Traduire dans la langue d'expression orale

Traduire le questionnaire de la langue prédominante du pays à la langue d'expression orale peut être un processus difficile. Le temps à mettre pour cette étape varie, dépendant du degré auquel les écoles enseignent dans la langue d'expression orale, et de l'existence ou non d'adaptations phonétiques des langues locales.

Dans certains pays, le système scolaire est uniquement organisé pour l'enseignement de la langue écrite prédominante du pays. Dans de tels pays, les gens peuvent parler couramment une ou plusieurs langues vernaculaires, mais ne sont pas capables de lire et d'écrire en ces langues et dialectes. Si un programme de surveillance de la croissance travaille dans une telle situation, il aura premièrement à élaborer un équivalent phonétique de la langue locale avant de traduire l'enquête dans la langue locale. (Voir cas typique 1.)

Dans d'autres pays, les systèmes scolaires enseignent la langue locale. Ceci peut rendre plus facile le processus de traduction parce que les gens sont habitués à lire et à écrire la langue locale. Dans de tels pays, les enseignants et les missionnaires constituent souvent les meilleurs ressources pendant le processus de traduction. (Voir cas typique 2.)

3. Retraduire le questionnaire adapté dans la langue écrite officielle

L'étape suivante est de retraduire le questionnaire adapté dans la langue originelle, ou la langue officielle du pays, comme l'anglais, l'espagnol, le bangla, l'arabe, etc. Un individu qui n'est pas familier avec le questionnaire original doit être responsable de la retraduction du questionnaire, de façon à centrer l'intérêt sur l'énoncé de chaque question.

Les enquêteurs et le personnel du projet doivent alors comparer les questionnaires pour déceler les désaccords. Ils doivent réviser la translation de chaque question si nécessaire, prêtant beaucoup plus d'attention à la portée de chaque question et à la signification de chaque traduction.

4. Former les enquêteurs et valider le questionnaire avec ces derniers

Les enquêteurs devraient être recrutés dans la région du projet et parler couramment et la langue écrite officielle et les langues locales d'expression orale. Les enquêteurs doivent être capables de lire et écrire, mais ont aussi besoin d'être familier avec la culture et les moeurs locaux. Pendant la formation, les enquêteurs lisent chaque question à haute voix pour tester l'énoncé et la signification de chaque question. Puis, les enquêteurs travaillent de pair avec les traducteurs pour s'assurer que les questions demandent ce qu'elles étaient

Cas typique 1

PCI au Guatémala—Elaboration d'une traduction phonétique des langues locales

Le PVO Project Concern International (PCI) est en train de travailler dans le département de Solola au Guatémala. Les trois principaux groupes natifs de cette région sont les Tztuhul, les Quiche, et les Cakchiquel; chaque groupe a sa propre langue. Les gens vivent dans des communautés bien définies au sein desquelles ils parlent leur propre langue et d'autres. Des trois langues, seul le Quiche a un format phonétique disponible. Le système scolaire guatémaltèque repose principalement sur l'espagnol.

Quand les membres du personnel du projet décidèrent de conduire une "enquête connaissances et pratiques", ils se heurtèrent au problème de communication avec les mères. Afin d'atteindre toute la population dans la zone du projet, les planificateurs du projet traduisèrent le questionnaire espagnol dans les trois principales langues.

Les membres du personnel du projet, avec l'aide des travailleurs locaux et des moniteurs d'écoles, traduisèrent les questions en utilisant les charactères espagnols. Ils élaborènt des adaptations phonétiques de mots et employèrent beaucoup de mots espagnols dans le questionnaire final parce que la population locale avait tendance à mêler des mots espagnols dans leurs conversations.

Cas typique 2

Esperanza en Bolivie—Utilisation d'une existante phonétique adaptée d'une langue d'expression orale

Le PVO Esperanza opère en Bolivie du sud est avec les Matacos, un groupe nomade qui s'est installé près des cités de Villamontes et Yacuiba. La langue mataco, parlée seulement par quelques milliers de gens, n'est pas une langue écrite officielle.

Même si les enseignants en Bolivie utilisent l'espagnol comme principale langue d'instruction, dans cette région les enseignants utilisent aussi le mataco dans les classes. Aussi, une adaptation phonétique du mataco, basée sur des charactères espagnols, a été élaborée par un groupe missionnaire travaillant dans la région et est employée par la population locale.

Le personnel du projet Esperanza a pu initier la traduction de leur "enquête connaissances et pratiques" avec l'aide de la population locale. Avant l'enquête proprement dite, ils travaillèrent en commun pour traduire les questions de l'espagnol au mataco, en utilisant une adaptation phonétique existante. Les enquêteurs étaient capables de comprendre et de lire les questions traduites avec peu de difficultés majeures. Ceci a permis une enquête facilement compréhensible aux mères.

supposées demander. Les formateurs facilitent les discussions, encourageant les enquêteurs et traducteurs à se mettre d'accord sur l'énoncé final de chaque question, gardant toujours à l'esprit la capacité de compréhension des mamans et la portée initiale de chaque question.

Les vrais enquêteurs sont capables de valider le questionnaire de manière aussi adaptée que possible à la région en présence. Pendant le processus de formation, on doit réserver aux enquêteurs le temps de donner une rétro-information sur la traduction. Les programmes de surveillance de la croissance doivent allouer du temps à la validation des questions pendant la formation des superviseurs et enquêteurs. La version finale peut ne pas apparaître grammaticalement correcte aux marginaux, mais doit être compréhensible à la population locale.

Il est important que les enquêteurs s'exercent à poser les questions de l'enquête dans la langue d'expression orale. La meilleure façon de le faire est de jouer un rôle. Jouer des rôles aidera les enquêteurs à raffiner les questions, opérer des changements ou trouver la façon de poser la question à la maman.

Les enquêteurs doivent comprendre que le but de ce processus est de développer une approche standard dans la façon de poser chaque question et d'éviter de traduire au cours des enquêtes. La pratique doit mettre l'accent sur la façon de poser chaque question précisément comme elle est libellée.

5. Test de terrain et révision du questionnaire

Les tests de terrain permettent aux enquêteurs de mettre en pratique le questionnaire en situations de la "vie réelle", en testant l'exactitude de la traduction. Après le test de terrain, superviseurs et enquêteurs revoient chaque question pour son exactitude par l'information obtenue en rapport avec celle attendue. Ils doivent se poser eux-mêmes la question: "Est-ce que les mamans saisissent la portée de cette question?" Si certaines questions semblent confuses aux mères, le programme de surveillance de la croissance doit réécrire ces questions et les retester. En définitive, le programme doit réserver du temps dans le calendrier des activités de l'enquête aux corrections finales du questionnaire, ainsi que la production et l'imprimerie de copies suffisantes de l'enquête révisée.

Chaque processus de l'enquête est particulier et requiert une différente approche, en fonction de ce qui est approprié à chaque culture. A la fin de ces cinq étapes, le personnel du projet peut adapter les questionnaires de base de l'enquête sur les "connaissances et pratiques" aux besoins de leur propres projets. Il prend du temps pour traduire des enquêtes dans des langages qui seront compris de la même façon par les enquêteurs et les mères. Les planificateurs de projets doivent reconnaître l'importance du processus de traduction s'ils veulent avoir une information correcte sur ce que les mères savent et ce qu'elles font à propos de la santé.

Assistance pour les Enquêtes Rapides

Il y a quatre voies par lesquelles les agents de terrain des PVOs ont reçu l'assistance sur les Enquêtes Rapides de Connaissance, Pratique et Couverture. Dans la première méthode, un formateur d'enquête du CSSP allait au projet et donnait un soutien direct aux agents du projet. Une seconde méthode a été plus indirecte. Un représentant du bureau USA des PVOs a pris un cours de formation sur l'enquête, et la personne est alors allée au projet pour assister les agents du projet sur l'enquête. La troisième voie a mis en jeu des gestionnaires experimentés de projets qui ont conduit des enquêtes sans assistance directe sur les lieux, du CSSP ou des bureaux USA des PVOs. Dans ce cas, le gestionnaire du projet, étant experimenté, a pu recevoir de l'appui et un conseil par communication téléphonique de la part du CSSP et du bureau USA des PVOs. La quatrième méthode d'assistance sur l'enquête a été donnée par le biais d'un atelier de formation sur l'enquête, au cours de laquelle le CSSP a formé les membres du personnel des projets en vue de la conduite probable d'une enquête plusieurs mois ou une année plus tard.

Première méthode: un formateur d'enquête du CSSP sur place

Le CSSP libère les formateurs pour aller à un projet, travailler avec les agents du projet, et former les agents du projet et leurs collaborateurs en méthodologie de l'Enquête Rapide. Les projets désirant une assistance du CSSP sur l'enquête ont soumis leurs demandes par le biais des bureaux USA des PVOs. Avant de débarquer dans le pays, le formateur d'enquête du CSSP passe environ deux à quatre semaines dans les bureaux USA, se préparant pour l'enquête et faisant des contacts par téléphone, fax et courrier avec le coordinateur de l'enquête au niveau du projet. Le formateur du CSSP communique également avec la personne responsable de l'enquête au niveau du bureau USA du PVO. Ensuite, le formateur d'enquête du CSSP passe environ deux semaines sur le site du projet. Le formateur travaille de pair avec le coordinateur désigné de l'enquête pour finaliser les dernières démarches; former les superviseurs d'enquête et interviewers; mettre les données en tableaux et les analyser; et aider l'équipe chargée de l'enquête à produire un rapport sur les résultats de l'enquête.

Pour se qualifier comme formateur d'enquête, les spécialistes du CSSP participent à "un cours de formation des formateurs d'enquête" de 80 heures suivi d'une expérience de terrain de deux à trois semaines pendant laquelle chaque formateur d'enquête aide un projet à mener une Enquête Rapide KPC. Le cours de formation de 80 heures prépare le formateur d'enquête pour sa visite de terrain, pour l'assistance sur l'enquête.

A l'occasion, le CSSP a travaillé conjointement avec un consultant régional qui n'avait pas participé au cours de 80 heures mais qui était néanmoins qualifié pour assister un PVO sur la formation d'enquête. Ces consultants régionaux sur l'enquête ont une longue expérience dans des enquêtes et auront participé à une Enquête Rapide appuyée par un formateur d'enquête du CSSP ayant suivi la formation de 80 heures.

Entre les mois d'août 1991 et mars 1993, les formateurs d'enquête du CSSP travaillaient avec 31 projets pour arriver à implanter 23 enquêtes préliminaires et huit enquêtes finales. Sous la procédure établie par l'A.I.D. pour l'assistance sur les enquêtes, le CSSP a payé le salaire

du formateur d'enquête, ou les frais pour le consultant régional. Le projet PVO a payé les frais de voyage du formateur d'enquête et les coûts liés aux per diem, comme faisant partie intégrante de son enquête.

Deuxième méthode: les membres du personnel des PVO/USA forment les agents des projets

En septembre 1992, le CSSP organisa, à Baltimore, une formation de 80 heures pour des agents en provenance de huit PVOs, afin qu'ils deviennent des formateurs d'Enquête Rapide KPC. Depuis cette formation, ces formateurs qualifiés des PVOs ont assisté sept projets à conduire des enquêtes préliminaires et finales. La valeur à long terme de cette méthode d'assistance aux projets sur les enquêtes dépendra cependant de la permutation du personnel de santé travaillant au sein des bureaux des PVOs. L'expérience a montré que chaque année, approximativement un tiers du personnel des PVOs responsable des projets Survie de l'Enfant abandonne ou change de position.

Troisième méthode: appui sous-forme d'information uniquement

Quelques projets Survie de l'Enfant comptent des épidémiologistes ou des professionnels de santé publique qui pourraient servir comme coordinateurs d'enquêtes de projet parmi leur personnel. Ces individus ont conduit des enquêtes préliminaires ou finales KPC sans assistance directe sur les lieux de la part d'un formateur d'enquête. Ils sont cependant restés en communication avec les bureaux du CSSP en ce qui concerne les enquêtes des projets. Généralement, le CSSP a envoyé une copie du questionnaire prototype et un échantillon du rapport d'enquête au coordinateur d'enquête du projet, avec une information préalable requise par le projet. A son tour, le coordinateur d'enquête du projet a envoyé au CSSP des documents du questionnaire modifié que le projet avait à utiliser. Ce courrier a été suivi de contacts par téléphone et fax pour clarifier l'une ou l'autre procédure concernant la méthodologie de l'Enquête Rapide. Cette méthode d'assistance sur l'enquête est seulement possible si le coordinateur d'enquête du projet est experimenté dans la préparation, la conduite, l'analyse et l'édition de rapports d'enquête.

Quatrième méthode: atelier de formation des agents de terrain sur l'enquête

La dernière méthode d'assistance aux projets PVOs sur les enquêtes a été l'organisation d'ateliers de formation sur l'enquête. Jusqu'à date, cette méthode n'a été tentée que dans une seule région. En mars 1992, CARE et CSSP ont conjointement organisé en région Asie un atelier de formation sur l'enquête auquel ont participé des agents venant de 12 projets de sept PVOs. Le but du séminaire était de préparer les agents désignés des projets, à organiser et conduire des enquêtes dans leurs zones de service. Cinq participants avaient organisé et conduit une Enquête Rapide KPC (avec l'aide d'un formateur CSSP) auparavant. Leur rôle durant l'atelier était de servir comme personnes-ressources pour les participants non experimentés. Ces cinq personnes-ressources ont de leur part appris plus à propos de l'Enquête KPC, comme ils participaient quotidiennement à chaque séance de la formation, en plus de leur aide au cours de l'atelier aux autres PVOs qui se préparaient pour l'Enquête Rapide KPC.

Les connaissances spécifiques sur l'enquête transmises au cours de l'atelier

comprennaient des techniques de développement du questionnaire, l'échantionnage, la supervision et la formation des interviewers ainsi que le contrôle de qualité de la collection des données. L'atelier a été différent de la formation de 80 heures à deux importants égards. La durée totale de la formation a été de 50 heures au lieu des 80, et les agents PVO n'ont en fait pas mené une enquête, mais seulement participé à un test de terrain pour s'exercer à l'interview avec l'assistance d'un agent de CARE agissant comme traducteur.

La fréquence et la conception des prochains ateliers régionaux de formation sur l'enquête dépendra de l'expérience sur les enquêtes acquise après l'atelier régional asiatique. Etant donné que la formation a été limitée par rapport à celle de 80 heures, les organisateurs de l'atelier s'attendaient à ce que les participants non experimentés des PVOs, auraient besoin d'une certaine assistance au décours de l'atelier. Néanmoins, on espérait que tous les participants à l'atelier seraient capables d'utiliser la formation acquise au cours de l'atelier.

Le CSSP a envoyé un questionnaire à sept lauréats de l'atelier auparavant inexperimentés pour évaluer l'utilité de l'atelier à l'initiation d'une enquête. Jusqu'à présent, le CSSP a reçu six réponses. Cinq projets ont mené une enquête, et un projet ne l'a pas encore faite. Les projets ayant conduit des enquêtes rapportèrent qu'un lauréat de l'atelier a mené une enquête sans assistance extérieure, deux projets demandèrent aux agents des PVO/HQ et aux spécialistes locaux de leur prêter assistance sur les enquêtes, et un projet reçut de l'aide d'une personne-ressource à l'atelier, en faveur d'un lauréat. Un lauréat fut transferré et ne travaille plus pour Survie de l'Enfant, et ainsi le CSSP envoya un formateur d'enquête au projet à sa place.

Toutes les réponses d'évaluation recommendent que des nouveaux PVOs participent à ce genre d'atelier de formation sur l'enquête. Un répondant mentionna que "l'atelier offre des connaissances et du savoir pour l'évaluation et la modification des activités menées par un PVO... La méthodologie de l'Enquête KPC est simple, claire et bien définie."

Note de l'éditeur:
Les lecteurs désirant plus d'information sur l'Atelier Régional Asiatique sur les enquêtes peuvent demander une copie du rapport de l'atelier à: Madame Mary Beth Powers, Directeur, Projet Soins de Santé Primaires, CARE, 660 First Avenue, New York, New York 10016.

Les méthodes de tests de l'IEF/Malawi pour la communication de données de services de santé aux villageoises

Les programmes de Soins de Santé Primaires dans les pays en voie de développement reconnaissent l'importance de l'usage de données de santé pour le renforcement de la gestion des programmes. Presque tous les professionnels de la santé savent qu'il est également important d'exploiter ces données pour donner une rétro-information aux communautés, mais le font-ils rarement en pratique. Ceci est malheureux, quand on sait combien une rétro-information à propos des données peut être un outil de motivation, encourageant les membres d'une communauté à participer dans les projets de santé.

Les tableaux de couverture sont des indicateurs de l'efficacité des stratégies du projet. Les membres des communautés locales peuvent profiter de l'information sur l'efficacité et les progrès accomplis par le projet. Nous ne voyons pas cependant, comment clairement communiquer les tableaux de couverture à des personnes semi-lettrées ou illettrées de différentes cultures. Quelle est l'efficacité relative de différentes méthodes de communication?

Les professionnels de la santé expriment les tableaux de couverture en termes de taux et de proportions, ce que les villageois n'ont pas la faculté de comprendre. (Par exemple, 70 pourcent des enfants de 12 à 23 mois ont reçu leur dose de DTC3.) Selon les données des études sur l'éducation, une personne apprend les concepts de proportions et de rapports au cours de la prime enfance (Preece, 1978; Noelting, 1980). (Par exemple, une maman dira à son enfant de boire "un demi-verre de lait.") On croit généralement que l'acquisition ultérieure de la faculté de lire, écrire et compter facilite la communication de tels concepts (Winch, 1983). (Par exemple, "J'ai bu 50 pourcent d'un verre de lait.") Les éducateurs affirment que, avec un matériel approprié, les individus peuvent apprendre et utiliser les concepts de fractions et opérations avant de savoir lire, écrire, compter ou comprendre les symboles mathématiques (Ohlsson, 1986; Bennett, 1987; Lamon, 1990). Pourtant, la plupart du matériel utilisé pour enseigner les concepts de rapports et proportions est graphique ou arithmétique, au lieu d'être du matériel de manipulation, et est inapproprié pour des populations illettrées ou semi-lettrées. (de Levie, 1970; Scopes, 1976; Vincent, 1991).

Les villageoises utilisent chaque jour des concepts de proportions au cours des transactions formelles ou informelles au marché. Le défi pour le gestionnaire du programme est donc, de déterminer les stratégies appropriées au milieu local pour une communication effective des données de couverture, qui tiennent en compte le contexte culturel du milieu et qui peuvent tirer parti de la faculté intuitive des mamans à comprendre le concept de proportions. Les stratégies qui peuvent utiliser des méthodes appropriées de communication aident à amener la communauté à se sentir responsable pour l'accomplissement du projet, encouragent la communauté à considérer des projets comme siennes et augmentent sa participation.

But de l'étude IEF

Le personnel du projet de l'International Eye Foundation's (IEF) Projet Survie de l'Enfant au Malawi a conduit une étude d'identification de la stratégie optimale pour le rapportage des données de

couverture comme indice de l'efficacité du projet. L'IEF mène des activités du domaine oculaire, nutrition générale et vitamine A (notamment allaitement au sein, éducation nutritionnelle et distribution de capsules de vitamine A) dans 45 villages des districts de Chikwawa et Nsanje dans la basse vallée du Malawi. La région du projet est semi-aride, victime de fréquentes sécheresses, et a été en plus au cours de ces dernières années, accablée de fardeau représenté par un influx majeur de refugiés venant de la Mozambique voisine.

Même si aucune statistique récente sur le taux d'alphabétisation des femmes au Malawi n'est disponible, il est probable que ce taux, dans une région aussi pauvre du pays, est considérablement plus bas que le taux national moyen rapporté de 18 pourcent (UNICEF, 1991).

Trois méthodes de communication des proportions

Le personnel a d'abord utilisé deux types de recherche qualitative, les interviews basés sur la focalisation de groupes et sur l'informateur-clé, pour identifier les mots et phrases de la langue locale que les villageois utilisent pour exprimer le concept de proportion. Le personnel a ensuite observé et documenté les moyens de mesure des produits alimentaires communs sur le marché local. Ensuite, il a étudié la signification symbolique des couleurs de base pour s'assurer que le villageois moyen ne sera pas confus par les implications symboliques dans le choix d'une couleur donnée figurant sur le graphique ou le portrait. Selon les résultats de la recherche qualitative, les interprètes choisirent trois méthodes alternatives pour la présentation des données de couverture: 1) un diagramme rotateur en disque à deux couleurs, 2) un jeu de baguettes de bois à longueurs variées par rapport à une baguette standard de longeur considérée comme totale (100 pourcent), et 3) des mesures de haricots, dans dix petits creusets représentant ensemble la totalité (100 pourcent) de la mesure.

Le diagramme rotateur en disque est muni de deux cercles en carton à deux fentes radiaires qui peuvent tourner jusqu'à ce qu'elles se superposent l'une sur l'autre. Le diagramme en disque affiche des pourcentages avec calibrations qui sont visibles au présentateur. Le diagramme est fait en carton vert et gris. Le cercle vert représente la proportion ou pourcentage de la population qui a reçu les services du projet, alors que la proportion du cercle gris non masquée par le vert indique la proportion de la population qui n'a pas été couverte par les services du projet.

La méthode de longueur des baguettes pour la communication des proportions utilise une baguette de "longueur totale" comme standard représentant 100 pourcent, avec des baguettes de plus courtes longueurs représentant de plus petites proportions. Les baguettes peuvent être comparées aux mesures utilisées dans la vie de tous les jours, par exemple la baguette standard représentant la longueur normale d'un plant connu dans la région à la récolte, et les baguettes aux plus courtes longueurs représentant des plants de taille proportionnellement moins désirée. Les mesures de haricots ressemblent à celles utilisées pour la vente de produits secs au marché local. Le présentateur montre d'abord la "mesure totale" de 10 petites mesures avant d'utiliser moins de mesures pour représenter des pourcentages de moins de 100 pourcent.

IEF avait auparavant choisi 10 des 45 villages du projet pour servir comme site pour la recherche qualitative afin d'affiner les stratégies globales du projet. Un total de 120 femmes participa dans

Tableau 5. Efficacité de trois méthodes de communication

Méthode de présentation	Nombre de tests effectués	Nombre de réponses correctes	Pourcentage de réponses correctes
Diagramme en disques	120	98	81.7%
Longeur de la baguette	120	101	84.2%
Mesures des haricots	120	111	92.5%

l'étude. IEF retint une moyenne de six femmes dans chacun des 10 villages, en plus des 60 femmes qui avaient participé dans l'étude initiale de méthodes de communication avec la focalisation de groupes.

Un des deux interviewers interrogeait chaque femme en privé pour éviter le biais lié aux réponses reçues. Les interviewers posaient les mêmes six questions à chaque participante—deux questions pour chacune des trois méthodes utilisées pour communiquer les données de couverture en pourcentages. L'interviewer intervertissait l'ordre des questions pour chaque femme. Chaque question était en tout posée 20 fois pour chaque méthode de communication de l'information.

Les questions étaient formulées de façon que l'interlocuteur avait à interpréter les données de couverture présentées. (Par exemple, l'interviewer pouvait demander, "Si 30 pourcent des enfants dans le village de Chapomoka [le village de la participante] ont reçu des doses de vitamine A, et 70 pourcent des enfants dans le village de Malikopo ont reçu de la vitamine A, lequel des deux villages devra couvrir une plus large proportion de ses enfants pour s'assurer que 80 pourcent de ces enfants auront reçu de la vitamine A?) Chaque formulation de question reflète les objectifs de couverture du projet à travers les services du projet Survie de l'Enfant l'IEF/Malawi.

Résultats

Les résultats, présentées dans le tableau 5, montrent que toutes les trois méthodes étaient plus de 80 pourcent effectives dans la communication des données de couverture. Grosso modo, la "méthode de haricots" apparût être la méthode la plus efficace, plus que la méthode du " diagramme en disque" dans la présentation de l'information de base. L'efficacité de la "méthode de haricots" était stastistiquement significativement meilleure à la méthode du "diagramme en disque" (p=0.02). Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre l'efficacité des méthodes du "diagramme en disque" et de "baguettes" pour la communication des données de couverture.

Discussion

Cette étude donne une information qui peut aider les gestionnaires des programmes à choisir des méthodes plus effectives de communication des données de santé aux communautés dans lesquelles ils travaillent. L'étude introduit trois méthodes de communication des concepts de base de proportions et pourcentages. Elle montre aussi une simple méthodologie d'identification et d'évaluation de la relative efficacité des méthodes de présentation.

Les résultats montrent que le choix de méthodes influence l'efficacité de la

communication. Les villageois comprennent mieux les méthodes qui rappellent les événements de la vie plutôt que ceux qui utilisent des graphiques. Il est encourageant de noter cependant, que chacune des stratégies testées était capable de produire une compréhension adéquate chez les villageoises qui ont participé dans l'étude.

Les représentations graphiques ont l'avantage d'être moins influencées par les explications du présentateur. C'est pourquoi les méthodes graphiques de présentation peuvent être mieux appropriées pour l'affichage dans les centres de santé ou dans des communautés. Des méthodes utilisant des objets familiers rappelant les événements de tous les jours peuvent être réservées aux présentations de groupes, comme les réunions communautaires et les séances d'éducation pour la santé. Les programmes de surveillance de la croissance ont encore à faire de la recherche sur la meilleure façon d'améliorer le potentiel de communication des représentations graphiques générées par ordinateurs, facilement produites par les nombreux logiciels disponibles sur le marché. Plus de recherche doit aussi être conduite pour élaborer des méthodes effectives d'usage des représentations graphiques pour donner une rétro-information périodique sur les progrès des projets.

Ont contribué à la préparation de ce document: Beth Rink et Sally Swan, volontaires du Corp de la Paix assignées à l'IEF Vitamin A Project au Malawi, et Sally R. Stansfield, une consultante au projet. L'étude était conduite par l'IEF Child Survival Project, financée par l'Office of Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, U.S. Agency for International Development (USAID). L'International Science and Technology Institute and Community Systems Foundation a accordé son assistance technique.

Note de l'éditeur:

Les lecteurs désirant plus d'information sur l'étude peuvent écrire à:

John Barrow
Public Health Program Officer
International Eye Foundation
7801 Norfolk Avenue
Bethesda, MD 20814

Références:

Bennet, Albert B. *Fractions—concepts before symbols.* Guide (For Teachers), Educational Resources Information Center, 1987.

de Levie, R. *Ratio diagrams.* Journal of Chemical Education. 1970; 47(3):187-192.

Lamon, Susan J. *Ratio and proportion: cognitive foundations in utilizing and norming.* Presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Boston, Massachusetts, April 16-20, 1990.

Noelting, Gerald. *The development of proportional reasoning and the ratio concept: Part II—problem structure at successive stages; problem-solving strategies and the mechanism of the adaptive restructuring.* Educational Strategies in Mathematics. 1980; 11:331-363.

Ohlsson, Stellan. *Sense and reference in the design of interactive illustrations for rational numbers.* Pittsburgh University Learning Research and Development Center, National Institute of Education, 1986.

Preece, Peter F.W. *Associative structure and the schema of proportionality.* Journal of Research in Science Teaching. 1978;15(5):359-399.

Scopes, Peter G. *Two approaches to equivalence of fractions.* Mathematics Teaching, 1976;74:16-18.

United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children.* Oxford University Press for UNICEF: New York, 1991.

Vincent, Peter. *A fraction diagram investigation.* Mathematics in School. 1991;10(2):6-7.

Winch, C.A. *Education, literacy and development of rationality.* Journal of Philosophy of Education. 1983; 17(2):187-200.

Opportunités de participation des programmes de surveillance de la croissance dans l'éradication du vers de Guinée (Dracunculose)

La quarante quatrième Assemblée Mondiale pour la Santé, tenue en mai 1991, a déclaré son engagement à l'objectif d'éradication de la dracunculose pour le 31 décembre 1995. Le facteur rendant cette éradication possible est que le vers de Guinée se transmet aux humains uniquement par l'absorption d'eau infestée. La maladie n'est pas directement transmise d'homme à homme. Pour peu que de l'eau infestée est absorbée, la maladie va se développer, puisque les humains ne développent aucune immunité contre le vers.

L'acuité du problème

La dracunculose affecte approximativement trois millions de gens chaque année dans 17 pays africains et quelques régions d'Inde et du Pakistan. Il est difficile d'avoir une estimation correcte de l'amplitude de la maladie, étant donné que la déclaration de cas de dracunculose a souvent été inconstante et incomplète. De temps en temps, des enquêtes épidémiologiques ont décélé beaucoup plus de cas que ce qui avait été rapporté auparavant. (En Ouganda par exemple, des milliers de cas en surplus ont été rapportés par une enquête épidémiologique faite en 1991).

Le Tableau 6 montre le nombre de cas de dracunculose rapportés au cours de la période 1985-91, dans des pays où les programmes Survie de l'Enfant sont en train d'opérer pour le moment. On pense que dans beaucoup de pays le nombre de cas rapportés est en train de diminuer comme résultats des programmes de contrôle de la maladie.

Agences internationales engagées dans le programme d'éradication

Des initiatives globales pour éradiquer la dracunculose ont reçu un grand coup de pousse avec les résolutions adoptées par le committé directeur du bureau pour la Décennie Internationale pour l'Approvisionnement en Eau Potable et l'Hygiène (1981-1990). Des efforts conjugués sont maintenant fournis par plusieurs agences internationales et organisations, entre autres l'OMS, Global 2000 du Centre Carter de l'Université Emory, l'UNICEF, le PNUD, l'USAID, et les Centers for Disease Control (CDC).

En 1989, par exemple, le Corps de la Paix a reçu du Bureau de l'A.I.D. pour l'Afrique une subvention devant s'étendre sur trois ans pour permettre au personnel et aux volontaires du Corps de la Paix de se doter de ressources techniques, financières et matérielles afin d'initier et implanter des programmes d'éradication du vers de Guinée dans des pays où le Corps de la Paix opère. Il y a actuellement 100 volontaires du Corps de la Paix travaillant dans des

programmes d'éradication du vers de Guinée au niveaux primaire, secondaire et de soutien. Le souci du Corps de la Paix est d'aider les efforts des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose.

Interruption de la transmission

Pour arriver à stopper la transmission et à déclarer zéro cas, il est important de comprendre le mécanisme de transmission. Dès que le vers ou l'ampoule entre en contact avec l'eau, le vers libère des milliers de larves dans l'eau pendant une période de deux à trois semaines. Une fois dans l'eau, des minuscules mollusques cocépodes ingèrent les larves. Dans environ deux semaines, les larves ingérées deviennent des formes infectantes et restent ainsi dans les cocépodes pendant un mois.

Les individus absorbent les cocépodes infectés avec de l'eau de boisson. Les larves sont libérées dans l'estomac, migrent le long du tractus digestif et deviennent mûrs. Après l'accouplement, la femelle du vers migre vers le tissu sous cutané. La période d'incubation est à peu près 12 mois. A la lumière de cette chaîne de transmission, il est clair que le principal préalable à l'éradication est l'approvisionnement en eau potable. Il y a trois principales activités à mener pour améliorer l'approvisionnement en eau:

- filtrer toute eau de boisson;
- prévenir le contact de personnes infectées avec l'eau de boisson; et
- installer des sources d'eau potable dans des villages infestés par le vers de Guinée.

L'eau contaminée par le vers de Guinée peut être consommée après filtration à travers du linge à filtre à mailles serrées. La firme DuPont a accordé aux programmes nationaux d'éradication un million de mètres carrés de tissu synthétique spéciale en don pour une plus rapide filtration de l'eau. Une alternative, peu chère, le tissu en coton ordinaire, qui a été testée à grande échelle au Ghana et par les CDC, est disponible sur beaucoup de marchés africains.

Statégies d'éradication

Pour atteindre l'objectif d'éradication du vers de Guinée pour le 31 décembre 1995, L'Assemblée Mondiale pour la Santé a souscrit à la stratégie combinée suivante: éducation pour la santé et mobilisation communautaire, approvisionnement en eau potable, contrôle chimique des cocépodes, et surveillance basée au niveau des villages. L'effort d'éradication exige des régions endémiques de:

- établir un bureau national du programme;
- conduire des enquêtes préliminaires pour identifier les villages affectés et évaluer le nombre de cas;
- implanter le programme de contrôle chimique des cocépodes et assurer l'approvisionnement en eau potable; et
- intensifier la surveillance basée au niveau des villages pour détecter promptement tous les cas et leur empêcher de contaminer l'eau et transmettre la maladie.

L'éducation sanitaire et des programmes de communications sont nécessaires pour (1) éduquer et former les individus et les menages se trouvant dans les régions affectées, et (2) conscientiser et mobiliser les communautés dans l'amélioration de la planification et la gestion des activités

Tableau 6. Cas déclarés de dracunculose dans les pays ayant des projets Survie de l'Enfant, 1985-1991

Pays	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Burkina Faso	458	2,558	1,957	1,266	45,004	42,187	—
Cameroun	168	86	—	752	871	742	393
Inde	30,950	23,070	17,031	12,023	7,881	4,798	2,185
Kenya	—	—	—	—	5	6	—
Mali	4,072	5,640	435	564	1,111	884	13,793
Nigéria	5,234	2,821	216,484	653,492	640,008	394,082	281,937
Sénégal	62	128	132	138	—	38	1,341
Ouganda	4,070	—	—	1,960	1,309	4,704	120,259

Source: *OMS Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Rapport No. 17, 1992

d'éradication du vers de Guinée.

La surveillance basée au niveau des villages est une stratégie qui a donné de bons résultats pendant la campagne d'éradication de la variole. Elle requiert qu'il y ait quelqu'un, ou quelqu'un(e) dans chaque village qui soit chargé(e) d'identifier et de déclarer les cas de dracunculose à un bureau de district. Le bureau de district transmet le rapport à un centre régional ou national. L'information reçue aide le bureau central à établir des priorités et à diriger les mesures de contrôle aux régions les plus frappées par la maladie. L'identification de chaque cas, la déclaration prompte des cas aux autorités et une action rapide pour empêcher la transmission ultérieure de la maladie doivent mériter plus d'attention.

Rôle des PVOs dans les efforts généraux d'éradication

Les PVOs peuvent épauler les états membres dans l'élaboration du programme, l'implantation, et la surveillance de la dracunculose au niveau local. Les PVOs connaissent leurs communautés, et les problèmes de santé ressenties par les familles. Ils peuvent offrir aux programmes nationaux l'information sur la saisonnalité et l'épidémiologie de la maladie dans leur zone locale de service.

A l'établissement des activités de Survie de l'Enfant dans une nouvelle région, un projet du PVO doit identifier les communautés ayant le plus grand nombre de cas de dracunculose, et donc les moins pourvues en eau potable, et vivant dans des villages manquant le plus d'infrastructures. Le PVO peut ajouter une composante "vers de Guinée" à un existant programme d'eau, d'éducation pour la santé ou de jardinage. La population à risque peut être éduquée

à filtrer l'eau de boisson. Et, les PVOs peuvent entrer en contact avec le gestionnaire du programme national de contrôle du vers de Guinée au Ministère de la Santé pour s'informer sur l'obtention du tissu reçu en don, ou le marché le plus proche pouvant fournir un tissu de coton pour la filtration de l'eau.

Conjointement, les PVOs de la croissance et les dirigeants de la communauté peuvent mobiliser les communautés à travailler de pair avec les services de santé à combattre la dracunculose. Par exemple, le traitement de l'eau avec temephos (Abate), là où c'est possible, peut être une intervention significative contre le vers de Guinée, spécialement pendant la saison de pluie.

Les PVOs peuvent aussi jouer un grand rôle en aidant les communautés à avoir les premiers rapports sur la dracunculose. Le défi pour les PVOs est de pouvoir développer une surveillance soutenue basée au niveau des villages. Un PVO peut apprendre aux villageois qui habitent dans des communautés où la maladie est endémique, à déclarer la dracunculose mensuellement, plutôt qu'annuellement.

En principe, il n'y a aucune barrière technique substantielle à pouvoir éradiquer la dracunculose. C'est une question de prise de conscience et de détermination pour une action effective. En étant flexible aux opportunités, les PVOs peuvent générer de nouvelles idées pour l'action communautaire contre la dracunculose.

Note de l'éditeur:

Les PVOs intéressés peuvent obtenir beaucoup plus d'information sur les efforts d'éradication dans le Guinea Worm Wrap-up Memorandum *publié par le:*

WHO Collaborating Center for Research, Training, and Eradication of Dracunculiasis
CDC/IHPO,F-03
1600 Clifton Rd, NE, Atlanta, GA 30333, U.S.A.
Fax: (404) 639-0277

Références

1. CDC Update: Dracunculiasis Eradication—Worldwide, 1989. MMWR 1990:38.
2. Newberry, D. et al. Assessment of local cotton cloth as a filtering material against cyclops and larvae forms of dracunculiasis mendinensis. *Ghana Research Journal*, 1989.
3. CDC Update: Dracunculiasis Eradication—Ghana and Nigeria, 1990. MMWR 1991:40.
4. WHO: World Health Assembly. 1991(44).
5. Development Projects and the Eradication of Guinea Worm. Health and Development International, Fagerstrand, Norway. 1992.
6. WHO: The Weekly Epidemiological Record. 1992(17).

Le *Rapport Technique* est préparé et distribué trimestriellement par le PVO Child Support Program, l'Ecole d'Hygiène et de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins, Baltimore, sous l'accord de coopération N° PDC-0526-A 00-6186-00 avec le bureau de Coopération Volontaire Privée, Office pour l'Assistance Alimentaire et Humanitaire, United States Agency for International Development. Les éditeurs sont prêts à répondre à toute correspondance à propos du *Rapport Technique.* Celle-ci est à adresser au *PVO Child Survival Technical Report,* Institute for International Programs, 103 East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA. Les éditeurs-hôtes pour le Vol.III, N° 3 sont Laura Hoemeke, MPH, et William Weiss, MA.

Le *Rapport Technique* est distribué gratuitement aux agents de terrain et de bureau des PVO Survie de l'Enfant, à la section santé de l'USAID et au personnel et contractants de Survie de l'Enfant. Pour d'autres individus et groupes, la souscription à l'abonnement coûte 6,25 dollars U.S. par an ou 1,40 dollars U.S. par numéro.

Supervivencia Infantil

INFORME TÉCNICO PARA LOS OVP

Abril 1993 Vol. 3, No. 3

Origen de la encuesta rápida CPC 1
Evaluación de la encuesta rápida CPC 4
Directivas futuras para las encuestas rápidas CPC 8
Situación de las "líneas de base" en proyectos SI-VII seleccionados 11
Traduciendo encuestas a lenguajes sin escritura 17
Asistencia para encuestas rápidas CPC 21
Métodos de comunicación por IEF/Malawi 24
Las OVPs y la erradicación de la dracunculiasis 28

Tema de este Reporte Técnico para OVP

En respuesta a muchas demandas de OVP, el tema de este *Reporte Técnico* es la encuesta rápida sobre Conocimiento, Prácticas y Cobertura. Las secciones de este *Reporte Técnico* (RT) abarcarán estos temas sobre la encuesta: desarrollo y evaluación de preguntas para la encuesta CPC y metodología; directivas futuras para la encuesta CPC; datos escogidos de encuestas de línea de base para cada región; cómo los proyectos OVP reciben asistencia para la encuesta; y, cómo traducir las encuestas a otros lenguajes sin escritura. Los lectores deben notar que el título de la encuesta ha cambiado de "Encuesta Rápida sobre Conocimiento y Práctica" a "Encuesta Rápida sobre Conocimiento, Práctica y Cobertura" para reflejar el contenido de manera más precisa.

Origen de la Encuesta Rápida sobre Conocimiento, Práctica y Cobertura

En la década pasada, las organizaciones voluntarias privadas (OVPs) con sede en los EE.UU. han logrado éxitos significativos en la realización de actividades de supervivencia infantil. Los proyectos OVP en el campo, sin embargo, continúan encarando la falta de profesionales de salud capacitados para un monitoreo apropiado de los proyectos y en métodos de evaluación. Sin capacitación y experiencia adecuada, el personal OVP en el campo no puede evaluar los cambios en las conductas de salud, prácticas y cobertura, de la población beneficiaria. No importa cuán bueno sea el trabajo que esté realizando una OVP, otros podrían no juzgar los proyectos de la OVP exitosos a menos que la OVP pueda documentar su progreso.

Fue este problema fundamental el que movió a las OVPs a demandar mayor asistencia en el diseño de encuesta, recolección y análisis de datos. A.I.D. dispuso fondos para consultores, pero incluso entre los consultores no había acuerdo sobre las preguntas básicas necesarias a nivel de la comunidad para una encuesta de Supervivencia Infantil. A.I.D. instó al personal del Programa de Apoyo en Supervivencia Infantil (en inglés PVO-CSSP) de la Universidad Johns Hopkins para que desarrolle un enfoque estandarizado

que pudiera abarcar tanto los problemas de línea de base como la recolección final de datos. El personal de CSSP sostuvo muchas reuniones sobre estos temas con el personal OVP, tanto en las oficinas de EE.UU. como en las sedes de los proyectos.

CSSP averiguó que las OVPs requerían un instrumento para la encuesta que pudiera proveer datos útiles tanto para la administración del proyecto como para su evaluación. Afortunadamente, con gran trabajo, mucho esfuerzo y la inclusión de personal del proyecto OVP, la comunidad de Supervivencia Infantil cuenta ahora con una herramienta importante que permite a la OVP recolectar datos útiles a nivel de línea de base y en otros momentos del desarrollo de un proyecto. El instrumento para la encuesta se llama Encuesta Rápida de Conocimiento, Práctica y Cobertura (CPC). En 1992, una evaluación externa de la metodología de los cuestionario CPC determinó que "el cuestionario básico está bien diseñado y que el formato para la tabla de análisis básico provee la mayor parte de la información necesaria para identificar prioridades del programa y medir los alcances de los objetivos".

Criterio para el diseño del prototipo del cuestionario de la encuesta.

La encuesta prototipo tomó forma después de cuatro años de estudio. Durante los primeros dos años y medio, CSSP revisó cómo cada OVP diseñó su proyecto y empleó los datos de la encuesta para desarrollar su DIP. El personal técnico de CSSP estudió la calidad de la encuesta (incluyendo confiabilidad y validez de los datos) de 45 proyectos OVP. Durante visitas de campo y en los talleres en las oficinas centrales, el personal CSSP habló con las OVPs acerca de los problemas que tenían en la recolección de los datos. Luego, el personal técnico CSSP trabajó con un epidemiólogo, con experiencia en encuestas, para diseñar una metodología estandarizada para encuesta rápida que pudiera producir información práctica en cobertura de inmunización, uso de terapia de rehidratación oral, prácticas de lactancia materna, etc.

Se emplearon diversos criterios de diseño. Era esencial que la encuesta produjera información útil para la administración del proyecto. Las preguntas, por tanto, no podían ser preguntas de "investigación" científica ni tampoco preguntas descriptivas a nivel social o demográfico. Tampoco podía haber preguntas acerca de condiciones que no variarían mucho con el paso del tiempo. El énfasis de cada pregunta debía estar en los cambios de conducta clave a nivel de familia y de la comunidad. Y las preguntas debían tener que ver con intervenciones técnicas que trataran efectivamente con problemas epidemiológicos locales.

Además, las preguntas de la encuesta deben tener un contenido técnico sólido, estar actualizadas y ser comparables, donde sea posible, con los datos nacionales reportados por el país a la Organización Mundial de la Salud (OMS) o a UNICEF. Las discusiones con especialistas técnicos de universidades, OMS, OPS, UNICEF, Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y contratistas de A.I.D. condujeron a la selección de preguntas técnicamente relevantes para nueve módulos: 1) información sobre las madres, tanto en cuanto a alfabetismo como en cuanto a generación de ingresos; 2) lactancia materna y nutrición infantil; 3) monitoreo de crecimiento; 4) suplemento de cápsulas de vitamina A; 5) manejo de casos de enfermedades de diarreas; 6)

inmunización; 7) manejo de casos de enfermedades respiratorias agudas; 8) cuidado durante el embarazo; 9) prácticas de planificación familiar.

Un cuestionario final no debe incluir más de 40 a 45 preguntas y el encuestador no debe emplear más de 20 minutos. Cada proyecto debe seleccionar preguntas relevantes para sus problemas epidemiológicos locales y se debe revisar el cuestionario para adecuarlo a cada localidad y traducirlo al lenguaje sin escritura, si fuera necesario. Los especialistas en encuestas recomiendan que las OVPs no añadan muchas nuevas preguntas. Algunas OVPs pueden desear obtener información más en profundidad acerca de actitudes, como por ejemplo, actitudes hacia la alimentación durante la enfermedad. En este caso CSSP recomienda que las OVPs usen métodos cualitativos, como grupos focales o entrevistas con informantes clave.

Criterio para el diseño de la metodología de la encuesta

Un criterio clave fue que el tamaño de la muestra sea práctico para estimar los niveles de conocimiento, práctica y cobertura, pero suficientemente pequeño como para que la encuesta pueda llevarse a cabo rápidamente y a bajo costo. El personal técnico CSSP trabajó con estadísticos y demógrafos para seleccionar el método más apropiado para la selección de la muestra. La decisión fue emplear el enfoque estandarizado de muestreo por conglomerados de 30 de OMS/PAI. El tamaño de la muestra permite a las OVPs evaluar los niveles de conocimiento en salud y las prácticas de las madres de niños pequeños, en las áreas de los proyectos. Estos niveles pueden ser comparados con los promedios nacionales reportados, ya que muchas de las preguntas son consistentes con aquellas usadas por OMS, UNICEF y el Programa de Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) patrocinado por A.I.D.

Es importante notar que el método por conglomerados de 30 no produce una muestra suficientemente grande como para medir la magnitud de los cambios desde la línea de base hasta el impacto final. Si una OVP quiere medir ese cambio debería usar una fórmula diferente para la selección de su muestra, y la fórmula requeriría un tamaño de muestra tan grande que la OVP debería aumentar la recolección de los datos y los costos por varias semanas. Es por ello que se considera poco práctico para la mayoría de los proyectos OVP. Además, incluso si la OVP fuera capaz de demostrar cambios no podría demostrar su causalidad. Esto significa que ellos no podrían mostrar que la OVP fue responsable por el cambio, a menos que se introdujeran controles claramente definidos - lo que requeriría a su vez una muestra incluso más grande y un diseño de investigación mucho más complejo. En vez de ello se recomienda que la OVP compare los niveles documentados en las áreas de servicio de Supervivencia Infantil con los niveles nacionales reportados por el país.

Pre-probando el instrumento

El personal técnico CSSP trabajó con las OVPs para pre-probar el instrumento en ocho lugares diferentes: Honduras, Guatemala, Bolivia, Kenya, Malawi, Mozambique, Nepal y Vanuatu. Los proyectos abarcaban ambientes tanto montañosos como islas, áreas rurales como peri-rurales, ciudades como barriadas. Esta pre-prueba requirió que los cuestionarios de la encuesta se traduzcan tanto a lenguajes escritos

como a lenguajes sin escritura, incluyendo: español, kikuyu, español-quechua, bislama, nepalés, chichewa y portugués-nhungue. Los resultados de la pre-prueba fueron muy alentadores. Tanto el instrumento como la metodología para entrenar capacitadores aparecieron capaces de mejorar la capacidad de evaluación en una vasta mayoría de los proyectos de Supervivencia Infantil.

Directivas de A.I.D. requieren encuestas CPC

En Julio de 1991, la Oficina para Alimentación y Asistencia Humanitaria de A.I.D., Oficina de Cooperación Voluntaria Privada (FHA/PVC), emitió nuevas directivas para el Plan de Ejecución Detallado (DIP) para proyectos OVP en las que requerían que éstos incorporen la encuesta rápida estandarizada CPC como parte de su línea de base para evaluación. Además, FHA/PVC emitió nuevas directivas para la evaluación final, requiriendo que los ejecutores de los proyectos de Supervivencia Infantil incluyan los resultados de la encuesta rápida estandarizada como parte de la evaluación final de los proyectos OVP. Simultáneamente, A.I.D. especificó bajo su acuerdo con JHU que la OVP Programa de Apoyo para Supervivencia Infantil provea, a pedido de las OVPs, capacitadores que pudieran entrenar en la nueva metodología de encuesta al personal de campo y a los colaboradores de los proyectos. Y esto es lo que ha ocurrido. Dos años más tarde, muchos proyectos OVP en países tienen una idea mejor de las prioridades de su programa y han sido capaces de medir sus logros. Ahora, muchas de estas OVPs están transladando estas habilidades para encuestas a oficiales de salud locales y distritales.

Nota del Editor

Los editores desean agradecer a Richard Arnold, MD, DTPH, por su asistencia en el diseño de la metodología para la encuesta rápida CPC y el módulo de inmunización en el cuestionario de la encuesta CPC. Además, los editores desean reconocer los esfuerzos de las siguientes personas en la pre-prueba del instrumento de la encuesta y de la metodología: Marcelo Castrillo, MD, MPH; Robert Cunnane, MPH; Denis Holdenreid, MD, MPH; y Dong-Lu Zeng, MD, MPH.

Comisión especial evalúa la encuesta rápida CPC

Debido a que la encuesta CPC es nueva, A.I.D. formó una Comisión Especial para la Encuesta Rápida CPC encargada de evaluar el primer juego de encuestas de línea de base completadas y de fijar los objetivos de la encuesta para el futuro. El grupo sirve como un cuerpo consultivo y está formado por 13 profesionales de la salud pública y por especialistas en encuestas provenientes de universidades y de compañías consultoras privadas.

En junio de 1992, los proyectos SI-VII remitieron sus Planes Detallados de Ejecución (DIPs) y los resultados de su encuesta de línea de base a FHA/PVC para su revisión técnica. La reunión de la comisión técnica tuvo lugar la semana siguiente al encuentro para la Reunión Técnica DIP. Un miembro de la Comisión Especial estuvo presente en cada uno de los paneles de revisión DIP. Esto se hizo

con el objetivo de que los miembros de la Comisión Especial pudieran discutir sobre la forma en que los proyectos OVP habían utilizado los datos de la encuesta para diseñar sus DIP. Si bien se revisaron todas las encuestas de línea de base SI-VII en las revisiones DIP, la Comisión Especial para la Encuesta solo analizó en profundidad las encuestas de línea de base que estaban basadas en los cuestionarios prototipo y que se habían completado con la asistencia de un capacitador para encuestas calificado. Los principales resultados de la Comisión Especial son los siguientes:

- La encuesta CPC es una herramienta importante que permite a las OVPs evaluar programas y centrarse en las necesidades prioritarias de las poblaciones. El cuestionario básico está bien diseñado y el formato para la tabla de análisis básico provee la mayor parte de la información necesaria para identificar las prioridades del programa y medir el logro de los objetivos.

- El personal de campo OVP generalmente completó todo el entrenamiento y el trabajo de la encuesta en un período de capacitación de dos a tres semanas y a un costo de aproximadamente 2.5% del total de los costos del proyecto. La discusión de los datos del proyecto ha permitido al personal OVP aclarar los objetivos del proyecto y afinar estrategias. El proceso de encuesta ha fortalecido el entusiasmo en el campo y ha elevado el conocimiento de las OVPs.

- Si bien la tabulación manual de los datos y el cálculo de la distribución de frecuencia ha sido útil para orientar la administración, un análisis más afinado de los datos podría permitir a las OVPs utilizar las encuestas como herramientas para planificar estrategias. Un juego uniforme de indicadores específicos podría ayudar a facilitar la interpretación de los resultados y a simplificar la presentación de los datos por las OVPs.

- Las preguntas PAI y CED están probadas y proveen indicadores confiables sobre el nivel de conocimiento, práctica y cobertura. Las preguntas sobre Lactancia Materna/Nutrición, Monitoreo del Crecimiento, y suplemento de Vitamina A son bastante consistentes entre las OVPs, pero podrían estandarizarse en el futuro. Las preguntas sobre IRA y Salud Materna/Planificación Familiar son útiles, pero necesitan afinarse y actualizarse regularmente de modo que reflejen los cambios tecnológicos en marcha.

- Una clave para el éxito a largo plazo del programa de encuesta será la capacitación permanente de individuos y organizaciones. Estas podrían comprender más grupos OVPs (incluyendo oficinas matrices) y representantes de los Ministerios de Salud de cada país, universidades y consultores privados.

Reporte sumario de las evaluaciones finales en 1991-92

Las OVPs dicen frecuentemente que quisieran aprender más sobre el Programa para Supervivencia Infantil en conjunto, y saber cómo sus proyectos encajan en ese "gran cuadro". Reconocen la retro-alimentación en las evaluaciones. En respuesta a sus demandas, A.I.D. contrató a un consultor para que resuma las evaluaciones finales para los 16 proyectos de Supervivencia Infantil que terminaban en 1991-92, y para que resalte las secciones de los informes correspondientes a los resultados finales y las recomendaciones en cuanto a continuidad. El reporte sumario muestra tanto los puntos fuertes como las debilidades del Programa para Supervivencia Infantil en conjunto.

Resultados clave en cuanto a continuidad

- La continuidad no fue un objetivo primario en muchos de estos proyectos. Cuando estos 16 proyectos comenzaron, en 1988, la continuidad no era un objetivo explícito de un programa, como lo es en la actualidad.
- Las directivas de A.I.D. para la Evaluación Final respecto a la continuidad alentaron a las OVPs a reforzar este aspecto en sus actividades, concentrando la atención del personal de campo en este punto tan importante.
- La autosuficiencia de un proyecto no es un objetivo posible en el desarrollo de esfuerzos para Supervivencia Infantil. Las OVPs pueden, sin embargo, reforzar su independencia transfiriendo habilidades, tales como el desarrollo de propuestas, a sus contrapartes para que aprendan a asegurar fuentes de financiamiento antes de que se terminen los fondos para Supervivencia Infantil.
- La participación de la comunidad, si bien citada frecuentemente como parte de la estrategia de continuidad de una OPV, no ha sido tan efectiva como pudiera haberlo sido si se hubiera autorizado a las comunidades a tomar mayor responsabilidad y control de su propia salud.
- Las contribuciones de la comunidad bajo la modalidad de pago-por-servicio y/o trabajo son generalmente factores positivos en el desarrollo de un proyecto. Sin embargo, una OVP no puede esperar que la comunidad continúe sus contribuciones si no cree que es parte activa en la administración y selección de prioridades del proyecto.
- Los proyectos no han puesto énfasis suficiente en consolidar la capacidad administrativa de las organizaciones colaboradoras. Las OVPs deben ser conscientes de que una mala administración es la causa más frecuente de fracaso entre programas establecidos a través de proyectos de asistencia para el desarrollo.

Recomendaciones clave para la continuidad

- Redoblar esfuerzos para examinar actividades de recuperación de costos, para reforzar la continuidad financiera de los servicios de salud. Esto puede hacer a los proveedores de los servicios de salud más responsables hacia sus comunidades.

- Obtener asistencia técnica para reforzar las habilidades del personal OVP en el desarrollo y administración de programas de recuperación de costos, proporcionando esquemas y actividades de generación de ingresos. Aprender a calcular el capital y los costos permanentes.
- Es muy importante para una OVP monitorear el impacto de los programas de recuperación de costos sobre la equidad en la provisión de servicios. Por ejemplo, pueden los miembros más pobres de una comunidad continuar buscando y recibiendo atención si deben pagar algo por los servicios de salud?
- Desarrollar un curso de entrenamiento de capacitadores administrativos para mejorar la capacidad de las OVPs en el fortalecimiento de la administración local en apoyo a la continuidad.
- Promover la mayor participación de la comunidad en cada fase del proyecto.

Resultados clave de la encuesta final

Este fue el primer año que A.I.D. exigió una encuesta final como parte de las evaluaciones finales. Quince de las 16 evaluaciones finales incluyeron una encuesta final. De las 15, ocho proyectos usaron partes importantes (10 o más preguntas) de una encuesta rápida CPC prototipo, adaptando las preguntas a su situación local. Los resultados clave sugieren que las OVPs están comenzando a obtener información más útil de sus evaluaciones finales.

- Más que entregar servicios, conducir visitas a los hogares para aprender de las familias da al personal del proyecto una sensibilidad nueva acerca de las preocupaciones y necesidades de las comunidades.
- El costo de las encuestas (un promedio de $4,300) fue pequeño comparado con los beneficios para la administración de los proyectos.
- La encuesta prototipo desarrollada por el Programa Supervivencia Infantil fue instrumental en permitir la ejecución de las encuestas CPC finales en un formato técnico sólido.
- Algunas OVPs añadieron sus propias preguntas que requerían a las madres explicar "por qué" o "por qué no". Ni estas preguntas ni otras referentes a su satisfacción como clientes proveyeron información útil.
- Once proyectos utilizaron técnicas de muestreo por conglomerados pero el personal de campo generalmente no estaba al tanto de las limitaciones de este método de encuestas. El personal del proyecto debe ser consciente de las limitaciones de los resultados cuando la muestra por conglomerados estándar PAI se subdivide para el análisis, y de las conclusiones a partir de estos datos.
- Muchos informes finales OVP discutieron las implicancias de los resultados de la encuesta y enfatizaron que la encuesta proporcionó información útil para la administración del proyecto.
- Casi todas las OVPs reportaron que las encuestas ayudaron a centrar la atención en la importancia de definir cuidadosamente los objetivos de educación en salud.
- Varios proyectos reportaron datos con denominadores incorrectos o sin denominadores. Como

resultado de ello, generalmente fue imposible comparar los resultados con los datos nacionales reportados o con datos de otras OVPs en el país.

- Ningún proyecto informó haber hecho decisiones y haber tomado acciones antes de remitir el informe, y pocos proyectos reportaron haber compartido resultados de la encuesta con otras agencias.

Recomendaciones clave para la encuesta final

- Realizar el mayor esfuerzo para asegurar que el instrumento de la encuesta sea lo más breve posible, incluyendo preguntas solo si se refieren directamente al progreso en el logro de objetivos establecidos sobre conocimientos clave y sobre objetivos de conductas relevantes para el proyecto.
- No añadir preguntas a la encuesta CPC acerca de opiniones o actitudes. Estas preguntas no proporcionan información útil en encuestas CPC cuantitativas. En su lugar, para obtenor este tipo de información, utilizar evaluaciones cualitativas tales como grupos focales o entrevistas con informantes clave.
- Reportar la información sobre cobertura de inmunización en niños de 12 a 23 meses cuyas tarjetas de inmunización han sido vistas por los entrevistadores, más que basándose en el informe de las madres.
- Estandarizar tanto las preguntas como la capacitación, para reforzar la calidad y posiblidades de comparación de los datos de la encuesta. La estandarización puede ofrecer una guía mayor para el análisis y la discusión de los resultados de la encuesta.
- Continuar reforzando el uso de los datos de la encuesta para la administración del proyecto y para la toma de decisiones.
- Ofrecer información acerca de los resultados de las encuestas a las organizaciones de salud y a las comunidades beneficiarias tan pronto como la encuesta se haya completado. Incluir una sección para el informe final de la OVP al donante.

Directivas Futuras para la Encuesta Rápida CPC

El alcance del trabajo de la Comisión Especial para la Encuesta fue evaluar las encuestas llevadas a cabo por los proyectos de Supervivencia Infantil en 1991-92 y decidir las metas y objetivos para el futuro. Específicamente, la Comisión Especial tenía la tarea de revisar si las preguntas de la encuesta CPC eran relevantes para la administración del proyecto, así como revisar las lecciones aprendidas de la selección de la muestra, la capacitación de encuestadores y la administración de la misma. Luego, los miembros de la Comisión Especial fijaron los objetivos para el uso de la Encuesta Rápida CPC que debían ser alcanzados hacia el final de los seguientes tres años.

A continuación se enumeran los objetivos especificados por la Comisión Especial de 13 profesionales

de la salud pública. Se presenta, además, un informe del progreso de cada uno de estos objetivos.

- *Hacia 1995, el 100% de los proyectos con fondos nuevos debe haber completado una encuesta de línea de base antes de la revisión del Plan Detallado de Ejecución (DIP). Además, el 80% de todos los proyectos deberá haber completado una encuesta, ya sea ésta de línea de base o de impacto final.*

  Logros a la fecha: A.I.D. exige actualmente que todos los proyectos con fondos nuevos completen una encuesta de línea de base antes de remitir el Plan Detallado de Ejecución. En 1992, con excepción de dos proyectos, todos los demás habían completado la encuesta antes de remitir el DIP.

- *Hacia Mayo de 1993, CSSP habrá desarrollado un conjunto de indicadores clave que facilitará la interpretación de los resultados de la encuesta y permitirá a las OVPs comparar los niveles alcanzados en sus áreas de servicio con los niveles reportados por el país y simplificar la presentación de los datos de la encuesta. Dada una área de servicio, los indicadores clave permitirán evaluar los niveles de práctica de las madres que se relacionan directamente con el mejoramiento del estado de salud de los niños. Los proyectos OVP deben ser capaces de recolectar datos para estos indicadores empleando la Encuesta Rápida CPC estandarizada.*

  Logros a la fecha: CSSP ha propuesto un juego de 17 indicadores clave en supervivencia infantil que actualmente está siendo probado en el campo (Ver Tabla 1). Luego de su edición final, A.I.D. divulgará los indicadores entre todos los proyectos.

- *Hacia 1995, A.I.D. habrá establecido los resultados de los datos de la encuesta de línea de base en un conjunto estandarizado de indicadores para el 100% de los proyectos.*

  Logros a la fecha: Los resultados de la encuesta de línea de base para 1991, 1992 y 1993 se han ingresado a la base computarizada de datos de la OVP Supervivencia Infantil, utilizada por FHA/PVC.

- *Con miras a reforzar la continuidad y la posibilidad de réplica de la capacitación y asistencia para la encuesta, CSSP debe identificar y entrenar recursos a nivel regional y local. La Comisión Especial también recomienda que el CSSP capacite personal de las oficinas OVP en EE.UU. en la metodología y administración de la Encuesta Rápida CPC.*

  Logros a la fecha: En setiembre de 1992, CSSP organizó un curso de entrenamiento para capacitadores en encuestas dirigido al personal de OVP/Oficinas Matrices, de modo que ellos también puedan ofrecer asistencia técnica en las encuestas al personal de los proyectos. En marzo de 1992, CARE, con la asistencia de CSSP, condujo un taller regional para capacitación en la encuesta con miras a entrenar personal de varios proyectos OVP en Asia; así, ellos pueden servir a su vez como recursos regionales en el entrenamiento para la encuesta.

Indicadores Clave propuestos para el cumplimiento de los Proyectos de Sobrevivencia Infantil

1. **Prácticas adecuadas de alimentación infantil: Iniciación de la lactancia materna**—Porcentaje de infantes y niños (menores de [illegible] meses) que recibieron pecho materno en las ocho primeras horas después de su nacimiento.

2. **Prácticas adecuadas de alimentación infantil: Lactancia materna exclusiva.**—Porcentaje de infantes menores de cuatro meses que solo han recibido pecho materno.

3. **Prácticas adecuadas de alimentación infantil: Introducción de alimentos.**—Porcentaje de infantes entre cinco y nueve meses que han recibido alimentos sólidos o semi-sólidos.

4. **Prácticas adecuadas de alimentación infantil:: Persistencia de lactancia materna.**—Porcentaje de niños entre 20 y 24 meses que continúan recibiendo pecho materno (y reciben alimentos sólidos o semi-sólidos).

5. **Manejo de enfermedades diarreicas: Lactancia materna continuada.**—Porcentaje de infantes/niños (menores de 24 meses) con diarrea en las últimas dos semanas, que recibieron la misma cantidad o más de pecho materno.

6. **Manejo de enfermedades diarreicas: Fluídos continuados.**—Porcentaje de infantes/niños (menores de 24 meses) con diarrea en las últimas dos semanas, que recibieron la misma cantidad o más de fluídos otros que leche materna.

7. **Manejo de enfermedades diarreicas: Sólidos continuados.**—Porcentaje de infantes/niños (menores de 24 meses) con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron la misma cantidad o más de alimentos.

8. **Manejo de enfermedades diarreicas: Uso TRO.**—Porcentaje de infantes/niños (menores de 24 meses) con diarrea en las últimas dos semanas que fueron tratados con TRO.

9. **Control de neumonía: Tratamiento médico.**—Porcentaje de madres que buscó tratamiento médico para infante/niño (menor de 24 meses) con tos y respiración rápida y dificultosa en las últimas dos semanas.

10. **Cobertura de vacunación (Tarjeta): Acceso PAI.**—Porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que recibieron DTP1

11. **Cobertura de vacunación (Tarjeta): Cobertura PAI.**—Porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que recibieron OPV3

12. **Cobertura de vacunación (Tarjeta): Cobertura Rubeola.**—Porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que recibieron Rubeola

13. **Cobertura de vacunación (Tarjeta): Tasa de deserción.**—Cambio en el porcentaje entre las dosis DTP1 y DTP3 [(DTP1-DTP3) + DTP1] x 100 para niños entre 12 y 23 meses.

14. **Cuidado materno: Tarjeta de atención maternal.**—Porcentaje de madres con tarjeta de cuidado maternal para el último hijo, menor de 24 meses.

15. **Cuidado materno: Cobertura de toxoide tetánico (Tarjeta).**—Porcentaje de madres que recibieron dos dosis de vacuna contra el toxoide tetánico (tarjeta) antes del nacimiento de su último hijo, menor de 24 meses.

16. **Cuidado materno: Una o más visitas pre-natales (Tarjeta).**—Porcentaje de madres que tuvieron al menos una visita pre-natal (tarjeta) antes del nacimiento de su último hijo, menor de 24 meses.

17. **Cuidado materno: Uso de métodos anticonceptivos.**—Porcentaje de madres con niños menores de 24 meses que desea no tener hijos en los próximos dos años, o no está segura, y que está usando un método anticonceptivo moderno.

Estado de la línea de base en 11 OVP, Proyectos SI-VII

Las OVPs iniciaron 22 proyectos en Supervivencia Infantil en octubre de 1991, con fondos de SI-VII de A.I.D./ Washington. Once de ellos fueron proyectos nuevos que completaron encuestas de línea de base basados en la metodología para Encuesta Rápida CPC. Este artículo provee una descripción de estos 11 proyectos SI-VII, por región, y un pequeño sumario de los resultados de sus líneas de base. La información para las descripciones de los proyectos ha sido obtenida de las propuestas de los mismos y de los DIPs.

Región Asia

Se realizaron tres nuevos proyectos para Supervivencia Infantil, en la región Asia, que completaron una Encuesta Rápida CPC. La Tabla 2 presenta resultados seleccionados de la encuesta de línea de base para los tres proyectos de Asia, así como datos nacionales de Bangladesh, Nepal e Indonesia, tal como fueron reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y por el Programa Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), patrocinado por A.I.D. Las estadísticas de los proyectos están basadas en las respuestas de las madres de niños menores de 24 meses de edad.

- *PCI/Indonesia (Moluku).*—Project Concern International (PCI) provee servicios a la provincia de Moluku, que consiste en más de 1,000 islas y cuenta con una población beneficiaria potencial de 486,454. Este proyecto para Supervivencia Infantil incluye intervenciones en terapia de rehidratación oral (15% de los esfuerzos del proyecto), inmunizaciones (40%), nutrición (15%, con un 5% de esfuerzo en vitamina A), y cuidado materno/ planificación familiar (30%).
- *CARE/Bangladesh*—El proyecto CARE está localizado en un área rural, en el distrito Sylhet al norte de la división Chittagong. La población beneficiaria potencial es de 1,030,920. El proyecto incluye intervenciones en terapia de rehidratación oral (20%), inmunizaciones (35%), nutrición (25%), y cuidado materno/ planificación familiar (20%).
- *SCF/Nepal*—Este proyecto de Save the Children, USA, tiene su base en el distrito rural Siraha en la Zona Sagarmatha en la Región de Desarrollo Oriental, y tiene una población beneficiaria potencial de 36,665 mujeres y niños. Los esfuerzos del proyecto SCF incluyen terapia de rehidratación oral (20%), inmunizaciones (20%), nutrición (35%, de los cuales 20% es para vitamina A), control de infecciones respiratorias agudas bajas (5%) y cuidado materno/ planificación familiar (20%).

Región Africa

Tres nuevos proyectos OVP Supervivencia Infantil en la región Africa completaron una encuesta rápida de línea de base usando la Encuesta de Conocimiento, Práctica y Cobertura. La descripción de estos tres proyectos está acompañada por una tabla (Tabla 3) que compara los datos obtenidos en las encuestas con los niveles nacionales reportados para los mismos o similares indicadores.

- *WV/Zimbabwe*—Este proyecto World Vision está localizado en el distrito de Shamva en la región nor-oriental de Zimbabwe, con 53,545

beneficiarios potenciales. Los proyectos WV incluyen esfuerzos en terapia de rehidratación oral (25%), inmunizaciones (25%), nutrición (20%), control de infecciones respiratorias agudas bajas (15%), cuidado materno/planificación familiar (10%) y prevención contra el SIDA (5%).

- *ADRA/Uganda*—El proyecto para Supervivencia Infantil de la Adventist Relief and Development Agency en Nepal tiene una población beneficiaria potencial de 33,429. El proyecto provee servicios en los sub-condados rurales de Kalagala y Zirobe, ubicados en el condado Banumanika del distrito Luwero. El proyecto ADRA incluye intervenciones en terapia de rehidratación oral (25%), inmunizaciones (25%), nutrición (30%), y cuidado materno/planificación familiar (20%).
- *WV/Senegal*—El proyecto provee servicios en el distrito de Mecke, 100 km. al norte de Dakar, con una población beneficiaria potencial de 50,439. El proyecto WV divide sus actividades de supervivencia infantil en terapia de rehidratación oral (20%), inmunizaciones (20%), nutrición (50%), y cuidado materno/planificación familiar (10%).

Región América Latina y el Caribe

Se llevaron a cabo cinco encuestas de línea de base CPC por proyectos nuevos en Nicaragua, Guatemala y la República Dominicana. En la Tabla 4 se presentan algunos indicadores seleccionados de cada uno de los siguientes proyectos de Supervivencia Infantil:

- *PCI/Nicaragua*—Este proyecto urbano provee servicios en un barrio pobre de Managua, Acahualinca, con 2,768 beneficiarios potenciales. El proyecto PCI incluye esfuerzos en terapia de rehidratación oral (30%), inmunizaciones (30%), nutrición (20%), y control de infecciones respiratorias agudas bajas (10%).
- *ADRA/Nicaragua*—Esteli y Madriz, distritos mixtos rural y urbanos, son las sedes del proyecto ADRA, que cubre una población beneficiaria potencial de 18,479. El proyecto ADRA incluye intervenciones en terapia de rehidratación oral (15%), inmunizaciones (15%), nutrición (35%), control de infecciones respiratorias agudas bajas (20%) y cuidado materno/planificación familiar (15%).
- *HOPE/Guatemala*—El proyecto HOPE se puede encontrar en las comunidades rurales de Totonicapan, con una población beneficiaria potencial de 85,860 mujeres y niños. Provee y promueve intervenciones en terapia de rehidratación oral (20%), inmunizaciones (20%), nutrición (30%, incluye 10% para Vitamina A), control de infecciones respiratorias agudas bajas (15%) y cuidado materno/planificación familiar (15%).
- *WV/Republica Dominicana*—Las comunidades peri-urbanas de Barahona y Bahoruco son las sedes del proyecto World Vision. La OVP está intentando extender su cobertura a una población beneficiaria potencial de 91,116, en terapia de rehidratación oral (20%), inmunizaciones (35%), nutrición (15%), control de infecciones respiratorias agudas bajas (15%), y actividades de generación de ingresos (15%).

Resumen de los datos de Línea de Base

En general, las Tablas 2, 3 y 4 sugieren diversas cifras de proyectos OVP comparadas con los datos nacionales reportados.

- Las madres de niños menores de 24 meses están mejor educadas que la población general de mujeres, quizás porque son más jóvenes y es más probable que hayan recibido educación formal.
- En todos los proyectos, menos en uno, los niveles de inmunización TT a nivel de línea de base son mucho más bajos que los reportados para el país. Esto sugiere que las OVPs necesitan inmunizar más mujeres para proteger a las madres contra el tétanos y a los niños contra el tétanos neonatal.
- En Africa y Asia, menos del 25% de las mujeres que no quieren más hijos en los próximos dos años está usando métodos anticonceptivos modernos. En América Latina, sin embargo, este indicador puede alcanzar niveles hasta entre 50% y 78%, y es más alto que los estimados reportados por las encuestas nacionales de uso de anticonceptivos.
- El uso de sales de rehidratación oral (SRO) es altamente variable, tanto al interior como entre países y regiones. El uso de SRO y de fluídos reportado por los proyectos tiene poca relación con los porcentajes reportados a nivel nacional (algunas veces es más alto, otras más bajo). Esto sugiere que los factores culturales locales tienen una influencia mayor en la práctica de la terapia de rehidratación oral, que la que ejercen los esfuerzos nacionales. Además, esto sugiere que las OVPs deberían incrementar su atención en entender y superar las resistencia al uso de SRO.
- Los proyectos OVP en Africa, y algunos en Asia, no incluyeron una pregunta sobre el lapso de tiempo transcurrido entre el nacimiento del niño y la iniciación de la lactancia materna. Sin embargo, los datos de América Latina muestran que aproximadamente 40% de las madres en las áreas encuestadas no daban de lactar durante las primeras ocho horas después del parto. La mayoría de los cinco proyectos en América Latina provee servicios en áreas urbanas o peri-urbanas, donde la mayoría de los nacimientos ocurren en hospitales. Esto indica que las OVPs necesitan emplear más tiempo con personal de los hospitales para promover la iniciación temprana de la lactancia materna, así como su duración prolongada.
- Los datos de la encuesta de línea de base en cuanto a introducción de alimentos sugieren que solo una minoría de las madres practican exclusivamente la lactancia con sus infantes menores de cuatro meses de edad. Los patrones más débiles de lactancia materna se encuentran en la región América Latina. La introducción de alimentos aparece más lenta en los proyectos de Africa y Asia.
- La cobertura de inmunización en la línea de base es generalmente mucho más baja que los niveles nacionales reportados, lo que sugiere que las OVPs están trabajando, en verdad, en áreas poco atendidas. Sin embargo, en pocos países (Zimbabwe y Nicaragua) la cobertura de línea de base

Tabla 2. Datos de Línea de Base de proyectos OVP SI-VII en Región Asia, 1991-1992 Comparados con los Promedios Nacionales Reportados

	Indonesia		Bangladesh		Nepal	
Indicadores de Projectos vs. Indicadores Nacional	PCI-M	Nacional	CARE	Nacional	SCF	Nacional
Alfabetismo delas madres (vs. alfabetismo feminino)	93%	65%[1]	24%	22%[1]	8%	12%[1]
Estado de la inmunización TT 2 según tarjeta	13%	60%[1]	10%	78%[2]	18%	83%[1]
Uso de anticonceptivos modernos por madres que no desean un niño en los dos próximos años (vs. prevalencia anticonceptiva*)	—	48%[1]	24%	25%[1]	11%	7%[1]
Niños 0-24 meses (vs. niños 0-5 años) c/diarrea en las dos últimas semanas quienes						
Recibieron SRO	29%	44.2%[4]	25%	—	25%	—
Recibieron TRO**	—	—	—	26%[3]	—	14%[3]
Recibieron más líquidos	38%	—	23%	—	7%	—
Infantes amamantados durante las primeras horas después del nacimento	—	—	73%	—	—	—
Infantes 0-4 meses amamantados exclusivamente***	—	39%[5]	29%	—	91%	—
Infantes 5-9 meses que recibieron alimento además de fluídos	—	—	65%	—	44%	—
Estado de inmunización en niños 12-23 meses:						
DPT 1	77%	—	22%	—	29%	—
POLIO 3	68%	84%[1]	13%	60%[2]	15%	74%[1]
Rubeola	65%	80%[1]	10%	53%[2]	13%	63%[1]

Definiciones

* La prevalencia nacional de anticonceptivos es definida como el porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad, que se encuentran actualmente usando algún anticonceptivo .

** La tasa nacional de uso de TRO es definida como el porcentaje de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años de edad, ocurridos en las dos semanas anteriores a la encuesta, que fueron tratados con SRO o una solución casera apropiada.

*** Lactancia materna exclusiva es definida como alimentación únicamente con leche materna, sin otros fluídos o sólidos.

Fuentes de datos nacionales

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS), 1991

[2] OMS, 1992

[3] UNICEF, Tasa de uso de la TRO reportada en State of the World's Children, 1993

[4] Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) en Indonesia, 1991

[5] DHS, reporte de la base de datos sobre todos los países con encuestas DHS, 1993

Tabla 3. Datos de Línea de Base de proyectos OVP SI-VII en Región Africa, 1991-1992 Comparados con los Promedios Nacionales Reportados

	Zimbabwe		Uganda		Senegal	
Indicadores de Projectos vs. Indicadores Nacional	WV	Nacional	ADRA	Nacional	WV	Nacional
Alfabetismo delas madres (vs. alfabetismo feminino)	73%	67%[1]	68%	45%[1]	—	19%[1]
Estado de la inmunización TT 2 según tarjeta	63%	45%[1]	29%	39%[1]	19%	45%[1]
Uso de anticonceptivos modernos por madres que no desean un niño en los dos próximos años (vs. prevalencia anticonceptiva*)	—	43%[1]	7%	5%[1]	4%	6%[1]
Niños 0-24 meses (vs. niños 0-5 años) c/diarrea en las dos últimas semanas quienes						
Recibieron SRO	3%	—	41%	15%[3]	5%	2%[2]
Recibieron TRO**	—	77%[4]	—	—	—	—
Recibieron más líquidos	—	—	37%	—	27%	—
Infantes 0-4 meses amamantados exclusivamente***	—	11%[5]	45%	70%[5]	67%	7%[5]
Infantes 5-9 meses que recibieron alimento además de fluidos	—	—	58%	—	50%	—
Estado de inmunización en niños 12-23 meses:						
DPT 1	90%	—	75%	—	64%	—
POLIO 3	87%	88%[1]	70%	77%[1]	41%	66%[1]
Rubeola	86%	86%[1]	57%	77%[1]	41%	59%[1]

Definiciones

* La prevalencia nacional de anticonceptivos es definida como el porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad, que se encuentran actualmente usando algún anticonceptivo .

** La tasa nacional de uso de TRO es definida como el porcentaje de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años de edad, ocurridos en las dos semanas anteriores a la encuesta, que fueron tratados con SRO o una solución casera apropiada.

*** Lactancia materna exclusiva es definida como alimentación únicamente con leche materna, sin otros fluidos o sólidos.

Fuentes de datos nacionales

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS), 1991

[2] Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) de Senegal, 1986

[3] DHS de Uganda, 1989

[4] UNICEF, 1987-1991 Tasa de uso de TRO reportada en State of the World's Children, 1993

[5] DHS, datos de 1993

Tabla 4. Datos de Línea de Base de proyectos OVP SI-VII en Región América Latina y el Caribe, 1991-1992 Comparados con los Promedios Nacionales reportados

	Nicaragua				Guatemala		Dominican Republic	
Indicadores de Projectos vs. Indicadores Nacionales	PCI	ADRA	HOPE	Nacional	HOPE	Nacional	WV	Nacional
Alfabetismo de la madres vs. alfabetismo femino	88%	63%	50%	—	42%	44%[1]	—	79%
Estado de la inmunización TT2 según tarjeta	27%	—	13%	25%[1]	6%	11%[1]	5%	23%[1]
Uso de anticonceptivos modernos por madres que no desean un niño en los próximos años (vs. prevalencia anticonceptiva*)	51%	12%	32%	9%[1]	8%	23%[1]	78%	50%[1]
Niños 0-24 meses (vs niños 0-5 años) c/diarrea en las dos últimas semanas quienes:								
Recibieron SRO	29%	68%	42%	—	22%	17%[3]	16%	25%[2]
Recibieron TRO**	—	—	—	38%[4]	—	—	—	—
Recibieron más líquidos	19%	15%	18%	—	20%	—	—	4%[2]
Infantes amamantados durante las primeras 8 horas después del nacimentos	—	60%	63%	—	63%	—	50%	—
Infantes 0-4 meses amamantados exclusivamente***	15%	16%	7%	—	7%	0%[5]	—	14%[3]
Infantes 5-9 meses que recibieron alimento además de fluídos	—	85%	89%	—	89%	—	—	—
Estado de inmunizacion en niños 12-23 meses								
DPT 1	94%	73%	71%	—	59%	—	56%	—
POLIO 3	92%	92%	58%	83%[1]	36%	69%[1]	44%	64%[1]
Rubeola	82%	82%	50%	54%[1]	35%	48%[1]	51%	69%[1]

Definiciones

* La prevalencia nacional de anticonceptivos es definida como el porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad, que se encuentran actualmente usando algún anticonceptivo .

** La tasa nacional de uso de TRO es definida como el porcentaje de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años de edad, ocurridos en las dos semanas anteriores a la encuesta, que fueron tratados con SRO o una solución casera apropiada.

*** Lactancia materna exclusiva es definida como alimentación únicamente con leche materna, sin otros fluídos o sólidos.

Fuentes de datos nacionales

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS), 1991

[2] Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) de República Dominicana, 1991

[3] DHS de Guatemala, 1987

[4] UNICEF, 1937-1991 Tasa de uso de TRO reportada en State of the World's Children, 1993

[5] DHS, reporte de la base de datos sobre los países con encuestas DHS 1993

del proyecto es alta. Esto sugiere que los programas nacionales PAI han sido exitosos en sus actividades de promoción en la comunidad. En tales casos, las OVPs podrían necesitar reorientar recursos hacia otras intervenciones, tales como mejorar el uso de TRO, incrementar la duración de la lactancia materna o mejorar las prácticas de destete.

Traduciendo encuestas CPC a lenguajes sin escritura

El primer objetivo de las encuestas sobre Conocimientos, Prácticas y Cobertura (CPC) en supervivencia infantil es averiguar cuánto saben y qué hacen las madres en lo que se refiere a conductas de prevención y tratamiento en salud. Para que los datos de las encuestas sean correctos los coordinadores necesitan asegurar que las encuestas no tengan sesgos. Ciertos sesgos pueden llevar a que las madres den respuestas que no representan su real conocimiento o práctica. Los sesgos pueden ser resultado de una metodología incorrecta. Por ejemplo, el coordinador puede hacer errores al calcular, o los encuestadores pueden no seleccionar al azar los hogares, o los encuestadores pueden cometer errores al formular las preguntas.

Una técnica importante para minimizar los sesgos del entrevistador es requerir a los encuestadores que lean en voz alta cada pregunta que dirigen a las madres *exactamente* como está escrita en el cuestionario. Esto asegura que cada encuestador formule todas las preguntas de la misma manera que los demás encuestadores. Si una OVP sigue esta práctica, las diferencias en las respuestas se pueden atribuir con seguridad a diferencias reales en el conocimiento y conducta de las madres, más que a diferencias en el fraseo de preguntas específicas.

La situación se complica, sin embargo, cuando los proyectos planifican encuestas en comunidades en las cuales la mayoría de las madres habla un lenguaje que no tiene escritura. Los planificadores de encuestas necesitan, entonces, desarrollar una versión del cuestionario de la encuesta que pueda ser leído en voz alta, de tal manera que quienes hablan el lenguaje sin escritura puedan entenderlo sin traducciones adicionales. Los encuestadores nunca deben tratar de traducir *durante la entrevista* remitiéndose a un cuestionario escrito en otra lengua tal como el inglés, el francés o el español. Si un encuestador trata de traducir una pregunta durante la encuesta, él o ella no usará exactamente las mismas palabras cada vez, ni tampoco las mismas palabras que los demás encuestadores. Este procedimiento introducirá un sesgo.

Cómo puede una OVP evitar sesgos cuando las preguntas de la encuesta deben traducirse a un lenguaje sin escritura, lenguaje que las madres hablan y entienden? Este artículo destaca cinco pasos para guiar a los coordinadores de encuestas en el desarrollo de un cuestionario escrito, esto es, el equivalente fonético del lenguaje sin escritura. Estos pasos están basados en experiencias OVP con encuestas CPC en Supervivencia Infantil. La experiencia muestra que las encuestas en lenguaje sin escritura requieren más tiempo y esfuerzo para

capacitar a los supervisores y encuestadores que si se encuesta en un lenguaje escrito formal.

Cinco pasos esenciales

El tiempo que una OVP necesita para traducir un cuestionario en un lenguaje nativo o sin escritura depende del tipo de lenguaje y de la complejidad del cuestionario original. Otros factores importantes son el nivel de educación de los encuestadores y su habilidad para asistir en la traducción y validación. Con el fin de evitar sesgos, toda OVP que planee una encuesta donde las madres solo entienden un lenguaje sin escritura debe seguir estos cinco pasos esenciales.

1) traducir el cuestionario al lenguaje escrito oficial del país (si la traducción no existe);
2) traducir el cuestionario del lenguaje escrito oficial al lenguaje sin escritura;
3) traducir, en una tercera parte, la versión del cuestionario en el lenguaje sin escritura nuevamente al lenguaje escrito oficial, para verificar la traducción;
4) validar el cuestionario con los encuestadores durante la capacitación para la encuesta; y
5) pruebas de campo de la versión del cuestionario en el lenguaje sin escritura, revisándolo cuantas veces sea necesario.

1) Traducir al lenguaje escrito oficial

Los planificadores de la encuesta deben seleccionar preguntas para la encuesta de los cuestionario genéricos (en inglés, francés o español) y luego centrarse en traducir las preguntas al lenguaje escrito predominante en la región o país. La traducción debe utilizar una forma estándar y gramaticalmente correcta del lenguaje escrito oficial.

Empezar con un cuestionario en el lenguaje escrito predominante en la localidad ayuda a mantener el propósito y el sentido de cada pregunta durante la traducción al lenguaje sin escritura. Los participantes locales deben ser capaces de entender las preguntas y traducirlas en forma precisa al lenguaje sin escritura.

2) Traducir al lenguaje sin escritura

Traducir el cuestionario desde el lenguaje predominante en el país al lenguaje local sin escritura puede ser un proceso complejo. El tiempo que se requiere para este paso varía, dependiendo de cuánto considere la enseñanza escolar el lenguaje sin escritura y de si existen adaptaciones fonéticas del lenguaje local.

En algunos países el sistema escolar está organizado para enseñar solo el lenguaje escrito predominante en el país. En estos países la gente puede ser hablante competente en uno o más lenguajes nativos pero no son capaces de leer ni escribir en esos lenguajes o dialectos. Si una OVP está trabajando en tal situación debe desarrollar primero un equivalente fonético del lenguaje local antes de traducir la encuesta a ese lenguaje local (Ver Estudio de Caso 1).

En otros países el sistema escolar enseña a los alumnos empleando el lenguaje local. Esto puede hacer el proceso de traducción más fácil porque la gente está acostumbrada a leer y escribir en el lenguaje local. En estos países los maestros y los misioneros son generalmente el mejor recurso durante el proceso de traducción (Ver Estudio de Caso 2).

3) Traducir el cuestionario adaptado nuevamente al lenguaje escrito oficial

El siguiente paso es re-traducir el cuestionario adaptado nuevamente al lenguaje original o al lenguaje oficial del país, ya sea inglés, español, bangla, árabe, etc. Un individuo no familiarizado con el cuestionario original debe ser responsable de esta traducción y, así, concentrarse en el fraseo de cada pregunta. Los encuestadores y el personal del proyecto deben luego comparar los cuestionarios para identificar las áreas de discrepancia. Deben revisar la traducción de cada pregunta cuanto sea necesario prestando atención especial al propósito de cada pregunta y al sentido de cada traducción.

4) Capacitar encuestadores y validar cuestionarios

Los encuestadores deben provenir del área del proyecto y ser competentes en el lenguaje sin escritura local. Los encuestadores, que deben ser capaces de leer y escribir, necesitan también conocer las costumbres y la cultura local. Durante su capacitación para la encuesta los encuestadores leen cada pregunta en voz alta para probar el fraseo y el sentido de las mismas. Luego, los encuestadores trabajan con los traductores para asegurar que las preguntas pregunten lo que quieren preguntar. Los capacitadores promueven la discusión alentando a los encuestadores y traductores en llegar a un acuerdo sobre el fraseo final de cada pregunta, siempre atentos a lo que las madres comprenden y al propósito original de cada pregunta.

Los encuestadores mismos pueden validar convenientemente los cuestionarios con respecto a la localidad. Durante el proceso de capacitación debemos dejar tiempo para que los encuestadores retroalimenten el proceso de traducción. Las OVPs deben dedicar tiempo a validar las preguntas durante la capacitación de supervisores y encuestadores. La versión final puede no parecer gramaticalmente correcta a las personas ajenas, pero debe ser claramente comprensible para la gente de la localidad.

Es importante que los encuestadores practiquen formulando las preguntas de la encuesta en el lenguaje sin escritura. La mejor manera de hacerlo es a través del juego de roles. El juego de roles ayudará a los encuestadores a afinar las preguntas, a hacer los cambios o a encontrar mejores maneras de formular las preguntas a las madres.

Los encuestadores deben entender que el propósito de este proceso es desarrollar una manera estándar de formular cada pregunta y de *evitar la traducción durante la encuesta.* La práctica debe centrarse en la formulación de cada pregunta exactamente como está escrita.

5) Prueba de campo y revisión del cuestionario

Las pruebas de campo permiten a los encuestadores practicar el cuestionario en situaciones de "vida real", probando la precisión de la traducción. Después de la prueba de campo los supervisores y los encuestadores revisan la precisión de cada pregunta en obtener la información deseada. Deben preguntarse a sí mismos: "Entendieron las madres el significado de esta pregunta?". Si algunas preguntas parecen dudosas para las madres, la OVP debe reescribir las preguntas y volverlas a probar. Por último, la OVP debe considerar tiempo en el cronograma de la encuesta para hacer correcciones finales al cuestionario y para producir e imprimir copias

suficientes de la encuesta revisada.

Cada proceso de encuesta es diferente y requiere un enfoque diferente que depende de lo que es apropiado en cada cultura. Siguiendo estos cinco pasos el personal del proyecto puede adaptar el cuestionario básico de una encuesta CPC a las necesidades específicas del proyecto. Traducir encuestas a lenguajes que pueden ser comprendidos tanto por los encuestadores como por las madres toma tiempo y requiere compromiso. Los planificadores de proyectos necesitan reconocer la importancia del proceso de traducción si quieren información válida sobre lo que las madres saben y sobre lo que hacen en lo que se refiere a salud.

Estudio de Caso 1:

PCI en Guatemala. Desarrollando una traducción fonética de los lenguajes locales

La OVP Project Concern International(PCI) está trabajando en el departamento de Solola, en Guatemala. Los principales tres grupos nativos en esta región son los Tzutuhil, los Qhiche y los Cakchiquel; cada grupo tiene su propio lenguaje. La gente vive en comunidades bien definidas en las que hablan su propio lenguaje y algunos otros. De los tres lenguajes solo el Qhiche está disponible en formato fonético escrito. El sistema escolar guatemalteco descansa principalmente en el español.

Cuando el personal del proyecto decidió conducir una encuesta CPC se encontraron con el desafío de comunicarse con las madres. Para llegar a toda la gente del área del proyecto los planificadores de la encuesta tradujeron el cuestionario en español a cada uno de los tres lenguajes principales.

El personal del proyecto, con ayuda de trabajadores de la localidad y de profesores escolares tradujo las preguntas con ayuda de caracteres españoles. Desarrollaron adaptaciones fonéticas de palabras y usaron muchas palabras en español en el cuestionario final porque la gente de la localidad solía mezclar palabras españolas en sus conversaciones. El resultado fue preguntas que no eran gramaticalmente correctas en ningún lenguaje. Los planificadores eligieron poner énfasis en la claridad de las ideas que comunicaban en lugar de ponerlo en la estructura gramatical de las preguntas.

Durante el entrenamiento para la encuesta, los encuestadores, que eran competentes en los tres lenguajes, practicaron formulando preguntas de cada una de las tres traducciones. En el campo, durante la encuesta real, los encuestadores decidieron qué cuestionario usar después de hablar con las madres y saber qué lenguaje hablaban.

Si bien al principio los encuestadores tuvieron dificultad para leer la fonética de las palabras, mejoraron luego gracias a la capacitación y a la repetición. El producto final fue un juego de cuestionarios adaptados a la localidad, comprensible para los encuestadores y, lo más importante, comprensible para las madres.

Estudio de Caso 2:

Esperanza, Bolivia. Empleando una adaptación fonética existente de un lenguaje sin escritura

La OVP Esperanza trabaja en el sudeste de Bolivia con matacos, un grupo nómade que se estableció permanentemente cerca de los pueblos de Villamontes y Yacuiba. El lenguaje mataco, que es hablado por solo unos miles de personas, no es un lenguaje con escritura oficial.

Si bien los profesores en Bolivia emplean el español como el lenguaje principal para la enseñanza, en esta región también utilizan el mataco en las aulas. Además, una adaptación fonética del mataco, basada en caracteres españoles, fue creada por un grupo misionero que trabaja en la localidad, y es empleada por la gente de la localidad.

El personal del proyecto Esperanza preparó la traducción de su encuesta CPC con ayuda de personas de la localidad. Antes de la encuesta real trabajaron juntos en la traducción de las preguntas del español al mataco, utilizando la adaptación fonética existente. Los encuestadores fueron capaces de entender y leer las preguntas traducidas sin mayores dificultades. Esto dió como resultado una encuesta fácilmente comprensible para las madres.

Asistencia para Encuestas Rápidas CPC

Hay cuatro maneras en las cuales el personal OVP en el campo ha recibido asistencia. Bajo el primer método, un capacitador para encuestas de CSSP fue al proyecto y ofreció apoyo directo al personal. El segundo método ha sido más indirecto. Un representante de la OVP en los EE.UU. tomó un curso de capacitación de CSSP y luego fue al proyecto para asistir al personal con la encuesta. La tercera manera envolvió administradores de proyecto con experiencia, quienes condujeron encuestas sin asistencia directa en el lugar de representantes de CSSP o de la OVP en EE.UU. En este caso, el administrador experimentado del proyecto fue capaz de obtener apoyo y consejo de CSSP o de la oficina OVP en EE.UU. mediante comunicación telefónica. El cuarto método de asistencia para la encuesta fue a través de un taller regional de capacitación para encuesta, en donde CSSP entrenó miembros del personal del proyecto para conducir una encuesta, quizás algunos meses o un año más tarde.

Primer método: Capacitador para Encuesta de CSSP en el lugar

CSSP provee capacitadores para ir a la zona del proyecto, trabajar con el personal y capacitar miembros y colaboradores en la metodología para la encuesta Rápida CPC. Los proyectos que deseaban asistencia de CSSP en la encuesta realizaron sus solicitudes a través de las oficinas OVP en EE.UU. Antes de su llegada al país, el capacitador para la encuesta de CSSP trabaja durante dos a cuatro semanas en las oficinas de EE.UU.

preparando la encuesta con el coordinador local del proyecto a través del teléfono, fax, y por correo. El capacitador CSSP también se comunica con la persona encargada en la oficina de la OVP en EE.UU. Luego el capacitador para la encuesta de CSSP pasa aproximadamente dos semanas en el lugar del proyecto. El capacitador CSSP trabaja con la persona designada como coordinador para la encuesta para hacer los arreglos finales; capacitar supervisores para la encuesta y encuestadores; tabular y analizar los datos; y, ayudar al equipo de la encuesta a preparar el informe de los resultados.

Para estar capacitados como entrenadores para encuestas, los especialistas de CSSP asisten a un curso de Entrenamiento para Capacitadores en encuestas, de 80 horas, seguido por una experiencia en el campo de dos a tres semanas, durante las cuales cada capacitador para encuestas asiste a un proyecto para completar una encuesta Rápida CPC. El curso de capacitación para encuestas de 80 horas prepara al capacitador para su visita de asistencia en la encuesta.

En ocasiones CSSP ha trabajado con algún consultor regional que no ha asistido al curso de 80 horas pero que está calificado para colaborar con la OVP en el entrenamiento para la encuesta. Estos consultores regionales tienen una extensa experiencia en encuestas y han participado en una encuesta Rápida CPC que fue apoyada por un capacitador de CSSP que había completado el curso.

Entre agosto de 1991 y marzo de 1993, los capacitadores para encuestas de CSSP han trabajado con 31 proyectos ejecutando exitosamente 23 líneas de base y ocho encuestas finales. Bajo el proceso establecido por A.I.D. para la asistencia para encuestas, CSSP pagó el sueldo del capacitador o los honorarios del consultor regional. El proyecto OVP pagó el viaje del capacitador para encuestas y los gastos diarios, como la parte de su propiedad de la encuesta.

Método dos: Miembro del personal OVP de EE.UU. capacita personal del proyecto.

En Setiembre de 1992, CSSP condujo en Baltimore un curso de capacitación para la encuesta Rápida CPC, de 80 horas, en el que participó personal de ocho OVPs. Desde entonces, los capacitadores OVP calificados han ayudado a siete proyectos a conducir encuestas de línea de base y encuestas finales. Si este método de asistencia a los proyectos resulta útil, o no, en el largo plazo dependerá, sin embargo, del movimiento del personal de salud que trabaja en las oficinas OVP en EE.UU. La experiencia ha mostrado que cada año aproximadamente una tercera parte del personal OVP que apoya proyectos en Supervivencia Infantil renuncia o cambia de puesto.

Método tres: Solo información como apoyo

Unos pocos proyectos de Supervivencia Infantil tienen entre su personal epidemiólogos o profesionales en salud pública experimentados que trabajan como coordinadores de encuesta. Estas personas han conducido encuestas CPC de línea de base o de impacto final sin asistencia directa, en el lugar, de un capacitador para encuestas. Sin embargo, han estado en comunicación con las oficinas de CSSP sobre este asunto. Generalmente, el personal CSSP ha enviado al coordinador de la encuesta en el proyecto una copia del

cuestionario prototipo y un informe sobre la muestra de la encuesta, junto con toda la información sobre los antecedentes, solicitada por el proyecto. A su vez, el coordinador de la encuesta en el proyecto ha remitido a CSSP el borrador del cuestionario modificado que utilizará. Posteriormente, mediante comunicación telefónica o por fax se aclara cualquier procedimiento según la metodología estandarizada para la encuesta Rápida CPC. Este método de asistencia solo es posible si el coordinador de la encuesta en el proyecto es una persona con experiencia en la preparación, conducción, análisis y elaboración de informe de encuestas.

Método cuatro: Taller de capacitación para encuestas dirigido al personal de campo.

El último método de asistencia en encuesta para proyectos OVP ha sido el de talleres de capacitación para encuesta a nivel regional. A la fecha, este método solo ha sido ensayado en una región. En marzo de 1992, CARE y CSSP, conjuntamente, organizaron un Taller para Encuesta - Región Asia, al que asistió personal de 12 proyectos de siete OVPs. El propósito del taller fue preparar personal designado de los proyectos para organizar y conducir encuestas en sus propias áreas de servicio. Antes del taller, cinco participantes habían organizado y conducido una encuesta Rápida CPC (con la ayuda de un capacitador CPC). Su trabajo en el taller fue el de servir como personas-recurso para los participantes sin experiencia. Además de ayudar a otros participantes OVP en el taller a preparar una encuesta Rápida CPC, estas cinco personas-recurso también aprendieron más sobre la encuesta CPC, ya que asistieron cada día a las sesiones de capacitación.

Las habilidades específicas para la encuesta enseñadas en el taller incluyeron técnicas en el desarrollo de cuestionarios, muestreo, capacitación de supervisores y encuestadores, y control de calidad en la recolección de datos. El taller fue diferente del curso de capacitación de 80 horas en dos aspectos importantes. El tiempo total de capacitación fue 50 horas en lugar de 80, y el personal OVP no condujo realmente una encuesta sino que asistió a una prueba de campo para practicar a encuestar, con la ayuda de un miembro del personal de CARE como traductor.

La frecuencia y el diseño de talleres futuros dependerá de la experiencia en las encuestas que sigan al Taller Regional Asia. Dado que la capacitación fue menor que las 80 horas de entrenamiento, los organizadores del taller consideraron que los participantes OVP inexpertos podrían necesitar más asistencia después del taller. Sin embargo, se espera que todos los participantes en el taller puedan usar la capacitación.

CSSP ha enviado un cuestionario a los siete graduados del taller que previamente no tenían experiencia, para evaluar la utilidad del taller en la ejecución de encuestas. A la fecha, CSSP ha recibido seis respuestas. Cinco proyectos han desarrollado una encuesta, y uno no. Los proyectos que han completado encuestas informan que un graduado del taller la completó sin asistencia externa, dos proyectos solicitaron personal de OVP/ Oficinas Matrices y especialistas en encuestas locales como apoyo para la encuesta, y uno obtuvo el apoyo de una persona-recurso del taller que ayudó al graduado. Un graduado fue transladado y ya no trabaja en Supervivencia Infantil, por lo cual CSSP envió un capacitador para

encuestas a ese proyecto.

Todas las respuestas de evaluación recomiendan que los nuevos OVPs asistan a este tipo de talleres de entrenamiento para encuestas. Una persona respondió que "el taller provee habilidades y conocimiento para evaluar y modificar el trabajo realizado por la OVP... La metodología de la encuesta CPC es simple, clara y bien definida".

Nota del Editor:
Los lectores que deseen mayor información sobre el Taller para Encuestas —Región Asia pueden solicitar una copia del informe del taller a: Ms. Mary Beth Powers, Director, Primary Health Care Unit, CARE, 660 First Avenue, New York, New York 10016

Métodos utilizados por IEF/Malawi para comunicar los datos de servicios de salud a las mujeres de la comunidad.

Los programas de atención primaria de la salud en los países en desarrollo reconocen la importancia de utilizar los datos de salud para fortalecer el manejo de los programas. La mayoría de los profesionales de salud sabe que es importante, también, usar los datos para retroalimentar a las comunidades, aunque raramente lo hacen en la práctica. Esto es lamentable porque la retroalimentación de los datos sobre el estado de salud y de los servicios de salud puede ser una herramienta motivadora que anime a los miembros de la comunidad a participar en los proyectos de salud.

Las cifras de cobertura son indicadores útiles de la efectividad de las estrategias de los proyectos. Los miembros de las comunidades locales pueden beneficiarse aprendiendo sobre la efectividad y progreso de los proyectos. No entendemos, sin embargo, cómo comunicar de manera efectiva las cifras de cobertura a personas analfabetas o semi-alfabetas de culturas distintas. Cuál es la efectividad relativa de los diversos métodos de comunicación?

Los trabajadores de salud expresan las cifras de cobertura por medio de relaciones y proporciones, lo que sí pueden comprender los pobladores nativos. (Por ejemplo, 70 por ciento de los niños entre 12 y 23 meses han recibido la tercera dosis de DPT). Según la literatura educacional, uno aprende el razonamiento proporcional y el concepto de relación en su temprana infancia. (Preece, 1978; Noelting, 1980). (Por ejemplo, una madre le dice a su hijo: "Toma medio vaso de leche"). En general, se acepta que la adquisición posterior del alfabetismo ayuda a la comunicación de tales conceptos (Winch, 1983). (Por ejemplo, "Tomo el 50 por ciento de la leche del vaso"). Los educadores enfatizan que con material adecuado las personas pueden aprender y usar conceptos de fracciones y operaciones antes de aprender a leer y a escribir, y antes de los símbolos matemáticos (Ohlsson, 1986; Bennett, 1987; Lamon, 1990). Sin embargo, muchos de los materiales utilizados para enseñar relaciones y proporciones son gráficos o aritméticos más que manipulativos y, por tanto, inapropiados para poblaciones analfabetas o semi-alfabetas (de Levie, 1970; Scopes, 1976; Vincent, 1991).

Las mujeres de las poblaciones nativas emplean conceptos de

proporción directamente en transacciones de mercado formales e informales. El desafío para un administrador de programa es, entonces, identificar las estrategias apropiadas para la comunidad para la comunicación de los datos de cobertura, estrategias que tengan en cuenta el contexto cultural y capitalicen así la comprensión intuitiva de las proporciones que tienen las mujeres. Los programas que emplean estrategias de comunicación adecuadas a la comunidad ayudan a reforzar la responsabilidad y la participación de los pobladores en los logros del proyecto.

Propósito del estudio IEF/Malawi

El personal del proyecto Fundación Internacional de los Ojos (en inglés IEF) del Proyecto en Supervivencia Infantil en Malawi condujo un estudio para identificar la mejor estrategia para reportar datos de cobertura como un índice de la efectividad del proyecto. El proyecto IEF provee acciones en aspectos visuales, de nutrición en general y de vitamina A (incluyendo promoción de la lactancia materna, educación nutricional y distribución de cápsulas de vitamina A) en 45 poblaciones de los distritos de Chikwawa y Nsanje en el condado del valle bajo de Malawi. El área del proyecto es semi-árida, acosada por sequías frecuentes y en los últimos años ha sido sobrecargada por la gran afluencia de refugiados de la vecina Mozambique.

Si bien no se dispone de estadísticas recientes sobre el alfabetismo de las mujeres de Malawi es probable que las cifras para esta pobre área del país sean considerablemente más bajas que el 18 por ciento de promedio reportado a nivel nacional (UNICEF, 1991).

Tres métodos para comunicar proporciones

Primero, el personal del proyecto utilizó dos tipos de investigación cualitativa: grupos focales y entrevistas con informantes clave, para identificar las palabras y frases del lenguaje local que empleaban los pobladores de la comunidad para expresar el concepto de proporción. El personal observó y documentó las medidas usadas para las mercancías comunes en el mercado local. Luego estudió el contenido simbólico de los colores básicos para estar seguros de que el poblador promedio no se confundiría con las implicancias simbólicas de los colores elegidos para la elaboración de gráficos y afiches. Basados en los resultados de la investigación cualitativa, los intérpretes seleccionaron tres métodos alternativos para la presentación de los datos de cobertura: 1) un diagrama circular rotativo en dos colores; 2) un juego de palitos cortados en longitudes diversas y en relación a un palo estándar de longitud máxima (100 por ciento); 3) medidas de frejoles, con 10 paletas o medidas pequeñas que representan una medida completa (100 por ciento) de frejoles.

El diagrama circular rotativo de dos colores tiene dos círculos de cartón con hendeduras radiales que pueden rotar hasta que uno se sobreimpone en el otro. El diagrama circular muestra porcentajes con calibraciones que son visibles para el presentador. El diagrama está hecho de cartón verde y gris. El círculo verde representa la proporción o porcentaje de la población que ha recibido los servicios del proyecto mientras que la porción del círculo gris no cubierta por el verde indica la proporción de la población que no ha recibido aún los servicios del proyecto.

El método de la longitud de los

Tabla 5. Efectividad de los tres métodos para comunicar datos de cobertura

Método de presentación	Número de pruebas completadas	Número de respuestas correctas	Porcentaje de respuestas correstas
Diagrama circular	120	98	81.7%
Longitud de palitos	120	101	84.2%
Medida de frejoles	120	111	92.5%

palitos para comunicar proporciones utiliza un palo estándar de "longitud máxima" que representa el 100 por ciento, con palitos de menor longitud que representan proporciones más pequeñas. Los palitos pueden ser comparados con medidas usadas en la vida cotidiana, tales como usar el palo de longitud máxima para representar la altura esperada de los cultivos al momento de la cosecha, y palos de menor longitud representando cultivos de altitud menor que la deseada.

Las medidas de frejoles asemejan aquellas usadas en la venta de ese tipo de bienes secos en el mercado local. El presentador muestra primero la "medida total" de diez medidas menores; luego emplea un número menor de medidas para representar porcentajes menores al 100 por ciento.

IEF había seleccionado previamente 10 de las 45 poblaciones del proyecto para desarrollar la investigación cualitativa para afinar las estrategias de todo el proyecto. En el estudio participó un total de 120 mujeres. IEF seleccionó un promedio de 6 mujeres de cada una de las 10 comunidades, además de 60 mujeres que participaron en el estudio inicial de grupos focales de comunicación de métodos.

Uno de dos encuestadores entrevistó a cada mujer en forma privada para evitar sesgos en las respuestas. Los entrevistadores formularon las mismas seis preguntas a cada participante -dos preguntas por cada uno de los tres métodos empleados para comunicar datos de cobertura en porcentajes. Variaron el orden de las preguntas para cada mujer. Cada pregunta fue usada un total de 20 veces por cada método de comunicar la información.

El diseño de las preguntas requiere que el entrevistado interprete los datos de cobertura que se le presentan. (Por ejemplo, un entrevistador podía preguntar: "Si 30 por ciento de los niños en la población de Chapomoka (población participante) ha recibido dosis de vitamina A, y 70 por ciento de los niños de Malikopo han recibido vitamina A, qué población debe lograr una proporción mayor de sus niños para asegurar que el 80 por ciento de niños reciba vitamina A?"). El diseño de cada pregunta reflejó los objetivos del proyecto en cuanto a cobertura en todos los servicios provistos por el proyecto de Sobrevivencia Infantil IEF/ Malawi.

Resultados

Los resultados, presentados en la Tabla 5, muestran que los tres métodos tuvieron una efectividad mayor del 80 por ciento para comunicar datos de cobertura. Sobre todo, el "método de los frejoles" resultó ser el más efectivo, mejor que el método del diagrama

circular para presentar la información básica.

La efectividad del "método de los frejoles" resultó más significativa estadísticamente que el "método del diagrama circular" (p=002). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el "método del diagrama circular" y el "método de los palitos" para comunicar datos de cobertura.

Discusión

El estudio provee información que puede ayudar a los administradores de programas a escoger las vías para comunicar datos de salud a las comunidades en las que trabajan. El estudio presenta tres métodos para comunicar conceptos básicos de proporción y porcentajes. También muestra una metodología simple que identifica y valora la efectividad relativa de los métodos de presentación.

El estudio demuestra que la selección de los métodos sí altera la efectividad de la comunicación. Los pobladores entendieron mejor los métodos que se relacionaban con sus experiencias cotidianas que aquellos que utilizaban gráficos. Es alentador notar, sin embargo, que cada una de las estrategias probadas fue efectiva en producir una comprensión adecuada en las mujeres de la localidad que participaron en el estudio.

Las presentaciones de gráficos tienen la ventaja de ser menos dependientes de la explicación del presentador. Por ello, los métodos de presentación de gráficos pueden ser más adecuados para exhibiciones en centros de salud o comunidades. Los métodos que emplean objetos familiares relativos a la experiencia cotidiana deben reservarse para presentaciones interactivas en ambientes tales como reuniones comunales y sesiones de educación en salud. Las OVPs necesitan realizar investigaciones sobre la mejor manera de incrementar el potencial de comunicación de las representaciones gráficas generadas por computadoras, producidas fácilmente por muchos de los programas disponibles en la actualidad. Se debe realizar más investigación y desarrollar métodos efectivos de utlizar presentaciones de gráficos para dar retroalimentación periódica sobre los avances de los proyectos.

Contribuyeron Beth Rink y Sally Swan, voluntarias del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos asignados al Proyecto IEF, Vitamina A, en Malawi; y Sally R. Stansfield, consultora del proyecto. El estudio fue conducido por el proyecto IEF Supervivencia Infantil, financiado por la Oficina de Cooperación Privada y Voluntaria, la Oficina para Alimentación y Asistencia Humanitaria de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (A.I.D.). La asistencia técnica estuvo a cargo de The International Science and Technology Institute y la Community Sistems Foundation.

Nota del Editor.

Los lectores que deseen mayor información sobre este estudio pueden escribir a:

John Barrows, Public Health
Program Officer
International Eye Foundation
7801 Norfolk Avenue
Bethesda, MD 20814

References

Bennett, Albert B. *Fractions—concepts before symbols.* Guides (For Teachers), Educational Resources Information Center, 1987.

de Levie, R. *Ratio diagrams.* Journal

of Chemical Education. 1970; 47(3):187-192.

Lamon, Susan J. *Ratio and proportion: cognitive foundations in utilizing and norming.* Presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Boston, Massachusetts, April 16-20, 1990.

Noelting, Gerald. *The development of proportional reasoning and the ratio concept: Part II—problem structure at successive stages; problem-solving strategies and the mechanism of adaptive restructuring.* Educational Strategies in Mathematics. 1980;11:331-363.

Ohlsson, Stellan. *Sense and reference in the design of interactive illustrations for national numbers.* Pittsburgh University Learning Research and Development Center, National Institute of Education, 1986.

Preece, Peter F.W. *Associative structure and the schema of proportionality.* Journal of Research in Science Teaching. 1978;15(5):395-399.

Scopes, Peter G. *Two approaches to equivalence of fractions.* Mathematics Teaching, 1976;74:16-18.

United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children.* Oxford University Press for UNICEF: New York, 1991.

Vincent, Peter. *A fraction diagram investigation.* Mathematics in School. 1991;10(2):6-7.

Winch, C.A. *Education, literacy and the development of rationality.* Journal of Philosophy of Education. 1983;17(2):187-200

Oportunidad para la participación de las OVPs en la erradicación de la Dracunculiasis

La 44 Asamblea Mundial de Salud, en Mayo de 1991, declaró su compromiso con el objetivo de erradicar la dracunculiasis para el 31 de diciembre de 1995. El factor favorecedor de la erradicación es que el gusano de guinea solo se propaga en los humanos por beber agua infectada. La enfermedad no se transmite directamente de humano a humano. Una vez que se ha bebido agua infectada sigue la enfermedad, ya que los humanos no desarrollan inmunidad. Pueden ocurrir infecciones múltiples en una misma persona. No hay tratamiento efectivo.

Magnitud del problema

Se estima que la enfermedad del gusano de guinea afecta a unos tres millones de personas cada año en 17 países de Africa y en partes de India y Pakistán. Es difícil tener un estimado más preciso ya que el reporte de los casos de dracunculiasis ha sido frecuentemente episódico e incompleto. Algunas veces las encuestas epidemiológicas han descubierto muchos más casos que los que habían sido reportados previamente. (En Uganda, por ejemplo, se añadieron miles de casos luego de una encuesta epidemiológica en 1991).

Tabla 6. Casos reportados de Dracunculiasis en países con OVP Proyectos de Sobrevivencia Infantil, 1985-1991

País	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Burkina Faso	458	2,558	1,957	1,266	45,004	42,187	—
Cameroon	168	86	—	752	871	742	393
India	30,950	23,070	17,031	12,023	7,881	4,798	2,185
Kenya	—	—	—	—	5	6	—
Mali	4,072	5,640	435	564	1,111	884	13,793
Nigeria	5,234	2,821	216,484	653,492	640,008	394,082	281,937
Senegal	62	128	132	138	—	38	1,341
Uganda	4,070	—	—	1,960	1,309	4,704	120,259

La Tabla 6 muestra el número de casos de dracunculiasis durante el período 1985-1991, en países donde los proyectos OVP Supervivencia Infantil están operando. Se cree que en la mayoría de países el reporte de los casos está disminuyendo como resultado de intervenciones de control.

Grupos internacionales involucrados en la erradicación

Las iniciativas globales para erradicar la dracunculiasis recibieron un gran empuje de las resoluciones adoptadas por el Comité Directivo de la Década Internacional para el Suministro de Agua Potable y Salubridad (1981-1990). Los esfuerzos comunes involucran actualmente muchas agencias y organizaciones internacionales, incluyendo la OMS, el proyecto Global 2000 de la Universidad Emory, Carter Center, Inc., UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, A.I.D., y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC).

En 1989, por ejemplo, el Cuerpo de Paz recibió una subvención por tres años de A.I.D. - Oficina de Africa, para proveer asistencia técnica, financiera y recursos materiales para, con su personal y personal voluntario, dar inicio a un programa de erradicación del gusano de guinea en los países que contaban con programas del Cuerpo de Paz. Actualmente hay aproximadamente 100 voluntarios del Cuerpo de Paz trabajando en la erradicación del gusano de guinea a nivel primario, secundario y subsiguientes. El programa del Cuerpo de Paz está diseñado para apoyar los esfuerzos nacionales de erradicación de la dracunculiasis.

Interrumpiendo la transmisión

Para lograr el objetivo de interrumpir la transmisión y reportar cero casos es importante entender el mecanismo de transmisión. Tan pronto como el agua se pone en contacto con el gusano o ampolla, el gusano arroja miles de sus larvas en el agua, en un período de dos a tres semanas. Una vez en el agua, crustacean cocepods

minúsculos ingieren la larva. En cerca de dos semanas las larvas ingeridas desarrollan hacia la etapa infecciosa y permanecen infecciosas en los cocepods por más de un mes.

La gente ingiere los cocepods infectados al beber agua. Las larvas son liberadas en el estómago, migran a través de las vísceras y maduran. Después del acoplamiento, la hembra migra hacia los tejidos subcutáneos. El período de incubación es de aproximadamente 12 meses.

Con este patrón de transmisión es claro que el principal requisito para la erradicación es la provisión de agua potable segura. Básicamente, hay tres medidas para mejorar el suministro de agua:

- Filtrar toda agua peligrosa
- Impedir que las personas infectadas con el gusano de guinea beban agua
- Instalar fuentes de agua potable en las poblaciones infectadas

El agua contaminada con el gusano de guinea puede beberse después de haber sido filtrada a través de una tela de tejido tupido. DuPont ha donado a los programas nacionales de erradicación un millón de metros cuadrados de una tela sintética especial para filtrar el agua más rápidamente. Como una alternativa se puede emplear tela de algodón, que ha sido ampliamente probada en Ghana por el CDC y que está disponible en la mayoría de los mercados africanos a bajo costo.

Estrategia de Erradicación

Para alcanzar el objetivo de erradicar la enfermedad del gusano de guinea hacia diciembre de 1995 la Asamblea Mundial de Salud aprobó la siguiente estrategia de conjunto: educación en salud y movilización de la comunidad, provisión de agua potable, control químico de los cocepods y vigilancia a cargo de la comunidad. Los esfuerzos de erradicación en las áreas endémicas requieren:

- Establecer una oficina de programa nacional;
- Dirigir encuestas de línea de base para identificar las poblaciones afectadas y el número de casos;
- Realizar el control químico de los cocepods y proveer agua potable;
- Intensificar la vigilancia a cargo de la comunidad para detectar y contener rápidamente los casos y, así, prevenir la contaminación del agua y la transmisión de la enfermedad.

La educación en salud y los programas de comunicación son necesarios para (1) educar y capacitar a los individuos y a las familias en las áreas afectadas, y (2) incrementar el conocimiento y movilizar a las comunidades para mejorar el planeamiento y la administración de las actividades para la erradicación del gusano de guinea.

La vigilancia a cargo de la comunidad es una estrategia que funcionó muy bien durante la campaña de erradicación de la viruela. Requiere que alguna persona o una persona en cada población sea responsable de identificar y reportar los casos de dracunculiasis a la oficina distrital. La oficina distrital transmite el reporte al centro regional o nacional. La información obtenida ayuda a la oficina central a otorgar prioridades y a concentrar las medidas de control en las áreas en que la enfermedad es mayor. Se debe prestar mucha atención en identificar cada caso, reportando los casos rápidamente a

las autoridades y adoptando medidas inmediatas para contener la transmisión de la enfermedad.

Rol de las OVPs en los esfuerzos globales de erradicación

Las OVPs pueden ayudar a los Estados miembros en el desarrollo, ejecución y vigilancia de programas para el control de la enfermedad del gusano de guinea a nivel local. Las OVPs conocen sus comunidades y los problemas de salud que enfrentan las familias. Pueden ofrecer programas nacionales con información sobre la forma en que la enfermedad se presenta en cada estación y la epidemiología de la enfermedad en sus áreas de servicio.

Al iniciar las actividades de Supervivencia Infantil en una nueva área de servicio, un proyecto OVP debe determinar qué comunidades tienen el mayor número de casos de la enfermedad del gusano de guinea, ya que el agua será allí la más insegura y las poblaciones las que más carecen de infraestructura. La OVP puede añadir un componente de prevención del gusano de guinea a las actividades de agua, educación en salud y horticultura existentes.

La población en riesgo debe ser advertida de filtrar el agua para beber. Las OVPs, además, pueden contactar al administrador del programa nacional del gusano de guinea en el Ministerio de Salud para información sobre la adquisición de tela donada o sobre el mercado más cercano de tela de algodón para filtrar agua.

Juntos, las OVPs y los líderes comunales pueden movilizar a las comunidades para trabajar con los servicios locales de salud y tomar medidas en contra de la enfermedad del gusano de guinea. Por ejemplo, tratar el agua con temephos (Abate), donde sea posible, puede ser una intervención significativa contra el gusano de guinea, especialmente durante la estación de lluvias.

Las OVPs pueden, también, adoptar un rol más fuerte en asistir a las comunidades para la obtención de reportes iniciales sobre la enfermedad del gusano de guinea. El desafío para las OVPs es desarrollar una vigilancia a cargo de la comunidad que sea sostenida. Una OVP puede capacitar pobladores de las comunidades donde la enfermedad es endémica para reportar los casos de la enfermedad del gusano de guinea mensualmente, en lugar de hacerlo una vez al año.

Básicamente no hay obstáculos técnicos considerables para alcanzar la erradicación de la dracunculiasis. Es solo un asunto de conocimiento y compromiso para una acción efectiva. Estando abiertos a las oportunidades, las OVPs pueden ser capaces de generar ideas nuevas para acciones comunitarias contra la enfermedad del gusano de guinea.

Nota del Editor

Las OVPs interesadas pueden obtener mayor información sobre los esfuerzos de erradicación en el Guinea Worm Wrap-up Memorandum, publicado por: WHO Collaborating Center for Research, Training, and Eradication of Dracunculiasis CDC/IHPO, F-03 1600 Clifton, NE, Atlanta, GA 30333, U.S.A. Fax: (404) 639-0277

References

1. CDC Update: Dracunculiasis Eradication - Worldwide, 1989. MMWR 1990:38.

2. Newberry, D. et al. Assessment of Local Cotton Cloth as a Filtering Material Against Cyclops and Larvae Forms of Dracunculiasis Mendinensis. Ghana Research

Journal 1989.

3. CDC Update: Dracunculiasis Eradication - Ghana and Nigeria, 1990. MMWR 1991:40.

4. WHO: World Health Assembly. 1991(44).

5. Development Projects and the Eradication of Guinea Worm. Health and Development International, Fagerstrand, Norway. 1992.

6. WHO: The Weekly Epidemiological Record. 1992(17)

Este Reporte Técnico es preparado y distribuído trimestralmente por la OVP Programa de Apoyo para Supervivencia Infantil, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, bajo el Acuerdo de Cooperación # PDC-0526-A 00-6186-00 con la Private and Voluntary Cooperation, Bureau for Food and Humanitarian Assistance, United States Agency for International Development. Los editores recibirán la correspondencia al PVO Child Survival Technical Report, Institute for International Programs, 103, East Mount Royal Avenue, Baltimore, MD 21202, USA. Los editores invitados para el Vol.III, No.3 son Laura Hoemeke, MPH y William Weiss, MA.

El Reporte Técnico se distribuye gratuitamente a los proyectos de Supervivencia Infantil de las oficinas centrales y de campo y al personal y contratistas de U.S.A.I.D. Health and Child Survival. Para otros individuos y grupos el costo de suscripción es de US$6.25 por año o $1.40 por volumen.

92