

Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales - ADRA

Proyecto Supervivencia Infantil Nueva Segovia - Nicaragua



*Evaluación de fin de término del Proyecto de Supervivencia Infantil . Nueve municipios de Nueva Segovia y dos de Estelí.  
Diciembre 2000*

Elaborado para ADRA por: Dra. Martha A. González Moncada

Managua, Marzo de 2001  
Acualizado Diciembre 2001

# Contenido

	Página
Agradecimientos	<i>i</i>
Resumen	<i>ii</i>
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	5
IV. Metodología	6
V. Resultados	9
VI. Discusión	29
VII. Análisis gerencial del proyecto	43
VIII. Conclusiones	62
IX. Recomendaciones	64
X. Bibliografía	66
XI. Anexos	68
11.1	Mapa de Nueva Segovia y Estelí
	Listado de comunidades para la encuesta comunitaria y entrevistas a brigadistas
	Listado de municipio en donde se entrevistó a informantes claves.
11.2	Cuestionario para entrevista a madres de niños menores de 2 años
11.3	Listado de brigadistas por comunidad
11.4	Cuestionario a brigadistas
11.5	Guía de grupos focales a promotores
11.6	Preguntas guías a entrevistas informantes claves (Líderes religiosos, Alcaldía, MINSA)
11.7	Guía de discusión con trabajadores de salud y coordinadores de campo. Técnica de Brainstorming
11.8	Tablas de resultados de encuesta CAP a madres
11.9	Tablas de resultados de entrevistas a brigadistas
11.10	Informe de grupos focales con promotores
11.11	Informe de Brainstorming, análisis de problemas, con trabajadores de salud y coordinadores de campo
11.12	Informe de entrevistas cualitativas a profundidad con Líderes religiosos, Alcaldes, Directores municipales y SILAIS MINSA

## *Agradecimientos*

De manera especial quiero agradecer a todo el personal de ADRA, sin el apoyo y contribución de cada una de estos no hubiera sido posible efectuar esta evaluación, quienes en todo momento demostraron al equipo evaluador fraternidad y compañerismo.

A los trabajadores de salud y coordinadores de campo por la responsabilidad en el análisis de la situación del proyecto y su acompañamiento en la identificación de brigadistas, selección de entrevistadores e identificación de rutas de acceso.

A los promotores de salud de las comunidades de Municipios de Nueva Segovia , Pueblo Nuevo y San Juan de Limay que con tanto entusiasmo participaron en los grupos focales, dando muestras de colaboración, transmitiendo el bello mensaje de su eterna labor como es "ser promotores de sus comunidades".

A los brigadistas que voluntariamente trabajan por el desarrollo de sus comunidades, tratando que la promoción de la salud, mejore las condiciones de vida de la población. Ellos aceptaron gustosamente ser entrevistados y acompañar a los entrevistadores y supervisores en la localización de madres con niñas (os) menores de dos años.

A la gerente del proyecto en Ocotál, a Agencia Adventista de Desarrollo Recursos Asistenciales (ADRA) Central representado por el Ing. Isidro Rodríguez por darme la oportunidad de aportar a la salud infantil y materna con esta evaluación.

**Dra. Martha A. González Moncada**

## Resumen ejecutivo

El Ministerio de Salud de Nicaragua, a través de sus Políticas Nacionales de Salud 1997-2002<sup>1</sup> ha expresado la participación comunitaria como una estrategia para generar salud a la niñez y a la mujer, haciendo énfasis en la atención de su salud, en la etapa reproductiva, y atención al niño en su desarrollo hasta los cinco años de edad.

La comunidad internacional, los organismos no gubernamentales e instituciones relacionadas con la salud de la madre y el niño y el mejoramiento de las condiciones de vida de éstos, han retomado estas políticas y establecido prioridades para la formulación y ejecución de proyectos.

La Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales de Nicaragua (ADRA) viene colaborando en la solución de diferentes necesidades sociales de la población de la región norte de Nicaragua desde 1990. Específicamente el proyecto de supervivencia infantil implementado por ADRA, viene a representar una segunda fase de acciones realizadas en los departamentos desde 1997. En proyecto tiene una cobertura de 278 comunidades en nueve municipios del departamento de Nueva Segovia y dos en Estelí.

El proyecto recibe el apoyo financiero de AID - Washington y es dirigido a los grupos metas de la mujer en edad fértil y los menores de 6 años.

Entre las acciones de promoción de la salud con intervenciones específicas están la seguridad alimentaria - nutrición, inmunización, enfermedades diarreicas agudas y respiratorias agudas. Fortalecen en el proyecto la capacidad de los brigadistas para el trabajo comunitario y de los promotores como líderes de dichas comunidades.

Como viabilizadores del proyecto se necesitó de políticas específicas para este grupo, de la disposición de las instituciones relacionadas y del establecimiento razonable de prioridades.

El proyecto realizó un estudio de línea basal en 1997 y fue evaluado a mitad de término entre el 11 de octubre y 3 de noviembre de 1999 (Guillermo González, consultor) y en noviembre del 2000 son ofertados términos referenciales para la evaluación de fin de término del proyecto, cuya recolección de datos se realizó en diciembre de 2000 (Martha González, Consultora).

El informe ejecutivo presenta un resumen la metodología, resultados, conclusiones, recomendaciones producto de la evaluación de fin de término del proyecto.

### ***Objetivos de la evaluación***

Los objetivos de la evaluación fueron:

- Identificar la mejora en conocimientos, actitudes y prácticas saludables que tienen madres de menores de 2 años en torno a la salud del niño y de las mujeres mismas.
- Valorar el nivel de desarrollo alcanzado por los promotores en el marco del proyecto de Supervivencia Infantil.
- Analizar las capacidades comunitarias desarrolladas por promotores y brigadistas para el sostenimiento del proyecto.
- Conocer los alcances en promoción de la salud de los brigadistas en la comunidad.
- Conocer la percepción de los principales informantes claves de los municipios en torno a trabajo desarrollado por ADRA por las comunidades.

---

<sup>1</sup> República de Nicaragua. Política Nacional de Salud 1997-2002. Managua, Nicaragua. MINSA, 1997

- Identificar las lecciones aprendidas en todos los niveles e involucrados en el proyecto.

### ***Diseño metodológico de la evaluación***

De un total 278 comunidades de intervención de ADRA, 33 comunidades o conglomerados fueron seleccionadas mediante el método de números aleatorios (EpiInfo), las cuales correspondieron en ubicación geográfica a seis municipios de Nueva Segovia y dos de Estelí.

Esta selección de comunidades fue útil para realizar una encuesta en hogares en donde la fuente de información estuvo representada por las mujeres en edad reproductiva con niños en edades menores de 2 años, realizándose 322 entrevistas.

Como resultado se obtuvieron aleatoriamente, 4 comunidades de San Juan de Limay, 6 de Pueblo Nuevo, 2 de San Fernando, 4 de Santa María, 5 de Murra, 6 de Quilalí, 4 de Jícaro y 2 de Mozote.

En dichas comunidades se entrevistó a 77 brigadista por medio de un instrumento utilizado en 1999 y que fue actualizado y agregado preguntas para ser aplicado en diciembre de 2000.

Un equipo de entrevistadoras (es) fue seleccionado en tres etapas y capacitados en un taller siendo apoyados por dos supervisoras permanentemente y con recursos de ADRA Ocotal y de los brigadistas posterior a su entrevista, para apoyar la localización de las madres.

La consultora estuvo presente en todo el período de colecta de datos, supervisando y coordinando el trabajo de campo, revisando la calidad de los cuestionarios, la base de datos, el procesamiento, análisis hasta su integración en este informe.

Treinta y dos promotores participaron en cuatro grupos focales los cuales se realizaron reuniendo a los promotores (as) de Pueblo Nuevo y Limay; otro de Macuelizo, Sta María, Dipilto y San Fernando (realizado en Octotal) y dos con promotores de Jícaro, Murra y Quilalí. Dos especialistas desarrollaron los grupos focales y sus resultados, el análisis fue integrado a este informe.

Los tres actores sociales más importantes relacionados con la sostenibilidad del proyecto son el Ministerio de Salud (Director), Alcaldía (Alcalde saliente o responsable de proyectos) y la Iglesia (católica y evangélica), los cuales fueron entrevistados con una guía de preguntas abiertas a profundidad. Estas actividades fueron realizadas por la consultora en su recolección, procesamiento y análisis.

Con los trabajadores (as) de salud de ADRA y coordinadores (as) de campo se realizó una sesión abierta de análisis, usándose la técnica de Brainstorming cuyos datos cualitativos dieron como resultados la construcción de una matriz FODA. Esta sesión fue guiada, procesada y analizada por la consultora.

Los cuestionarios de Brigadistas y madres de menores de 2 años fueron procesadas en EPI-INFO, estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrado) son utilizadas para algunos cruces de variables buscando asociaciones y diferencias significativas entre la línea basal y la evaluación de fin de término. Las entrevistas a informantes claves fueron categorizadas posterior a la revisión y procesamiento, con un análisis más descriptivo.

Los grupos focales tienen un tratamiento de tres etapas, de transcripción de opiniones, de formar matrices conforme a grupos de respuestas en cada comunidad, haciéndose una análisis global de los grupos focales para identificar la similitud o divergencia de las respuestas entre los promotores de las comunidades y origen.

La actividad de análisis del proyecto realizada con trabajadores de ADRA y coordinadores aportó datos cualitativos que son analizados desde el punto de la descripción y representación más que desde las estadísticas.

## **Resultados relevantes de la evaluación**

### ➤ Conocimientos y prácticas de las madres con niños menores de dos años

- ☞ **Madres**, promedio 25.5 años, 25.1% en dades de riesgo 2000 (18.9% en 1997) p:0.005 Niños menores de 12 meses han aumentado 47.8% en 2000 ( 41.6% en 1997). Madres analfabetas han disminuido 25.8% en 2000 (37.1% en 1997) p:0.001 Madres refieren menor contacto con ADRA 84.8% en 2000 (88.3% en 1997).
- ☞ Madres conocen más señales de peligro 89.5% en 2000 (76.7% en 1997) p:0.001
- ☞ Leve aumento de práctica amamantamiento 83.2% en 2000 (81.7% en 1997)
- ☞ No cambios es inicio adecuado del amamantamiento 80.1% en 2000 (80.6% en 1997)
- ☞ Incremento importante conocimiento del período de lactancia materna exclusiva 71.3% en 2000 (40.4% en 1997) p: 0.000
- ☞ Incremento importante en conocimiento del inicio de la ablactación 71.3% en 2000 (40.4% en 1997) p:0.000
- ☞ No impacto en conocimientos de alimentos que tienen Vitamina A 73.9% en 2000 (74.3% en 1997)
- ☞ Buena cobertura de niños con tarjeta 93.8% en 2000 (89.8% en 1997)
- ☞ Leve aumento en aumento práctica de pesaje en últimos 3 meses 86.3% en 2000 (82.3% en 1997)
- ☞ Disminución conocimiento de la madre de la importancia del pesaje 91.6% en 2000 (97.9% en 1997) p:0.000
- ☞ Disminución importante prevalencia lápsica de diarrea 17.4% en 2000 (35.3% en 1997) p:0.000
- ☞ Leve aumento práctica lactancia al niño con diarrea 91.6% en 2000 (88% en 1997)
- ☞ No impactos en dar líquidos 69.7% en 2000 (83.6% en 1997) y alimentación del niño con diarrea 51.3% en 2000 (60% en 1997) p.0.000, 0.0025
- ☞ No cambios en prácticas de la madre en uso de sales 46.4% en 2000 (55.1% en 1997) y uso de otros sueros 63.2% en 2000 (65.3% en 1997) p:0.025 0.023
- ☞ Madres aumentaron el uso de antibióticos 75% en 2000 (67.9% en 1997) p:0.041
- ☞ Madres solicitaron menos ayuda institucional cuando niño estaba con diarrea 44.7% en 2000 (45% en 1997) así como ayuda a voluntario 34.2% en 2000 (56% en 1997) p:0.000
- ☞ Disminución de conocimientos de la madre alimentar al niño después de la diarrea 47.2% en 2000 (66.8% en 1997) p:0.000
- ☞ Cambio positivo con disminución de la prevalencia de IRA en relación a 1997 58.3% en 2000 (72.8% en 1997) pero aumentó con relación a 1999 (62.6%) p:
- ☞ Disminuye acto de buscar dificultar respiratoria en el niño 57.8% en 2000 (66.7% en 1997) p:0.017
- ☞ Aumento no importante en buscar ayuda para niño con IRA 78.1% en 2000 (76.5% en 1997)
- ☞ Disminuye la búsqueda al voluntario para atender niño con IRA 7.5% en 2000 (25% en 1997) p:0.000
- ☞ Exceptuando el aumento en la cobertura de niños vacunados 97% y de niños con tarjeta 94%, todos los conocimientos de la madre en cuanto a la edad de vacunación y las dosis son bajos, así como la cobertura universal cercana al 80%.
- ☞ Aumento en conocimiento de madres, acerca de número de controles (cuatro) 70% en 2000 (64.2% en 1997; El parto institucional aumentó al 52% en 2000 (49.4% en 1997); Aumento de la cobertura actual de planificación con método 42.2% (38.8% en 1997).

☞ Deterioro en la práctica de período gestacional del primer control, tenencia de carnet del último embarazo, registro en carnet de dos TT, asistencia institucional del puerperio, aumento del embarazo actual, aumento del deseo de tener hijo en próximos dos años.

➤ **Conocimientos y prácticas de brigadistas de salud**

☞ Aumento de brigadistas analfabetos 3.3% en 2000 (1.1 % en 1999)

☞ Disminuyen las charlas como actividad principal 66.2% en 2000 (76.1 % en 1999)

☞ Disminución de remisión de información a personal de salud 61% en 2000 (78.4% en 1999)

☞ No hay aumentos importantes en los conocimientos de lactancia, a pesar que fue la capacitación que más recibieron. Hay aumento de conocimiento de alimentos ricos en Vitamina A 71.4% en 2000 (62.5% en 1999). No impacto en conocimiento de la importancia del yodo en sal de comer, no conocen la edad de 1ra dosis de Vitamina A, no aumento en razón de porque pesar al niño.

☞ No hay impacto en aumento de conocimientos de los brigadistas del uso de lactancia materna y otros líquidos en diarrea.

☞ Leve aumento en uso de sueros caseros para tratar diarrea 5.5% en 2000 (3% en 1999).

☞ Disminución en la atención de casos graves de EDA 5.6% en 2000 (18.2% en 1999)  
p.0.000

☞ Disminución en haber tratado casos de diarrea 23.4% en 2000 (37.5% en 1999)  
p:0.05

☞ Aumento en el conocimiento de señales de peligro IRA 96.1% en 2000 (93.2% en 1999)

☞ No cambios importante en la atención de casos graves de IRA 22.1% en 2000 (21.6% en 1999)

☞ Incremento importante en la referencia de casos graves de IRA 94.1% en 2000 (73.7% en 1999)

☞ Disminución de conocimiento de los brigadistas sobre la edad de vacunación, protección de las vacunas y dosis de TT en embarazada.

☞ Impacto negativo en conocimiento de CPN, edades de riesgo para embarazo y en cambio en la política de recomendación de método de anticoncepción de gestágenos orales 58% en 1999 a Inyecciones en 54.5%

☞ Se observa un mantenimiento en el conocimiento de los recursos existentes en la comunidad para la gestión comunitaria.

☞ En los comités de salud se programa con más frecuencia las charlas 44.9% en 2000 (22.4% en 1999)

☞ ADRA ha aumentado su participación en Comité de desarrollo 49.2% en 2000

☞ Disminución importante de la presencia del brigadista en la casa base 87.7% en 2000 (98.7% en 1999) y un aumento de la presencia de brigadistas en puestos de planificación 54.5% en 2000 (48.9% en 1999).

☞ Se registra un aumento de maestros trabajando para la comunidad, disminución de comunidades con comedores y no hay incremento importante en un año de comunidades con huertos.

➤ **Percepción de promotores de salud**

☞ Experiencias ganadas en liderazgo, conocimientos, técnicas de comunicación, formas de coordinación guiados por ADRA.

- ☞ La mayor experiencia con el proyecto es haberse ganado el respeto de la comunidad.
- ☞ Se autoperciben como guías de la comunidad, provienen y pertenecen a la comunidad. Autoestima fortalecida. Muestran satisfacción y orgullo de su papel como promotores.
- ☞ Temen por la situación de pobreza, hambre, desempleo, sequía, migración y desastres en las comunidades.
- ☞ No les alarma que el proyecto de supervivencia se retire, ADRA continúa, u otros proyectos o instituciones como el MINSA seguirán con ellos, pues como "promotores" seguirán existiendo en las comunidades.
- ☞ No manejan el concepto de seguridad alimentaria ni sus componentes, aunque establecen la relación con salud.

➤ Análisis de proyecto por trabajadores de salud y coordinadores de campo de ADRA

- ☞ Fortalezas: confianza, motivación de ellos y de la organización; las herramientas técnicas y de trabajo que han recibido; el AEPI como una de los principales ejes del proyecto.
- ☞ Debilidades: dificultades de movilización, cambios en los registros del proyecto, falta de homogeneidad en las capacitaciones, desconocimiento e incordinación con otros proyectos de ADRA.
- ☞ Oportunidades: comunidades organizadas con comités de salud y desarrollo, autogestión. Brigadistas y promotores vistos como líderes en las comunidades.
- ☞ Amenazas: la falta de coordinación del proyecto y ADRA con Alcaldía y MINSA. Ausencia de un modelo integral en salud con MINSA y de desarrollo Alcaldía y otros entres sociales.

➤ Informantes claves : Iglesia, Alcaldía, Ministerio de Salud

- ☞ **Iglesias** que existen en la zona son la católica, bautista y pentecostal. La iglesia no conoce mucho del proyecto y el 67% no se relaciona en forma alguna con ADRA.. Reconoce 89% la contribución social positiva de ADRA.
- ☞ Iglesia, lo que más conoce es que ADRA ayuda a salud de la madre y el niño 78%, da alimento por trabajo 67% y otras asistencias sociales 44%.
- ☞ Iglesia, desea tener más contacto con ADRA. Recomiendan revisar el proyecto pues antes la coordinación era mejor; consultar y desarrollar los proyectos con las comunidades e instituciones activamente; aumentar el número de promotores y extender a las zonas pobres alimento y cabeceras municipales.
- ☞ **Alcaldía**, entrevistados 7 en los municipios de Nueva Segovia y 2 de Estelí. Percepción positiva de ADRA. Trabaja principalmente construyendo letrinas, caminos, alimento por trabajo, pozos y salud madre y niño. No conocen bien el proyecto de salud.
- ☞ Alcaldía, en las comunidades trabajan con excelente relación alcalditos, brigadistas y promotores, no así en cabecera municipal con trabajadores y coordinadores. ADRA trabajó muy coordinado con las instituciones para el Mich y posterior a él.
- ☞ Alcaldía, se relacionan solo para firmarles proyectos, darles avales (100%) o información, pocas veces en reuniones. Recomiendan que ADRA mejore la coordinación con el MINSA y Alcaldía, están anuentes a seguir claborando con lo que se solicite y esté en manos de la Alcaldía. La Alcaldía manejarían mejor el alimento por trabajo.
- ☞ **MINSA**, 14 directores municipales de salud, 2 SILAIS. Existe una percepción positiva del trabajo de ADRA, les facilita e trabajo comunitario y la cobertura donde el MINSA tiene limitaciones; apoyan al MINSA al capacitar a brigadistas y

con promoción de la salud de la madre y niño, así como atención. ADRA ha contenido el hambre.

- ☞ MINSA, ADRA ha fomentado el autocuidado y ha mejorado el nivel de conocimientos de las madres y agentes comunitarios, pero no hay cambios en los indicadores de daño. Hay cambios positivos en nivel de conocimientos, captaciones tempranas, coberturas de atención, referencias y contrareferencia, actitudes positivas y organización comunitaria.
- ☞ MINSA, reconoce la capacidad de liderazgo de promotores y brigadistas, hay que mejorar su nivel educativo y seguir capacitándolos. No creen conveniente el retiro de ADRA en salud, es más habría que extenderlo a toda Nueva Segovia y mejorar la relación institucional.
- ☞ MINSA, Lección Aprendida más importante son los Comités de Salud, que hay que extenderlos a TODAS las comunidades para garantizar el traspaso de funciones al MINSA. En las comunidades MINSA y promotores - brigadistas tienen una excelente relación de trabajo y respeto.
- ☞ MINSA, recomienda la integración de los datos comunitarios con el MINSA y trabajar en metas conjuntas, recuperar la coordinación, planificación y evaluación conjunta. No se sienten ser reconocidos como aliados, ni considerarlos como parte de la estrategia de AEIPI comunitario. ADRA debe modificar o complementar su estrategia de seguridad alimentaria.

### ***Conclusiones y recomendaciones de la evaluación de fin de término***

- ☞ ADRA es reconocido por todos los actores sociales como un organismos que ha venido a mejorar las condiciones de vida de los pobladores, pero se desconoce la amplitud y diversidad de sus proyectos.
- ☞ Todos los informantes claves reclaman conocer más sobre todos los proyectos de ADRA en las comunidades, y participar en las etapas de diseño, ejecución y evaluación.
- ☞ ADRA debe revisar las acciones que se vienen apoyando en las comunidades en relación a la prevención del embarazo en edades de riesgo, ya que existe un aumento de embarazadas encontradas con menos de 18 años. El trabajo en este grupo debe incluir intervenciones desde las escuelas y educación secundaria, así como promocionar la transmisión de valores educativos por los padres a sus hijas e hijos.
- ☞ Ante la necesidad de que las madres salgan a trabajar, en actividades agrícolas o domésticas, se incrementa el cuidado de los niños (as) menores por el cónyuge o hermanos. Se recomienda ampliar el grupo beneficiario de conocimiento del cuidado específico de los niños (as).
- ☞ El proyecto de supervivencia infantil en Nueva Segovia y dos municipios de Estelí, presenta impactos importantes en la promoción de la salud del niño la madre, pero con algunas limitaciones en cuanto a conocimientos y prácticas del autocuidado de la mujer durante el embarazo y el puerperio, así como en las vacunas y edad para del menor de 2 años y embarazada, alimentación del niño con diarrea y uso de antibióticos en IRA.
- ☞ Las coberturas de inmunizaciones son buenas, pero la cobertura universal no fue modificada, teniendo en cuenta los problemas de registro al introducir dos nuevas vacunas al esquema en sustitución de otras, lo que ocasionó en todo el país alteraciones de los indicadores.
- ☞ En las zonas donde el proyecto se ha implementado, ha disminuido la prevalencia de las diarreas e infecciones respiratorias agudas.

- ✦ El nivel educativo de los brigadistas todavía es bajo. ADRA podría apoyar como incentivo el mejoramiento al acceso educativo y materiales escolares a los brigadistas y promotores.
- ✦ Los conocimientos de los brigadistas sobre lactancia y nutrición son adecuados, no así sobre la edades de administración de la vitamina A y en el manejo de los esquemas de vacunación siendo una limitante para la correcta transmisión de consejos a la madres e indicaciones de faltas de vacunas. Hay que insistir en los temas de enfermedades prevenibles por vacuna, teniendo en cuenta la aparición de la polio en el caribe (República Dominicana) y brotes reemergentes de sarampión.
- ✦ Se registran menos atenciones de EDAs graves, una mejor atención de las IRAs por los brigadistas, con conductas adecuadas de derivación de los casos graves. Sin embargo vale la pena capacitar a los brigadistas y promotores mas allá de la teoría, con búsqueda de casos en la comunidad que podrían servir como ejemplo para práctica de los conocimientos que se van adquiriendo.
- ✦ A nivel comunitario, se dan muy buenas relaciones del MINSa, alcalditos y brigadistas – promotores. Son reconocidos como líderes los promotores, pero los brigadistas en sí tienen menores niveles de conocimientos y prácticas correctas en salud que los que se captaron al inicio del proyecto.
- ✦ Tanto en promotore, brigadista y en madres, seguir fortaleciendo acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva y de sus ventajas, indicador que no ha podido ser modificado a pesar de ser un contenido educativo prioritario. Una investigación más profunda usando método de estudio de casos con enfoque cualitativo ayudaría a explicar mejor las razones que impiden la exclusividad de la lactancia.
- ✦ Tanto el Ministerio de Salud, como los brigadistas y promotores de la comunidad, deben hacer esfuerzos por mejorar el registro de las tarjetas, sobretodo en lo referente a vacunas, peso, talla y vitamina A. Se debe integrar el sistema de información.
- ✦ Por omisión de llenado de las fichas de una encuestadora dos preguntas registran una disminución de los comités de salud por los brigadistas, así como la participación de los maestros y aumento de comunidades con comedores infantiles. ADRA podría revisar sus planes de cobertura, ya que la iniciativa de los Comité de salud, ha sido identificada por los actores claves como la *más importante contribución de este organismo* y que ha servido para viabilizar muchas acciones comunitarias.
- ✦ Los huertos han sido recomendados como una intervención más sostenible que el brindar alimento, o pueden ser complementarias. Se ha dado con frecuencia la duplicidad en la entrega de alimento, la Alcaldía ofrece llevar un mejor registro de los mismos. El alimento dado por el trabajo en la extensión de caminos hay que acercarlo a áreas de extrema pobreza. Trabajar en las prácticas de alimentación de acuerdo a la provisión local, disponibilidad y accesibilidad.
- ✦ El proyecto de salud, es más conocido por el MINSa, pero no mucho por los alcaldes y líderes religiosos, importantes facilitadores para el logro de metas comunes, teniendo en cuenta la diversificación que el proyecto de salud ha tenido y de la influencia de la iglesia en las comunidades.
- ✦ ADRA debe modificar su tácticas operacionales en la implantación de los proyectos, específicamente en salud, hay una percepción de que años atrás las relaciones eran mejores y deben trabajar como aliados.

- ☞ La percepción en general, es que ADRA no se retire del territorio en salud, pues el traspaso de funciones no se ha garantizado, ni podrá realizarse si no garantiza un apoyo institucional para el seguimiento efectivo de la red, tal como proponen los trabajadores de salud. Sin embargo los promotores están empoderados de su rol y aseguran poder junto con el MINSA seguir desarrollando las intervenciones consolidadas e incrementarlas.
- ☞ La Alcaldía recomienda a ADRA acercarse a CARE, MINSA y otros organismos para tener mejor cobertura, tanto en agua, como con otros organismos que harán nuevas casas bases, aunque algunas están sin terminar, y se podrían salvar recursos.
- ☞ Coordinar logros de metas en conjunto ADRA, Alcaldía y MINSA, esto representaría un ejemplo nacional e internacional de la gestión del proyecto.
- ☞ Hacer un estudio de las causas directas, condiciones, estilos de vida de la población y salud. Así como estudios de casos para el análisis de ciertas conductas de riesgo en torno al autocuidado de la mujer y del niño.
- ☞ Utilizar en enfoque de riesgo para las intervenciones en seguridad alimentaria.
- ☞ Trabajar con los gobiernos locales para proyectos de autosostenibilidad que generen empleo y mejoren la capacidad adquisitiva.
- ☞ Integrar a las estadísticas del MINSA la producción comunitaria en salud, para construcción más real de los indicadores y metas. Continuar con el Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria en coordinación con el MINSA.
- ☞ ADRA internamente deberá analizar las debilidades que los trabajadores en las evaluaciones vienen presentando, ya que varias de ellas se han repetido, tales como los cambios de registros, el llamado frecuente a reuniones alterando la planificación, la necesidad de crecimiento en toda la estructura comunitaria y de ADRA y la dificultades de movilización entre otros.
- ☞ En los proyectos, ADRA debe planificar adecuadamente el período de sometimiento de las evaluaciones de medio término y finales, ya que la diferencia con la actual es de doce meses. Esta recomendación no gira en torno a la comparabilidad de los indicadores ya que existe una línea basal, sino en la oportunidad del proyecto de integrar ajustes al mismo, objetivo fundamental de las evaluaciones intermedias.
- ☞ La conclusión personal de la consultora, es que el proyecto ha generado riqueza en conocimiento, ha acumulado capital humano, ha desarrollado la parte espiritual de los trabajadores, ha fomentado el autocuidado de la población con traspaso responsable de conocimiento, dando herramientas y opciones. En particular, creo que el departamento de Nueva Segovia amerita una extensión del proyecto, un acercamiento y trabajo integral con el MINSA como inicio del traspaso de funciones.

Elaborado para ADRA por:

***Dra. Martha A. González Moncada***

Médica, Master Epidemiología

Docente Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud "CIES"

Consultora para Evaluación de Proyectos de Supervivencia Infantil

Email: marthita@catholic.org

marthita@alfanumeric.com.ni

## I. *Introducción*

En los países de las Américas, cerca de 257,000 niños menores de 5 años mueren cada año debido a enfermedades que podrían evitarse o ser tratadas fácilmente. Cinco de cada 10 muertes de niños de 1 semana a 4 años de edad en América se debe a un número limitado de enfermedades que afectan la salud infantil de forma individual o combinada.<sup>1</sup>

Ante esta situación los países han determinado como prioridad a los niños, sobretodo aquellos menores de 2 años, por representar dentro de los mismos, los más vulnerables.

La comunidad internacional y los organismos que ejecutan intervenciones en torno a dicho interés, han dirigido su cooperación por medio del fortalecimiento de los programas de salud establecidos por el sector salud, diseñando e implementando proyectos conducentes a mejorar la salud del niño (llamados en los 90 de supervivencia infantil) y de la madre.

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta por unanimidad realizar La Cumbre a favor de la Infancia en septiembre de 1990. En la Cumbre fue proclamada la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo del niño, y se insta a la Comunidad Internacional a fomentar y aplicar un plan de acción en beneficio de la infancia.

A finales de año 1991 los Gobiernos debieron haber preparado programas nacionales de acción para cumplir con los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial; se insta a la familia, comunidades, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, instituciones sociales, culturales, religiosas, comerciales y de otra índole, incluido los medios de difusión, a que desempeñen un papel activo en apoyo de las metas enunciadas en este Plan de Acción. Igualmente a los organismos nacionales e internacionales se les orientó examinar las formas de contribuir al logro de las metas y estrategias para la supervivencia infantil.<sup>2</sup>

En 1997 es adoptada en las Américas, la estrategia de la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la cual fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Sin embargo, proyectos específicos que se destacan por la adopción de esta estrategia están siendo desarrollados por la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID), la Cooperación Española y el Gobierno de Holanda.

En los países y áreas dentro de los mismos, la estrategia es apoyada por los organismos internacionales, agencias de cooperación bilateral y organismos no gubernamentales (ONG).

El objetivo de AIEPI<sup>3</sup> se orientó a contribuir a la reducción de la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años y la prevención y reducción en número y gravedad de los casos de esta enfermedad; mejorar la calidad de atención de los niños en los servicios de salud;

---

<sup>1</sup> Benguigui, Yehuda. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Diálogo sobre atención infantil. (i) Grupo CID. Washington D.C., 1997.

<sup>2</sup> Fondo de Naciones Unidad para la Infancia. Declaración Mundial de la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Nueva York, EEUU. UNICEF, 1990.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Boletín epidemiológico. Vol. 19 (1). Washington D.C. Marzo, 1998.

introducir aspectos de promoción de la salud infantil en la rutina de la atención de los servicios de salud y a extender la atención integrada a nivel comunitario.

La adecuación de estos objetivos a los proyectos de salud comunitarios dió inicio al término AIEPI Comunitario. La estrategia fue planteada de tal manera, que pudiese ser adaptable en sus contenidos a la realidad de cada país o zona de aplicación.

Las características generales de la estrategia de AIEPI como herramienta práctica para el personal de salud, brinda criterios para <sup>4</sup>:

- ❶ Evaluar signos de la enfermedad y de la condición general del niño.
- ❷ Clasificar al niño de acuerdo a estos signos, contemplando la posibilidad de superposición de diferentes cuadros de la enfermedad.
- ❸ Determinar el tratamiento adecuado para cada una de las categorías.
- ❹ Dar a las familias instrucciones para el tratamiento del niño, así como para el cuidado en el hogar durante la enfermedad y una vez que la misma haya sido curada.
- ❺ Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño a partir del tratamiento indicado.

Además de la salud infantil, la salud materna representa otra prioridad ante las limitadas cobertura del control del embarazo, parto y puerperio, resultantes en altas tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades asociadas al embarazo y su atención.

Entre los componentes<sup>5</sup> que fortalecen el diseño e implementación de la estrategia están los aspectos logísticos y operativos de los servicios de salud, y las acciones a escala comunitaria. Las acciones comunitarias son fundamentales para mejorar la situación del niño, asociado a las prácticas de la comunidad en el cuidado del niño en el hogar, ya que éstas determinan el alcance de la cobertura de las medidas preventivas y de promoción, la consulta precoz y el cumplimiento de las recomendaciones para el tratamiento.

Para Marzo de 2000 OPS/OMS expone la iniciativa de "Niños Sanos" como una meta para el 2002<sup>6</sup>

Por otro lado, las estrategias mundiales también dirigen acciones para asegurar una maternidad segura tanto para la mujer como para el producto. Dentro de estas acciones la promoción de la lactancia materna, inmunización con toxoide tetánico, la captación temprana y calidad del control prenatal y la mejora de los conocimientos de las madres en relación a su autocuidado y al cuidado del bebé son las que han recibido mayor apoyo, tanto institucional por los Ministerios de Salud como por los organismos internacionales por medio de las organizaciones no gubernamentales.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, a través de sus Políticas Nacionales de Salud 1997-2002<sup>7</sup> expresa la participación comunitaria como una estrategia para generar salud a la niñez y a la mujer, haciendo énfasis en la atención de su salud, en la etapa reproductiva, y atención al niño en su desarrollo hasta los cinco años de edad. En este caso, la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales, con el cumplimiento responsable de sus intervenciones comunitarias y cumpliendo con los aspectos de éticos de la implementación de estrategias de intervención comunitaria encomienda a la Dra. Martha A. González Moncada, desarrollar la evaluación de dicho proyecto, ante el término administrativo del mismo.

---

<sup>4</sup> Ibid 2

<sup>5</sup> Ibid 2

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento de la Iniciativa niños sanos: la meta del 2002. AIEPI. Serie HCT/AIEPI 33.E, OPS/OMS. Washington D.C. 2000

<sup>7</sup> República de Nicaragua. Política Nacional de Salud 1997-2002. Managua, Nicaragua. MINSA, 1997. 79 p.

## II. Antecedentes

La Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales de Nicaragua (ADRA), desde 1990 está colaborando en la solución de diferentes necesidades sociales de la población de la región norte de Nicaragua.

En proyecto de supervivencia infantil de Nueva Segovia, Nicaragua implementado por ADRA es parte del seguimiento e inicio de una segunda fase de acciones realizadas en ambos departamentos y que culminaron en 1997. En proyecto tiene una cobertura de 278 comunidades en nueve municipios del departamento de Nueva Segovia y dos en Estelí.

El proyecto recibe el apoyo financiero de AID - Washington y es dirigido a los grupos metas de la mujer en edad fértil y los menores de 6 años.

Entre las acciones de promoción de la salud con intervenciones específicas en: Seguridad alimentaria - nutrición, inmunización, enfermedades diarreicas agudas y respiratorias agudas. Fortalece el proyecto la capacidad de los brigadistas para el trabajo comunitarios y de los promotores como líderes de dichas comunidades.

ADRA al iniciar el Proyecto, tomó como referencia las normas existentes del Ministerio de Salud, entre ellas las normas para el control prenatal, vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño (a), las normas de atención y tratamiento para enfermedades diarreicas, respiratorias y del Programa Ampliado de Inmunizaciones. De esta forma implementó la educación a la población, fortaleciendo y formando brigadistas y promotores en salud, creando Comités de Salud y mejorando la red en salud en las que se apoya el Ministerio de Salud a nivel local.

También se tomaron como referencia, las metas generales de la supervivencia infantil, las cuales van dirigidas a erradicar o eliminar las enfermedades de mayor prevalencia en los niños (as) y mejorar las condiciones de vida de las nuevas generaciones.

Las esferas en las cuales se enmarcó este Proyecto abarcó la salud infantil, la alimentación y nutrición, con la disminución de los efectos que a largo plazo produce la deficiencia de vitamina A.

Para la salud infantil se trabajó en la implementación de acciones dirigidas a mujeres y a la madres para evitar la enfermedad y muerte por enfermedades prevenibles por vacuna, infecciones respiratorias y diarreas, así como el cuidado del niño por medio de la mujer en su etapa intrauterina y reproductiva.

ADRA además, desarrolla otros proyectos que ayudan a incidir en factores que influyen en la salud de los niños (as) como es la disponibilidad de agua potable y saneamiento adecuado.

El hambre y la malnutrición son las causantes de las muertes del 50% de niños en los primeros años de vida, presentándose en múltiples formas, malnutrición grave, peso por debajo de lo normal así como mujeres y niños con anemia nutricional. Las condiciones a cumplir por los proyectos de supervivencia se orientaron a garantizar una seguridad alimentaria en los hogares, un medio ambiente sano y el control de las infecciones y una atención materna e infantil adecuada.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Ibid 2

Las acciones nutricionales integran el fomento de producción y uso de alimentos ricos en vitamina A y sal con yodo. La deficiencia de vitamina A está implicada en efectos en la visión, como son las lesiones anatómicas y funcionales del ojo, disminuyendo la agudeza visual hasta ceguera. Esta vitamina se ha visto asociada con la disminución del riesgo de desarrollar formas graves de enfermedades respiratorias, como son las bronconeumonías en niños con sarampión u otra enfermedad debilitante, evitando la muerte y las complicaciones como la bronquiectasia. La vitamina A se asocia con un menor riesgo de desarrollar diarrea aguda y su falta se ha visto relacionada a retraso en el crecimiento.<sup>9</sup>

Todas estas acciones se ven complementadas con la aplicación de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.

ADRA apoyó el fomento de la lactancia materna exclusiva y derecho al amamantamiento y de prácticas de alimentación complementaria.

Como viabilizadores del proyecto se necesitó de políticas específicas para este grupo, de la disposición de las instituciones relacionadas y del establecimiento razonable de prioridades.

El proyecto realizó un estudio de línea basal en 1997 y fue evaluado a mitad de término entre el 11 de octubre y 3 de noviembre de 1999 y en noviembre del 2000 son ofertados términos referenciales para la evaluación de fin de término del proyecto, cuya recolección de datos se realizó en diciembre de 2000.

Este informe presenta los resultados más relevantes de la evaluación de fin de término del proyecto y sus objetivos se presentan en el siguiente apartado.

---

<sup>9</sup> Bengoa, J.M. et al. Nutrición y Alimentación del Niño en los primeros Años de Vida. OPS-OMS. Serie PALTEX. Washington D.C. 1997. 496 p.

### III. *Objetivos de la Consultoría y de la Evaluación*

#### **3.1 *Objetivo de la consultoría***

Desarrollar una evaluación final del proyecto de supervivencia infantil en nueve municipios de Nueva Segovia y dos de Estelí, con acompañamiento de ADRA desde 1997 al 2000.

#### **3.2 *Objetivos de la evaluación***

- \* Identificar la mejora en conocimientos, actitudes y prácticas saludables que tienen madres de menores de 2 años en torno a la salud del niño y de las mujeres mismas.
- \* Valorar el nivel de desarrollo alcanzado por los promotores en el marco del proyecto de Supervivencia Infantil.
- \* Analizar las capacidades comunitarias desarrolladas por promotores y brigadistas para el sostenimiento del proyecto.
- \* Conocer los alcances en promoción de la salud de los brigadistas en la comunidad.
- \* Conocer la percepción de los principales informantes claves de los municipios en torno a trabajo desarrollado por ADRA por las comunidades.
- \* Identificar las lecciones aprendidas en todos los niveles e involucrados en el proyecto.
- \* Valorar el alcance de los objetivos del Proyecto, la eficacia técnica y eficiencia gerencial del proyecto.

## IV. *Metodología*

### **4.1 *Universo***

De un total 278 comunidades de intervención de ADRA, de las cuáles 70 (19.5%) se ubican en los municipios de San Juan de Limay y Pueblo Nuevo del Departamento de Estelí y el resto de comunidades (80.5%) se distribuyen entre nueve de los municipios de Nueva Segovia, fueron seleccionadas 33 comunidades o conglomerados.

### **4.2 *Grupo Meta del proyecto***

Son las mujeres en edad reproductiva y niños menores de 6 años residentes en las 278 comunidades en donde ADRA implementa con los comunitarios el proyecto de supervivencia infantil.

En dichas comunidades se cuenta con la presencia de 39 promotores y un rango de 1 a 5 brigadista por comunidad.

### **4.3 *Muestra, fuentes e instrumentos***

#### ***Encuesta en hogares (entrevistas a madres de menores de 2 años)***

Siguiendo similar metodología de selección del tamaño de la muestra usada por el proyecto en las dos evaluaciones anteriores, se tomaron 30 conglomerados, los cuales fueron seleccionados por números aleatorios, más los 3 conglomerados agregados posteriormente.

Como parte del procedimiento se enumeraron las comunidades y se introdujo al EPIDAT (en el programa de cálculo de muestra, números aleatorios) el menor valor a ser seleccionado (1) y mayor valor que fue la comunidad 278. Se pidió al programa que diera los 30 número de conglomerados seleccionados.

Como resultado se obtuvieron aleatoriamente, 4 comunidades de San Juan de Limay, 6 de Pueblo Nuevo, 2 de San Fernando, 4 de Santa María, 5 de Murra, 6 de Quilalí, 4 de Jícaro y 2 de Mozonte. (Ver listado en **Anexo 11.1**)

En los hogares se entrevistó a la madre o la persona que cuida al niño menor de 2 años, o sea al nacido entre el 11 de diciembre de 1998 y el 10 de diciembre del 2000.

Un instrumento específico construido como cuestionario para las madres es presentado en **Anexo 11.2**

#### ***Entrevistas a Brigadistas***

Se realizó en los mismos conglomerados seleccionados aleatoriamente. Todos los brigadistas de estas comunidades que estaban presentes e informados por los coordinadores fueron entrevistados antes de iniciar la entrevistas a madres o responsables del cuidado de los niños.

El número total de brigadistas y madres por comunidades (conglomerado) se encuentra en **Anexo 11.3**.

El instrumento o cuestionario para Brigadistas es presentado en **Anexo 11.4**.

Las entrevistas a madres y a brigadistas fueron realizadas por entrevistadores seleccionados posterior a un taller y supervisados por dos supervisores.

### ***Grupos focales de promotores***

Aunque se deseaba realizar 8 grupos focales, el número de promotores por municipio era insuficiente (32 promotores) para el mínimo exigido para un grupo focal (8).

Con la Coordinadora del Proyecto de Supervivencia Infantil, se acordó realizar entonces 4 grupos focales, uno de Pueblo Nuevo y Limay; otro de Macuelizo, Sta María, Dipilto y San Fernando (realizado en Ocotál) y dos con promotores de Jícaro, Murra y Quilalí. Guía y procedimientos para el desarrollo de los grupos focales se encuentran en **Anexo 11.5**.

### ***Entrevista a Informantes claves***

Para el proyecto, tres actores sociales son de importancia, MINSA (Director), Alcaldía (Alcalde saliente o responsable de proyectos) y la Iglesia (católica y evangélica)

De acuerdo a los interés en la evaluación del proyecto, tres guías de preguntas por informante clave se aplicaron y son presentadas en **Anexos 11.6**.

### ***Coordinadores y trabajadores de salud de ADRA***

Con ellos se realizó una sesión abierta de discusión y opinión con relación a una guía de tópicos que se muestra en **Anexo 11.7**.

Se analizaron estos datos cualitativos presentándose en resultados en una matriz FODA.

La coordinadora del proyecto citó a los trabajadores para dicha actividad, recomendándose la no asistencia de las autoridades nacionales para evitar limitación de la participación.

La consultora encargada de esta evaluación se encargó de las entrevistas a los informantes claves en los diferentes municipios de intervención de ADRA.

### ***Revisión documental***

Estadísticas, evaluaciones anteriores y copia del proyecto fueron necesaria y suministrada como parte de la revisión que la consultora hizo para la evaluación.

### ***Organización de la evaluación***

Precedidas por reuniones para aclarar términos de referencia, revisar propuestas e instrumentos de colecta de datos, se procedió a la coordinación con los niveles locales del MINSA por medio del Proyecto y de forma personal con las autoridades del SILAIS Nueva Segovia.

Se programó el taller de selección de entrevistadores (as), grupos focales, visita a informantes claves y actividad con los trabajadores del programa, las cuales fueron programadas y apoyadas para su realización oportuna por la coordinadora del proyecto.

Los candidatos pre-seleccionados por ADRA, fueron integrados a un taller en donde se tuvo la oportunidad de valorar la destreza en la entrevista y comunicación, registro de datos y la

experiencia en la técnica de la entrevista. Diez encuestadores (as) fueron seleccionadas bajo la supervisión de cuatro profesionales supervisores.

Los supervisores también tuvieron a su cargo realizar las entrevistas a informantes claves y a los brigadistas antes de coleccionar en las comunidades. Los brigadistas y los promotores de ADRA acompañaron a los encuestadores como guías de terreno. La coordinadora de la evaluación condujo la actividad con los trabajadores del programa y las entrevistas a informantes claves fueron realizadas por dos licenciadas en enfermería salubristas, con amplia experiencia en técnicas cualitativas.

Las programación y actividades diarias fueron reportadas sistemáticamente a la coordinadora del proyecto.

#### **4.4 *Procesamiento y análisis de resultados***

Los cuestionarios de Brigadistas y madres de menores de 2 años fueron procesados en EPI-INFO, tratando de resaltar los resultados correspondientes a los indicadores de ADRA, MINSA y de AEPI. Estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrado) son utilizadas para algunos cruces de variables buscando asociaciones y diferencias significativas.

Las entrevistas a informantes claves fueron categorizadas posterior a la revisión y procesamiento, con un análisis más descriptivo.

Los grupos focales tienen un tratamiento de tres etapas, de transcripción de opiniones, de formar matrices conforme a grupos de respuestas en cada comunidad, haciéndose una análisis global de los Grupos Focales para identificar la similitud o divergencia de las respuestas entre los promotores de las comunidades y origen.

La actividad de análisis del proyecto realizada con trabajadores de ADRA y coordinadores aportó datos cualitativos que son analizados desde el punto de la descripción y representación más que desde las estadísticas.

## V. *Resultados*

El Proyecto de supervivencia infantil que ADRA y el MINSA ejecutaron con financiamiento de la USAID, inician sus acciones en 1997, con componentes de promoción y prevención de las enfermedades diarreicas, respiratorias, nutricionales / seguridad alimentaria (en niños menores de cinco años) y mejorar la salud materna y planificación de embarazos, así como el apoyo a lograr las metas de vacunación del PAI.

Además de estas actividades el Proyecto desarrolló desde su inicio actividades de capacitación de sus trabajadores, un programa educativo comunitario por medio de promotores y brigadistas y asistencia clínica en AIEPI. Las actividades de coordinación permitieron viabilizar el proyecto, así como el sistema de información permitió el monitoreo permanente del proyecto.

El proyecto fue evaluado constantemente y supervisado por delegados de la USAID e integró el AIEPI comunitario como eje motriz del mismo, y las clínicas de AIEPI, integrando la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Y finalmente impactar en la mortalidad infantil y materna.

### **5.1 *Encuesta de hogares a madres con niños (as) menores de dos años***

Fueron entrevistadas 322 madres con hijos (as) menores de dos años entre el doce y el veinte de agosto de 2000, de las cuales el 6% fueron reentrevistadas asegurando la fiabilidad de los datos colectados.

Los encuestadores (10) realizaron en promedio 28 entrevistas, rango de 23 a 38 entrevistas. De las 30 comunidades programadas a visitar se agregaron 3 para un total de 33 debido a la dificultad de encontrar en cinco de los conglomerados seleccionados, a madres con hijos en la edad de estudio.

Los municipios en donde se realizaron más entrevistas a madres fueron Pueblo Nuevo con 19.9% (64), Quilalí con 16.5% (53), Murra con 14.0% (45) y Santa María con 13.7% (44). **Tabla 1**

#### ***Características de las madres***

La edad media de las madres entrevistadas fue de 25.5 años, DE  $\pm$  6.9, rango entre 14 y 55 años y mediana de 24 años. La distribución por grupos de edad muestra que el 14% (44) tienen menos de 18 años de edad; el 75% (236) entre los 19 y 35 años y un 11% (35) tiene 35 y más años. n=315 **Tabla 1**

Las madres refirieron tener niñas en el 47.2% (152) y varones en un 52.8%. Las edades se distribuyeron en un 24% (78) de menores de 6 meses, un 28% (90) entre 6 y 11 meses y un 47.8% (154) un año y más. **Tabla 1**

Las mujeres de menos de 20 años reportan tener en un 34.4% (22) niños menores de seis meses así como el 32 % (21) de 6 a 11 meses. p= 0.14

El 74.2% (239) de las madres entrevistadas saben leer. Cuando las madres salen del hogar, su hijo (a) es cuidado principalmente por parientes en el 34.8% (112), va con la mamá en el 29.2% (94), por un hermano (a) en el 22% (71) y por el esposo en el 17.4% (56). **Tabla 1**

Los problemas de salud que con frecuencia padecen los niños (as) son las enfermedades respiratorias agudas en un 74.2% (239), la fiebre en un 13% (42) y la diarrea o vómitos en el 6.2% (20).

### ***Conocimientos y prácticas en lactancia materna y nutrición***

El 83.2% (268) de las madres estaban amamantando al momento de la entrevista, no se encontró asociación entre el amamantamiento y la edad de la madre.  $p= 0.48$

Las madres iniciaron el amamantamiento durante la primera hora después del parto en un 80.1% (258).

En el momento de la entrevista, las madres reportaron que la dieta diaria de sus hijos consistía en agua 68.3% (220), huevos y aceites 67.4%, frijoles 66.8% (215), azúcares 66.6% (213), atoles en el 60.2% (194), verduras 61.2% (197), carnes 59.6% (192), hojas verdes 56.1% (180), frutas 51.9% (167) y leche 29.5% (95). **Tabla 2**

Para ellas, la edad en que se debe agregar el alimento, además de la leche materna, es después de los seis meses para el 71.3% (229) y antes de los seis meses o no sabían para el 28.7% (92).  $n=321$  **Tabla 2**

Los alimentos que contienen vitamina A según la opinión de las entrevistadas son el ayote 29.5% (99), plátano 28.8% (93), zanahoria 26.7% (86), papaya 25.4% (82) y mango en el 24.8% (80). El 14.9% (48) refirieron no saber que fruta contiene esta vitamina, sólo el 5.6% (18) mencionaron la leche materna y el 73.9% mencionó dos o más alimentos ricos en vitamina A. **Tabla 3**

### ***Conocimientos y prácticas sobre la vigilancia del crecimiento y el desarrollo de los niños (as)***

Fueron solicitadas a las madres mostrar las tarjetas de vigilancia del crecimiento y desarrollo de sus niños (as); presentándola el 93.8% (302), dijeron no tenerla el 3.7% (12) y la perdieron el 2.5% (8). **Tabla 4**

El 86.3% (259) de los niños (as) tenían registro de peso en los "últimos tres meses" en sus tarjetas.  $n=300$

En promedio el primer pesaje se realizó 4.3 meses  $DE= \pm 4.8$  y mediana de 2 meses. El peso promedio en el primer control fue de 6.6 Kg.,  $DE\pm 5.8$  y mediana de 5.7 Kg.  $n=286$

La percepción de las madres en cuanto a la importancia del control del peso de sus niños (as) es que "les ayuda a conocer su desarrollo" 66.4% (213).  $n=321$  **Tabla 4**

### ***Conocimientos y prácticas sobre las enfermedades diarreicas***

La prevalencia de diarrea en los menores de dos años para los últimos quince días fue del 17.4% (56). Durante el episodio de diarrea la madre amamantó más de lo acostumbrado al niño en un 30.4% (7), igual a lo acostumbrado en un 48.2% (27) y menos de lo acostumbrado en un 7.1% (4), el 14.3% (8) ya no brindaban lactancia materna.  $n=56$  **Tabla 5**

Durante el niño (a) estuvo con diarrea, la madre incrementó los líquidos en el 32.1% (18) y los disminuyeron en el 23.2% (13) de los casos.

Se aumentó la ingesta de alimentos blandos o purés a niños (as) con diarrea sólo en el 10.7% (7), se dio igual a lo acostumbrado en un 23.2% (13), menos de lo acostumbrado o dejó de darle en el 32.1% (18) y sólo recibía pecho en un 33.9% (19).

A los niños (as) con diarrea se les dió sales de rehidratación oral en el 46.4% (26) de los casos, antidiarréicos y antibióticos en el 25% (14), solución de agua con sal en el 21.4% (12), líquidos o té o cocimientos caseros en el 5.4% (3), solución a base de cereales en el 3.6% (2), otras opciones variadas en un 14.3% (8) y no se les dio nada al 12.5% (7).

De las 56 madres con niños con diarrea, buscaron consejo o ayuda el 67.9% (38), de éstas últimas, el 39.5% (15) fueron al centro o puesto de salud, el 34.2% (13) consultaron con trabajadores voluntarios, el 10.5% (4) buscaron a parientes, igual porcentaje buscó a brigadistas y fueron a los hospitales el 5.3% (2). **Tabla 6**

Todas mujeres que refirieron no haber buscado ayuda cuando su niño estuvo con diarrea eran de Nueva Segovia. Entre las edades menores de 20 años el 22.2% (4) no buscó ayuda, así como el 77.8% (14) de las que tenía entre 20 y 39 años.  $P=0.70$

Esta proporción (no busca de ayuda cuando el niño tuvo diarrea) fue mayor entre las madres de Murra 55.6% (5); Mozonte 50% (4) y Quilalí 42.9% (3) y menor en Santa María 33.3% (3), Jícaro 28.6% (2) y San Fernando 16.7% (1).

Los conocimientos referidos por el total de entrevistas, con relación a los síntomas o señales de gravedad que la harían buscar ayuda para su niño con diarrea fueron: signos y síntomas de deshidratación 31.0% (100), diarrea prolongada 29.5% (95), vómitos 23,9% (77), fiebre 21.1% (68) y más de diez deposiciones 16.8%.

La conducta o acción de la madre ante un niño (a) con diarrea sería: preparar y suministrar suero oral en el 63.7% (205), llevar al niño al centro de salud en el 30.1% (97), iniciar líquido lo más pronto posible en el 13.3% (43) y otras acciones en el 15.8% (51). Un 4.6% (15) respondió no saber que hacer u omitió la ingesta de líquidos y alimentos. **Tabla 7**

Posterior a un episodio de diarrea, la madre seguiría con la siguiente conducta: daría más frecuente y en menor cantidad los alimentos en el 47.2% (152), no sabría que hacer en el 16.4% (53), daría más alimento de lo usual en el 16.1% (52), daría alimentos que aporten energía en el 14.3% (46) y harían otras acciones en el 21.4% (69). **Tabla 7**

Del total de mujeres que no sabrían que hacer después que le ha pasado la diarrea su hijo (a), el 20.8% (11) tienen menos de 20 años, el 71.7% (38) tienen edades entre 20 y 39 años y el 3.8% (2) 40 y más años. SD:2 Estas mujeres residen en el 24.5% (13) en Murra y Quilalí, 13.2% (7) en Santa María y Pueblo Nuevo, un 11.3% (6) en Jícaro, un 5.7% (3) en San Juan de Limay y un 3.8% (2) en Mozonte y San Fernando.

El agua que se le daría a un niño con diarrea la hará hervir en el 58.1% (187) y clorar en el 55.3% (178).

Si no tuvieran suero oral, al niño (a) con diarrea le darían de beber suero a base de azúcar y sal y el 19.9% (64) no pudieron referir que otros líquidos pudieran darle de beber.  $n=321$

Cuando los brigadistas visitan a las madres, el 84.7% (272) refiere que les preguntaron si sus niños (as) tenían diarrea. n=321

### ***Conocimientos y prácticas sobre las enfermedades respiratorias***

La prevalencia de infecciones respiratorias agudas (tos, catarro u otras) en los últimos quince días fue del 62.6% (199). n=318

La observación de respiración rápida en los 199 niños (as) con IRA no fue encontrado por el 42.2% (84) de las madres.

El lugar donde las madres buscaron ayuda o consejo para su niño (a) con IRA fue principalmente el centro o puesto de salud en el 66.3% (59), fue al hospital en el 20.2% (18) y buscó al trabajador voluntario en el 16.3% (15). n=89 **Tabla 8**

Dentro de su grupos de edad fue el 37.8% (14) de las que tenían menos de 20 años no buscaron ayuda para su niño (a) con IRA; el 43.7% (66) de las que tenían 20 a 39 años y 42.9% (3) de las de 40 y más. SD 1 p=0,8

Dentro de los municipios, no buscaron ayuda para su niño con IRA en el 56.7% (17) de Quilalí, 53.3% (8) de Mozonte, el 48.4% (15) de Murra, el 39.4% (13) de Pueblo Nuevo, el 37.5% (6) de San Fernando, el 34.5% (10) de Santa María el 31.1% (8) de Jícaro y el 29.2% (7) de San Juan de Limay.

Cuando el brigadista visita su casa ellos preguntan si el niño (a) ha tenido síntomas o signos de infección respiratoria en el 84.2% (266). n=316

### ***Conocimientos y prácticas sobre estado inmunitario y vacunas PAI***

Sólo el 3.1% (10) de las entrevistadas no le habían aplicado ninguna vacuna a su hijo o hija. Las edades de los niños no vacunados eran el 50% (5) de los recién nacidos, 28.6% (2) de un mes y 1 de dos, siete y ocho meses. Estos niños vivían 3 en Quilalí, 2 en Murra, Pueblo Nuevo y Santa María respectivamente y 1 en San Juan de Limay.

Ellas mencionaron que la edad optima para aplicar la vacuna contra el sarampión es a los 12 meses en un 41% (132), antes de los 9 meses un 29.5% (95) y no saben un 14% (45) de ellas. **Tabla 9**

La tarjeta de vacunación fue mostrada por el 93.2% (300) de las madres, con registros de esquemas completos para la edad del 79.1% (238). n=301

Cuando las visitan, los brigadistas revisan las tarjetas de vacunación según el 82.2% (264) de las entrevistadas. n=321

El conocimiento de las madres sobre las vacunas que debió haber recibido el niño (a) en su primer año de vida para la *BCG* fue 1 vacuna mencionada por el 52.8% (170) y no saben el 12.4% (40); para la *antipolio* tres vacunas fueron mencionadas por el 32.6% (105) de las madres y no saben el 18.6% (60) de ellas; para la *DPT* mencionaron tres dosis el 31.3% (101) y no saben el 23.4% (75); para la *pentavalente* mencionaron tres dosis el 52.2% (168) y no saben el 16.1% (52); para la *antisarampión* mencionaron una dosis el 15.8% (51) y no saben el 18.6% (160) y para la *MMR* mencionaron una sola dosis el 54.3% (175) y no saben el 22% (71). **Tabla 10**

El 62.7% (202) de las madres refirieron que sus hijos alguna recibieron Vitamina A. Desde noviembre de 1999 (un año) el 37.6% (120) manifestó que sus hijos no han recibido vitamina A, el 33.9% (108) ha recibido una vez y el 25.4% (81) dos o más veces. Un 3.1% de las madres (10) no saben si se les ha dado a sus hijos (as) vitamina A. n=319

Al revisar las tarjetas, se verificó registro de vitamina A una sola dosis para el 37.3% (112), dos dosis registradas en el 10.6% (32) de las tarjetas y tres dosis en el 1% (3) de ellas. n=300 **Tabla 11**

Los síntomas o signos de gravedad que harían que una madre buscara ayuda a lo inmediato mencionados fueron fiebre en el 40.7% (131), sueño anormal 24.5% (82), que deje de comer o desnutrido grave en el 22.4% (72) cada uno, convulsiones en el 13.3% (43) y otros signos o síntomas diversos en el 40.7% (132). **Tabla 12**

### ***Conocimientos y prácticas sobre salud materna***

Un 72% de las madres (231) mencionaron fueron a controlarse cuatro veces durante el último embarazo y un 5% (16) ninguna vez. El 58% (180) asistieron en el primer trimestre de su embarazo a control en una unidad de salud y un 32.6% (101) en el segundo trimestre. n=310 **Tabla 13**

Sólo el 51.9% (167) de las madres tenían en ese momento las tarjetas de control prenatal del último embarazo. En las tarjetas se encontró registrado el toxoide tetánico con una sola dosis en el 62.7% (200) de ellas, dos o más dosis en el 26% (44) y sin registro en el 11.2% (19). n=169

Registro en la tarjeta de haberse realizado cuatro o más controles se verificó en el 70% (119), registro de tres controles en el 14.1% (24) y ningún control en el 0.6% (1). n=170

Se reportan menos de cuatro controles entre las edades de 40 años y más 76.5%, las menores de 20 años 68.8% y en menor proporción entre los 20 y 39 años 26.4%. p=0.3 SD=7

En los municipios en donde las coberturas de cuatro o más controles se alcanzó fueron San Juan de Limay 84.8% (28), Pueblo Nuevo 81.3% (52) y Santa María 79.5% (35); se alcanzaron coberturas intermedias en Quilalí 76.9% (40), San Fernando 76.9% (20) y Mozonte 73.1% (19) y las más bajas en Murra 40% (18).

Las razones mencionadas por las madres, por las que una mujer embarazada debe vacunarse con TT es para proteger tanto a la madre como al bebé 65.2% (210) y un 11.5% (37) no sabe o por otra razón. **Tabla 14** El número de dosis de TT que debe recibir una embarazada según las entrevistadas, es de una sola dosis 40.8% (131), dos dosis 30.8% (99) y más de dos dosis 20.9% (67). n=321

Los conocimientos sobre las condiciones que hacen que un embarazo sea peligroso no las saben el 52% (167) de éstas, la edad de la madre 23.7% (76) y el estado nutricional 10.3% (33). n=321 **Tabla 15**

Los alimentos que conocen ayudan a evitar la anemia en la embarazada son los vegetales en el 57.1% (184), las carnes en el 39.1%, otros alimentos en el 37.3% (120) y no sabe el 14.3% (46).

Durante el último embarazo las madres se alimentaron en igual cantidad en el 40.4% (130), consumió en mayor cantidad que lo usual en el 39.1% (126) y comieron menos en el 19.3% (62). **Tabla 16**

Los problemas más importantes por lo que una embarazada buscaría al personal de salud serían: el sangrado con el embarazo 45% (145), dolor de cabeza intenso 34.5% (111), fiebre 15.5% (50). No sabían el 15.8% (51) y por otras causas el 24.2% (78). **Tabla 17**

Del total de mujeres que no saben que las haría buscar ayuda al personal de salud durante el embarazo, el 72.5% (37) tienen entre 20 y 39 años, el 25% (13) menos de 20 años y el 2% 40 y más años. Esta falta de conocimientos se distribuye en los municipios de Murra 31.4% (16), Santa María 17.6% (9), Pueblo Nuevo 15.7% (8), Quilalí 9.8% (5), San Fernando 7.8% (4) y Mozonte, Jícaro y San Juan de Limay con 5.9% cada uno (3).

Cuando el niño (a) nació el personal de salud le cortó el ombligo al 52% (167) de ellos y al 35.2% (113) lo hizo la partera. n=321

El 57.8% (185) de las mujeres posterior a los 40 días del parto no buscaron quien las examinara. n=320 Las que buscaron el examen del puerperio 41.6%, fueron donde el personal de salud mayoritariamente 90.2% (120) n=133

Los problemas mencionados que harían a una mujer buscar ayuda durante el puerperio (40 días posteriores al parto) fueron: Hemorragia en el 41.6% (134), dolor abdominal en el 32.6% (105), fiebre en el 28.6% (92) y no sabe el 20.5% (66). **Tabla 18**

Del total de mujeres que no saben que la haría buscar ayuda en el puerperio el 66.7% (44) están entre 20 y 39 años, el 28.5% (19) con menos de 20 años y el 3% (2) con 40 y más años. Estas mujeres se distribuyen en un 21.2% (14) en Murra, un 19.7% (13) en Santa María, 13.6% (9) de Quilalí, 12.1% (8) San Fernando, 10.6% (7) Jícaro, 9.1% (96) Pueblo Nuevo, y 7.6% (5) San Juan de Limay.

### ***Conocimientos y prácticas sobre planificación familiar***

El 5.9% (19) de las entrevistadas se encontraban embarazadas para diciembre de 2000. El 24.3% (74) de las madres desearían tener otro hijo en los próximos dos años. n=304

El 42.2% (100) de las parejas usan algún método de planificación familiar. n=237 De las que usan algún método, los más utilizados son las inyecciones 40% (40), los gestágenos orales 29% (29), están esterilizadas quirúrgicamente el 21% (21) y usan condones el 4% (4). **Tabla 19**

### ***Actividades comunitarias que apoya ADRA***

El 15.2% (49) de las entrevistadas nunca han tenido algún tipo de contacto con alguna actividad que ADRA apoye en la comunidad.

Sin embargo tienen conocimiento que el proyecto de salud de ADRA desarrolla charlas 61.8% (169), se atienden a los niños (as) 44.4% (143) y oferta planificación familiar 9.6% (31), otras actividades 20.8% (67).

Las tablas de resultados de la encuesta a madres de niños menores de dos años se presenta en **anexo 11.8**

## **5.2 Entrevistas a brigadistas en comunidades de estudio**

Fueron entrevistados 77 brigadistas los cuales atendían 34 comunidades visitadas durante la colecta de datos de la evaluación de fin de término del proyecto de supervivencia de ADRA en Nueva Segovia y dos municipios de Estelí.

### **Características biológicas y sociales**

El 19.7% (9) de los brigadistas tiene 19 años o menos, el 48% (37) entre 20 y 34 años, el 31.2% (24) entre 35 y 49 años y el 9.1% (7) 50 o más años de edad. Ellos están dedicados a desarrollar acciones en AEIPI 40.8% (31), salud materna 30.3% (23) y otras 28.9 % (22). n=76 El 19.5% (15) son varones y el 80.5% (62) mujeres.

Un 3.9% (3) no saben leer o escribir. Estudiaron algunos años de la primaria el 56.7% (42), completaron la primaria el 31.1% (23), la secundaria el 9.5% (7) y estudios técnicos el 2.7% (2). Los 3 brigadistas que no saben leer son de Murra (2) y Santa María (1).

El 24.7%(19) tiene menos de 6 meses de iniciadas sus actividades como brigadista, el 16.9% (13) entre 6 y 11 meses, el 6.5% (5) entre 1 y 2 años y el 51.9% (40) más de dos años.

Los brigadistas con menos de 6 meses son 5 de San Juan de Limay, 5 de Murra, 4 de Quilalí, 2 de Júcaro, 2 de Pueblo Nuevo y 1 de San Fernando.

El 27.6% (21) de ellos trabaja remuneradamente, y de éstos el 57.1% (12) lo hace en trabajos de agricultura, un 33.3% (7) en servicios domésticos y el 19.1% (4) en otros variados empleos. De los 21 que trabajan, el 90.5% lo hace dentro de la comunidad. **Tabla 20**

### **Actividades que realizan y reciben los brigadistas**

El tiempo que dedica a las actividades como brigadista es de una a dos horas a la semana (43), de 3 a 4 horas en el 15.9% (10) y de 5 a más horas semanal en el 5.9% (10). n=63

No hay relación entre el trabajo de los brigadistas y las horas que dedican a la comunidad, siendo esta de 66.7% dedican 1 a 2 horas y trabajan (10) y un 68.1% de los que no trabajan (32). P=0.8

Todos refieren haber sido capacitados, sobretodo en temas como lactancia materna 53.45% (31), enfermedades respiratorias 48.3%(28), enfermedades diarreicas 46.5% (27), vigilancia del peso y el desarrollo 32.7% (19), inmunización 29.31% (17), salud materna 27.6% (16) y AEIPI 18.9% (11) entre las más mencionadas. **Tabla 21**

El tipo de actividades que realizan son el impartir charlas 66.2% (51), la atención a los niños (as) 42.9% (33) y las visitas domiciliar 36.4% (28). El 61% (47) de los brigadistas informan acerca de las actividades realizadas.

### **Conocimientos de los brigadistas en lactancia materna y nutrición**

El 90.9% (70) de los brigadistas refieren conocer que hay que iniciar el amamantamiento en la primera hora posterior al parto. Mencionan que la lactancia exclusiva materna debe prolongarse

hasta el sexto mes del lactante en un 70.1% (54) y hasta los 8 meses el 16.9% (13) y no sabe el 1.3% (1). **Tabla 22**

La ablactación debe iniciarse a los seis meses según el 84.4% (65) y entre el 4 y 6 mes según el 11.7% (9), antes de los 4 meses o no sabe el 3.9% (3).

Ellos recomiendan a las madres que al menor de un año le de alimentos ricos en hierro 66.2% (51), derivados lácteos 29.9% (23), añadir aceite 5.2% (4) y otros 58.4% (45) como arroz, huevo y mocos entre los más frecuentes. **Tabla 23**

El 26% (20) no sabe que alimentos ayudan a prevenir la ceguera, y entre los más mencionados están las frutas amarillo intenso y vegetales 31.2% (24). El 11.7% (9) no sabe la edad para suministrar vitamina A, el 6.5% dice que antes del cuarto mes, el 42.9% (33) refiere que es entre el cuarto y sexto mes de nacido, y el 39% (30) después del sexto mes. El yodo como contenido en la sal para el consumo humano sólo fue mencionado por el 36.4% (28) de los brigadistas. **Tabla 24**

De los que no identificaron los alimentos ricos en Vitamina A, 6 son de Murra, 3 de San Juan de Limay y Mozonte respectivamente, 2 de Santa María, Quilalí y Jícaro cada uno y 1 de Pueblo Nuevo.

### ***Conocimientos y actitudes hacia la vigilancia del crecimiento y señales de peligro***

El 72.2% (56) de los brigadistas informaron que la importancia de pesar a los niños (as) se orienta a conocer el desarrollo del mismo.

La señales de peligro que verificaría en un niño (a) no las saben el 14.3% (11), y los que verificaría son la diarrea 32.5% (25) y algún signo de deshidratación mencionados separadamente como respuestas 81.8% (63). **Tabla 25**

Los que respondieron que no saben como verificar las señales de peligro en un niño presentan similar distribución que desconocen los alimentos ricos en Vitamina A por Municipio.

Entre las señales que con mayor frecuencia le indicarían al brigadista que el niño está grave, se mencionan la fiebre 48%, estar anormalmente somnoliento 33.8% (26), desnutrición grave 33.8% (26) y que no coma 32.5% (37). El 98.7% (76) refiere conocer las señales de peligro a la salud en un niño (a).

### ***Conocimientos y actitudes en relación al manejo de la diarrea y las enfermedades respiratorias***

Cuando un niño (a) está con diarrea, los brigadistas recomendarían a la madre dar de amamantar más de lo acostumbrado en un 85.7% (66). Recomendarían dar otros líquidos más de lo acostumbrado 85.7% (66), igual que de costumbre 9.1% (7) y menos 3.9% (3). También recomiendan que se de más alimento de lo usual en el 77.9% (60). **Tabla 26**

Se busca activamente la presencia de niños (as) con diarrea en el 96.1% (74). Sólo el 23.4% ha atendido algún niño (a) con diarrea y de éstos el 94.4% (17) usaron sales orales. Sólo un brigadista atendió un caso grave de diarrea y lo refirió al centro de salud. A las madres de los niños (as) con diarrea atendidos por brigadistas se les orientó en un 49.4% dar más seguido el alimento y en menor cantidad y dar más alimento en el 42.9% (33). **Tabla 27**

El 4% (3) no sabe las señales de gravedad de una infección respiratoria aguda, el 83.1% (64) mencionan la respiración rápida y en menor proporción la fiebre 33.8% (26) y el tiraje intercostal 36.4% (28). Las señales de una IRA grave son conocidas según el 96.1% (74) de los brigadistas. Sólo el 22.1% (17) ha atendido un caso de IRA grave y excepto 1 fueron referidos al centro 56.3% (9), hospital 25% (4) o al puesto de salud 18.7% (3). **Tabla 28**

### ***Conocimientos y prácticas sobre inmunizaciones***

Sólo el 55.8% (43) adujo conocer la edad para aplicar la vacuna contra el sarampión y el 81.8% refirió que el toxoide tetánico protege tanto a la madre como al bebé contra el tétanos. El 24.4% (18) refirió que hay que aplicar más de una dosis de *BCG* a los niños (as) menores de un año, el 44.2% (34) tres dosis de *antipolio*, el 45.5% (35) tres dosis de *DPT*, el 66.2% una dosis de antisarampión y el 76.6% una dosis de *MMR*. Dice la (el) brigadista que revisa la tarjeta de vacunas siempre que llega de visita a la casa en el 92.2% (71). **Tabla 29**

Las dosis de TT que una embarazada debe aplicarse es de dos o más según el 74% (57), una dosis para el 19.5% (15), ninguna o no sabe según el 6.5% (5).

### ***Conocimientos y prácticas para la salud materna***

El 93.5% (72) de los brigadistas mencionan que una mujer debe controlarse el embarazo cuatro veces o más. La embarazada debe hacerse el primer control del embarazo en el primer trimestre según el 88.3% (68). **Tabla 30**

Cuatro brigadistas no conocen ninguna señal de gravedad en la mujer embarazada. De los que mencionan señales son más frecuentes las hemorragias 68.8% (53), dolores de cabeza 48% (37) y edemas 45.5% (35). La edad considerada de riesgo para que una mujer quede embarazada es de menos de 20 años y más de 35 para el 77.9% (60). El 3.9% (3) no conocen las señales de peligro en el puerperio de los que las conocen mencionan con mayor frecuencia las hemorragias 54.7% (46), sangrado fétido 41.6% (32) y dolor abdominal intenso 42,8% (33). **Tabla 31**

### ***Conocimientos sobre planificación familiar***

Los métodos de planificación familiar que los brigadistas recomiendan son las inyecciones 54.5% (42), los anticonceptivos orales 29.9% (23) y la salpingolisis 9.1% (7). **Tabla 32**

### ***Recursos para la gestión comunitaria***

El 87% (67) de los brigadistas entrevistados refieren que en sus comunidades existen comités de salud. Estos están integrados por líderes (brigadistas, promotores, parteras), alcalde y personal del MINSA. Las actividades promocionadas por los comités charlas, jornadas de limpieza, visitas domiciliarias, control al niño entre otras. Por otro lado los comité locales de desarrollo son reportados su existencia por el 49.4% de los brigadistas (38). n=76 **Tabla 33**

No identificaron la existencia de comité de salud en su comunidad 4 brigadistas (44.4%) de Jícaro, 2 de Murra (20%) y Santa María (28%), y 1 de Quilalí (7%) y San Fernando (20%).

No identificaron comité de desarrollo el 90% (9) de los brigadistas de San Juan de Limay, el 66.7% (6) de Jícaro, el 44.4% de Murra, el 42.9% (6) de Quilalí, el 33.3% (5) de Pueblo Nuevo, el 28.6% (2) de Mozonte y el 5.3% (2) de los brigadistas de San Fernando.

El MINSA y ADRA son los entes más mencionados para el desarrollo de las comunidades en salud. **Tabla 34**

La existencia de casas bases se reporta en un 74% (57) y son manejadas en el 87.7% por brigadistas. También se reporta en un 54.5% (42) el conocimiento de existencia de puestos de planificación familiar que son atendidos en el 70.1% (33) también por brigadistas. Estos son abastecidos en un 84.7% (39) por el Ministerio de Salud. n=47 **Tabla 35**

El conocimiento de que los maestros realicen actividades en la comunidad es del 40.8% (31). n=76 Las actividades que realizan los maestros se concentran en impartir charlas de higiene, apoyo a jornadas de vacunación, clorar el agua, organizar a la comunidad entre otras. Sólo en el 29.9% (23) de las comunidades de origen de los brigadistas existe comedor infantil y sólo en el 26% de éstos hay más de 50 niños beneficiarios, ADRA, MECD y PMA son los principales abastecedores de los comedores. Los brigadistas refieren que en el 63.6% (49) de sus comunidades existen huertos y en un 18.7% la existencia es más de 10. **Tabla 36**

Las tablas conteniendo los datos de las entrevistas a brigadistas se presentan en **Anexo 11.9**

### **5.3 Acciones y estrategias desarrolladas por el proyecto**

#### ***Las opiniones de los promotores de salud del proyecto de supervivencia infantil (Grupos focales)***

Los cuatro grupos focales mostraron una distribución homogénea en sus integrantes, representados en un 50% por varones y 50% por mujeres, en su mayoría adultos jóvenes, con presencia mínima de adultos mayores y adolescentes.

Se observó en los cuatro grupos focales, que los promotores tenían gran interés y entusiasmo por participar e intervenir en cada pregunta guía formulada.

Los aspectos sobre los cuales giraron los grupos focales, fueron:

- \* Las experiencias ganadas en el trabajo comunitario apoyado por ADRA
- \* La percepción de la población y auto-percepción como promotores
- \* El sentido de pertenencia a su comunidad
- \* Capacidades generadas como promotor
- \* La visión social de las comunidades
- \* Concepto de seguridad alimentaria
- \* Lecciones aprendidas
- \* La continuidad del proyecto

Todos los promotores en los cuatro grupo focales, expresaron que las experiencias ganadas son positivas en su mayoría y que giran en torno a ganancia de conocimientos, liderazgo, técnicas de comunicación con la población beneficiaria, formas de coordinación con funcionarios de otras instituciones y organismos como MINSA, Alcaldía y ONGs en torno a actividades de los programas y proyectos de salud a nivel local.

La mayor experiencia que han tenido los promotores y la más positiva, es haberse ganado el respeto y confianza de la población, lo que ha conducido a que los pobladores asuman con responsabilidad las orientaciones de los agentes comunitarios en torno a disminuir la morbi – mortalidad materna e infantil.

Los promotores expresaron que los pobladores los perciben como personas muy importantes, con *liderazgo, capaces de ayudar a solucionar problemas con los conocimientos que han adquirido*, razones por las cuales se han ganado el apoyo de ellos. Son percibidos como personas confiables y preocupadas por los problemas de la comunidad.

Los promotores se autoperciben como “guías de la comunidad”, con conocimientos y capaces de cumplir metas y muy interesados y preocupados por la situación de salud de sus localidades. Estas características auto identificadas, son las que les han hecho merecedores del respeto de la población y los hace “sentirse motivados y con poder de decisión”.

Con relación a su identificación o sentido de pertenencia, ellos están convencidos y claros, que han sido capacitados por ADRA “para el servicio y beneficio de la comunidad”. Todas las opiniones fueron unánimes en la afirmación de pertenecer a las comunidades, aunque otros líderes locales los identificaban como promotores de ADRA, lo que han aclarado cuando se da la oportunidad.

Las “capacidades” que han ganado con el acompañamiento de ADRA son específicamente dirigidas a la comunicación, transmisión de conocimientos, creer y delegar en el brigadista, liderazgo para la convocatoria y dirigir actividades comunitarias puntuales.

Se expresaron sentimientos de “satisfacción y orgullo de su ejercer el papel de promotores” y que seguirán trabajando por el desarrollo de las comunidades. Estos sentimientos han fortalecido la autoestima y ha generado un sentir de ser “motores, ejes y promovedores de las comunidades”.

La situación de las comunidades según la percepción de los promotores es de mejoría, pero les da temor la situación de desempleo, hambre y las conducentes respuestas de migración y abandono de los hijos; igualmente causa incertidumbre la afectación de fenómenos naturales como sequías y desastres.

El concepto de seguridad alimentaria en general fue concebido como el almacenamiento para “tener seguro el alimento para todo el año”, aunque algunos miembros mencionaron otros componentes aislados de la estrategia. La idea expresada de seguridad alimentaria es parcial, no integral e incompleta. De lo que están convencidos es de la relación entre la tenencia de alimentos, salud y enfermedad.

Para el abordaje de las lecciones aprendidas, hubo cierta inseguridad en las opiniones, teniendo los conductores de los grupos focales que insistir en la motivación para obtener que “ha dejado el proyecto a los promotores, que debemos mantener, que debemos no repetir”. Nuevamente se mencionaron los aprendizajes prácticos de sus experiencias como promotores ya mencionadas. Algunos hicieron reflexiones que pueden ser tomadas como lecciones:

“El trabajo con ADRA ha dejado un despertar a nivel de la familia y comunidad”, otro menciona, “me ha enseñado a hacer autogestión y le hemos transmitido a la comunidad que también deben aportar y no sólo esperar a que les den”, y otra objetiva lección “ de la siembra de los huertos se sacan las próximas semillas”.

No hubo alarma ante la posibilidad de un futuro retiro de funciones de ADRA en las comunidades en las que funcionan como promotores. Todos los grupos focales coinciden en que las bases están dadas, porque “las comunidades están organizadas, están motivadas, capacitadas”. Con apoyo de

ADRA "se ha sembrado la semilla en los municipios" y están convencidos de la continuidad de las actividades con la red comunitaria, promotores, brigadistas, pobladores.

Si ADRA se retira "nosotros estamos fortalecidos dentro de la comunidad y estamos trabajando con el MINSA mano a mano". "Los promotores vamos a seguir existiendo, la meta debe ser seguir adelante, debemos estar más unidos con el MINSA para enfrentar lo que venga", "haremos autogestión con otros organismos e instituciones".

El informe completo del estudio de promotores por medio de grupos focales se presenta en **Anexo 11.10**

### ***El proyecto desde la percepción de los trabajadores de salud y coordinadores de campo***

Doce personas, en su mayoría trabajadores de salud del proyecto de supervivencia infantil de ADRA en Nueva Segovia y dos municipios de Estelí participaron en esta sesión. De éstos el 25% son mujeres y el 75% varones. El promedio de años de trabajar con ADRA es de 5.6 años con un rango de 1 a 9 años.

El ejercicio de análisis permitió explorar cada uno de los descriptores y sistematizar en una matriz FODA estos elementos.

La matriz FODA construida, muestra el reconocimiento de los trabajadores de salud de ADRA a los principales elementos que han permitido el alcance de los objetivos del proyecto. Estas fortalezas se basan en la confianza y motivación generada por la organización y por las herramientas técnicas y de trabajo que la organización proporciona.

A pesar de los logros, los trabajadores de salud y coordinadores de campo refieren la existencias de barreras internas que son obstáculos importantes para el desarrollo de las acciones y cumplimiento de actividades y metas. Estas limitaciones internas se concentran en las dificultades de movilización en un terreno accidentado y disperso, los cambios de registros, la falta de homogeneidad en las capacitaciones y el desconocimiento e incoordinación con los otros proyectos ADRA.

Existen oportunidades externas que se han aprovechado eficientemente como es la organización comunitaria y la autogestión. Pero por otro lado las contradicciones religiosas y la falta de un modelo integral de trabajo MINSA y ADRA son las principales amenazas para la sostenibilidad del proyecto. Ver en **Anexo 11.11** los resultados de la Brainstorming con trabajadores de salud y coordinadores de campo.

**Cuadro 1. Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del Proyecto de supervivencia infantil**

**Nueva Segovia y Estelí. Percepción de trabajadores de salud y coordinadores de campo de ADRA**

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores de salud con experiencia</li> <li>• Trabajo en equipo, confianza</li> <li>• Método capacitación en cascada</li> <li>• La motivación de los TS, CC, promotores y brigadistas</li> <li>• Aprender a coordinarse</li> <li>• Diagnósticos comunitarios rápidos</li> <li>• Comités y Juntas comunales</li> <li>• No burocracia en ADRA para insumos</li> <li>• Supervisión oportuna</li> <li>• Apoyo administrativo</li> <li>• TS y CC son responsables</li> <li>• Integrar AEIPI al PSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel académico de promotores y brigadistas</li> <li>• Muchas reuniones, alteran los planes</li> <li>• Tiempo insuficiente</li> <li>• Falta de otro medio de transporte más eficiente</li> <li>• <i>PSI no es parte proyectos gobierno</i></li> <li>• Falta valorar conjunta problemas salud</li> <li>• Gerencia proyecto no es líder técnico</li> <li>• Estrategias divergentes entre los proyectos de ADRA</li> <li>• Desconocen el quehacer de otros proyectos de ADRA</li> <li>• Capacitaciones no uniformes a brigadistas</li> <li>• Rotación de los TS-CC no equitativa</li> <li>• Continuos cambios en los sistemas de registro</li> <li>• <i>TS-CC no se relacionan con MINSA son los brigadistas</i></li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza de la población y de los coordinadores gerentes del proyecto.</li> <li>• Técnicas para transmitir conocimientos</li> <li>• Oportunidades de supervisión</li> <li>• Madres con alto nivel de educación salud</li> <li>• Autogestión comunitaria una realidad</li> <li>• Funcionan consejos municipales</li> <li>• Cambio de concepto del MINSA acerca de "los brigadistas mensajeros"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSA no fortalecido en AEIPI</li> <li>• No existen acuerdos permanentes de colaboración y sostenibilidad del proyecto con MINSA</li> <li>• Religión obstáculo en la aceptación del proyecto</li> <li>• Desarrollo de las comunidades existe pero no homogéneo</li> <li>• No hay clara definición de un modelo integral ADRA MINSA en AEIPI, SIN, SM</li> <li>• MINSA no acepta registro de actividades de ADRA en tarjetas u otros.</li> </ul>

***La evaluación del proyecto desde la visión de los informantes claves***

El proyecto de Supervivencia Infantil de ADRA en dos municipios de Estelí y nueve de Nueva Segovia, consideró relevante identificar la percepción de los informantes claves en relación al mismo.

Los informantes claves Iglesia, Alcaldía y MINSA son considerados partes importantes del proyecto y eslabones fundamentales en el diseño, implementación y para el logro de cambios positivos en salud. La percepción de ellos es indispensable, teniendo en cuenta que así como pueden representar oportunidades pueden ser amenazas para el proyecto.

Ante la inminente posibilidad de traspaso de responsabilidades del proyecto a la comunidad con participación de los actores antes mencionados, así como la necesidad de continuar con las acciones comunitarias, de conservar y fortalecer la organización comunitaria y la conducción más activa del MINSA; es que en esta sección se presentan los aportes más importantes de los actores seleccionados por ADRA.

Los resultados del estudio cualitativo de la percepción de los informantes claves se presentan por municipio y tipo de actor en el **Anexo 11.12**.

### ***Iglesia católica y evangélica***

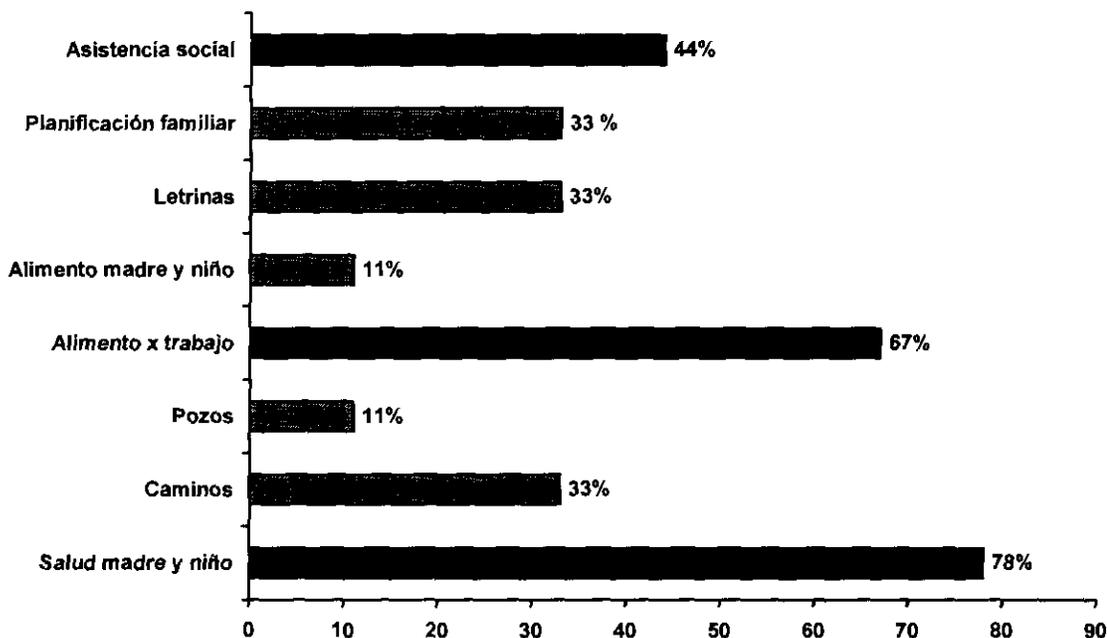
La Iglesia católica tuvo poca representación, encontrándose a dos padres, una hermana franciscana y un jefe pastoral. Se notó que dos padres tienen asignados más de dos municipios.

Asimismo se presentan los resultados de tres pastores de la Iglesia evangélica Pentecostal y tres de la Iglesia Bautista. En algunos municipios no hay representación de la Iglesia Evangélica.

Todos los miembros de las Iglesias entrevistados refirieron no conocer mucho de ADRA, incluyendo un rechazo rotundo de un padre católico de hablar acerca de ADRA. El 67% (6) adujo no tener relación con el organismo, el 22% (2) refirió que se reunían y el 33% (1); sin embargo el 89% (8) reconocen que la percepción del trabajo que ADRA realiza es positiva.

Aunque ninguno refirió conocer a fondo el proyecto de salud, identifican que ADRA apoya la salud de la madre y el niño.

**Gráfico 1 Acciones que se desarrollan en los municipios con apoyo de ADRA**



No saben con certeza la influencia de ADRA en las comunidades pero es percibida como un organismo fuerte, que ha hecho mucho ante la pobreza y el hambre.

La Iglesia Católica identifica a algunas de las promotoras y reconocen que son muy estimadas por la población, pero algunos brigadistas tienen que desarrollar más las capacidades de liderazgo. La Iglesia Evangélica Pentecostal refirió que los promotores y brigadistas se destacan por la labor comunitaria en saneamiento y vacunación, son dinámicos, dispuestos al trabajo y con muchas capacidades. La Iglesia Bautista exalta la calidad de buen trato que dan a la comunidad y la responsabilidad en el trabajo, sin embargo creen que les falta independencia.

La Iglesia Católica desea tener más contacto con ADRA, creen que deberían aumentar el número de promotores. La Iglesia Evangélica recomienda hacer una revisión más profunda del proyecto pues

con los antiguos coordinadores había más relación. También creen que hay que diversificar más los proyectos como crianza de gallinas u otros. Hay que mejorar la comunicación, coordinación y la relación en general. Creen que es fundamental que ADRA consulte desde la base los posibles proyectos a proponer y desarrollar.

### **Alcaldía**

Fueron entrevistados ocho alcaldes (as) y un responsable de desarrollo de proyectos municipales en San Juan de Limay, Pueblo Nuevo, Murra, Mozonte, Jícaro, Macuelizo, Dipilto, San Fernando y Quilalí.

Todos los representantes del Gobierno municipal (9) tienen una percepción positiva del trabajo de ADRA en las comunidades de dichos municipios, aunque manifiestan no conocer muy bien el proyecto de salud.

Percepción de ADRA por los alcaldes y alcaldesas es que ADRA es conocido por ellos, como una ONG que trabaja a nivel comunitario, sobretodo rural, con las siguientes características:

**Cuadro 2 Referencias de ADRA sobre el enfoque de los representantes de la Alcaldía**

Características de ADRA	Número	Por ciento
Construyen letrinas	6	66.7
Construyen y habilitan caminos	6	66.7
Dan alimento por trabajo	6	66.7
Construyen pozos y miniacueductos	6	66.7
Trabajan en salud madre y niño	5	55.6
Pesaje	2	22.2
Comedor	3	33.3
Jornada vacunación	1	11.2
Salud reproductiva	2	22.2
Traslado de embarazadas	1	11.1
Construcción casas bases	2	22.2
Construcción viviendas	1	11.1
Apoyo al centro de salud	1	11.1
Conservación de suelos	1	11.1
Huertos	1	11.1

Fuente: Encuestas CAP 2000

Además de la particularidad de trabajar directamente con las localidades y sus organizaciones, ADRA dirige sus intervenciones para la solución de problemas sociales, teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas por la población.

Como puede observarse en la tabla anterior, se reconoce el rol social de ADRA y se identifica como un organismo importante, sin embargo algunos informantes tienen la opinión de que ADRA trabaja muy independiente, desconociéndose a fondo los componentes de los proyectos, igualmente el de salud.

Es notorio para ellos, que ADRA ha venido ampliando sus proyectos y haciéndolos más integrales o que los ha diversificado, pero los componentes son identificados por actores diferentes. ADRA tiene más mención cuando se le identifica con obras de desarrollo rural que suplen las necesidades de agua, excretas y transporte.

También fue mencionado por la mayoría de los representantes de los Gobiernos locales el papel vanguardia de ADRA durante y posterior al Huracán Mitch; y que esta emergencia permitió una eficiente coordinación, planificación y ejecución de las intervenciones desarrolladas.

### ***Relación de la Alcaldía con ADRA***

La relación de la Alcaldía con ADRA se da directamente con los trabajadores de salud o coordinadores o en las comunidades por medio de los alcalditos.

Las principales acciones que representan esta relación fueron:

**Cuadro 3 Relaciones de la Alcaldía con ADRA**

Tipos de relaciones con ADRA	Número	Por ciento
Para firmar proyectos	9	100.0
Reuniones infrecuentes	5	55.6
Convenios o acuerdos	4	44.4
Suplir al gobierno, disminuir cartera de proyectos de Alcaldía	3	33.3
Asistir a sus capacitaciones	1	11.1
Programar juntos	1	11.1
Supervisar juntos	1	11.1
Participar otros eventos de ADRA	1	11.1
Traspasar información	1	11.1
Mutuo respeto	1	11.1

Fuente: Encuestas CAP 2000

### ***Apoyo de la Alcaldía a promotores y brigadistas***

Los Alcaldes y alcaldesas reconocen que es muy poco lo que materialmente puede ayudar a los líderes locales la Alcaldía 33.3% (3) pero que la mitad de ellos los conocen 44.4% (4) y les entregan información 77.8% (7), también les prestan las bodegas 44.4% (4) y le prestan el teléfono y pocas veces vehículo 22.2% (2).

Sin embargo manifiestan estar anuentes al estrechamiento de relaciones exitosas y duraderas de colaboración conjunta con los líderes de las comunidades.

### ***Continuidad de las acciones comunitarias***

Los promotores y brigadistas de las comunidades en los municipios, según su opinión, están bien capacitados, pero como líderes son insuficientes, si se quiere que la red comunitaria siga funcionando aún si ADRA se retira.

Los líderes en la actualidad necesitan de ADRA y tendrían que ser apoyados por las comunidades, por otros organismos y por las instituciones para que estas acciones se mantengan como intervención integral, sino solo algunos componentes podrán sobrevivir.

También se hace necesario para la sostenibilidad futura que ADRA de a conocer a fondo y a todos, el trabajo que realiza y la interioridad de cada proyecto.

Otro elemento que sostendría el accionar comunitario es mantener y mejorar las relaciones de los líderes comunales con otras organizaciones e instituciones, mejorando su coordinación, ya que la capacidad y experiencia y el conocimiento de las comunidades lo tienen.

Es relevante que ADRA mejore su coordinación con el Ministerio de Salud, así como tenerlo en cuenta cuando capacita a los promotores y brigadistas y trabajadores o coordinadores, ya que el Ministerio de Salud es el órgano rector en la implementación de las políticas que rigen el país.

Teniendo en cuenta estos elementos, puede darse una apertura para que el MINSA y Alcaldía y otros instituciones del Estado, retomem el proyecto, con previo apoyo de ADRA en el traslado de funciones y medios para operar eficientemente.

### ***Ministerio de Salud***

Fueron entrevistados la totalidad de directores municipales de Nueva Segovia y dos municipios de Estelí, Pueblo Nuevo y San Juan de Limay.

### ***Percepción del trabajo de ADRA***

En general, la percepción de los directores municipales de Nueva Segovia y Estelí, del Director de SILAIS y Responsable de AIMNA son positivas.

ADRA en su opinión, facilita el trabajo comunitario, lo apoya con promoción de la salud y posibilita dar cobertura de servicios de salud a áreas en donde el Ministerio de Salud no tiene capacidad de cubrir, por falta de recursos humanos o de transporte.

ADRA es identificado en salud, como interventor en la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, en alimentación y capacitación a brigadistas. El conocimiento que se pretende generar por este organismo en la población va dirigido a fomentar el autocuidado.

### ***Apoyo de ADRA al trabajo del MINSA***

- Específicamente ADRA apoya al MINSA fuertemente en las Jornadas de salud y fortalece las acciones del MINSA con el AIEPI comunitario.
- Capacitando a los brigadistas de las comunidades y continuando con la preparación de los promotores, alguno con antecedentes de haber sido capacitados por el MINSA como brigadistas. De esta forma fortalece la red comunitaria.
- Supervisando a los brigadistas y controlando las referencias de los pacientes.
- Apoyo logístico, con vehículos y combustible. A veces conjuntamente visitan en territorio.
- Desarrollando la vigilancia del crecimiento y el desarrollo del niño.
- En coordinación con las enfermeras de los centros de salud desarrollan valoraciones nutricionales.

- Imparten charlas a los habitantes en relación a las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas, alimentación, higiene, salud materna, entre otras.
- Con apoyo de ADRA se crearon los Comités Comunitarios de Salud.
- También capacitan al personal del MINSA y participan en las actividades docentes que imparte el MINSA.
- La percepción de la sede del SILAIS es de una coordinación aceptable que podría ser mejor y de que ADRA ha apoyado el desarrollo institucional pero que ha venido disminuyendo drásticamente.

### ***Percepción de cambios en los problemas de salud***

En relación a las enfermedades prevalentes en la infancia, infecciosas y la desnutrición, no se perciben cambios importantes. Los problemas siguen siendo los mismos y en algunas zonas la mortalidad materna ha aumentado. Los conocimientos en salud por el contrario han aumentado, así como actitudes positivas para el cambio.

Sin embargo, se observan importantes avances en las captaciones, cobertura del control prenatal, actividades de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños, atención a la morbilidad y a la fertilidad humana.

Por falta de información de las actividades de ADRA al MINSA, no se pueden precisar más los logros, al inicio del proyecto había una mejor retroalimentación de dichas actividades y se podía evaluar el municipio más real.

### ***Los promotores como viabilizadores de implementación de acciones futuras***

No hay consenso mayoritario de la posibilidad de que los promotores y brigadistas sigan como líderes si ADRA traspasa funciones o deja el territorio de intervención.

Para algunos, ellos están suficientemente preparados y esto les permite un mejor desempeño y como también trabajan en apoyo al MINSA la viabilidad se puede dar. Esto bajo la condición de que se mantengan los Comités y se extiendan a todas las comunidades previamente.

Para otros es difícil que sin el apoyo de un organismo, no tanto en la parte técnica sino logística, se mantenga el dinamismo de la red. Y cuando el liderazgo falla, o se pelean por la ayuda que ADRA da a éstos, vienen las renunciadas, rotación de gente nueva y esfuerzo se pierde. Otro elemento negativo que influye en la viabilidad, es que algunos líderes, aún en contra de la política del organismo, se identifican como promotores o brigadistas de ADRA y no quieren colaborar más con el MINSA a menos que ADRA lo oriente.

Algunos promotores y brigadistas no han cambiado sus actitudes y hábitos, esto trae un mal ejemplo para la comunidad.

### ***Relaciones entre el MINSA y ADRA***

A nivel local y municipal las relaciones son excelentes, no así con la comunicación con los gerentes del proyecto. A nivel local trabajan organizados, participan en las Comisiones de Salud, los líderes y representantes del MINSA se conocen pero en el fondo ambos no se ven como aliados a pesar de tener similares objetivos en salud y ambiente.

A nivel local, las actitudes de cooperación son recíprocas y ambos buscan como mejorar las capacidades de los líderes y la organización eficiente de la comunidad.

### ***Capacidad de liderazgo de los promotores***

Los promotores son líderes natos de la comunidades, muchos de ellos fueron brigadistas capacitados por el MINSA, tienen aceptación de sus comunidades, conviven con ellos y se identifican como tales. La comunicación es buena, logran sensibilizar a las personas en torno a promoción de la salud, conocen los problemas de la comunidad, se preocupan por ella y trabajan en resolver los mismos.

Sin embargo les falta estabilidad, hay rotación y no se ha buscado la causas de las mismas, desde la óptica del MINSA cuando reciben estímulos materiales inician las diferencias, contradicción, inconformidades y renuncias al trabajo voluntario.

### ***Lecciones aprendidas , mensajes positivos***

El principal logro del proyecto ha sido la creación de los Comités de Salud Comunitario, medio a través del cual se han impulsado las acciones en salud, con la presencia y supervisión de un promotor.

También se observa la gran contribución de la red comunitaria en el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia, la cual ha sido eficiente, acertada y de calidad.

La promoción del AEIPI comunitario ha generado gran interés en la participación de la comunidad y continuar con la capacitación de los líderes comunitarios.

### ***Lo no repetible del proyecto***

- \* El subregistro de las actividades que ADRA realiza al no informar al MINSA y otros actores.
- \* Haber perdido el hábito de planificar , evaluar juntos y coordinarse
- \* La estrategia de alimentación que ADRA promueve, se comparte hasta con los animales.
- \* Algunos trabajadores y coordinadores de ADRA no llegan a coordinar con el MINSA.
- \* Dar incentivos materiales a los brigadistas y promotores (ropa, alimento y otros)
- \* La mala percepción de algunos líderes de sentirse "de ADRA".
- \* Dejar que se destruya un Comité de Salud.
- \* Perder la colaboración de buenos brigadistas y promotores por las contradicciones que genera el incentivo material y algunas posiciones "duras" del proyecto y no tanto del organismo como tal.
- \* Pedir tiempo completo para trabajo voluntario

### ***Lo que debe mejorar el proyecto***

- \* El sistema de información
- \* La coordinación con el MINSA
- \* La acelerada capacidad de crecimiento del brigadistas, la idea es que sean tan buenos que a todos se les pueda llamar promotor, o a la mayoría.

- \* Consulta a la comunidad, Alcaldía, MINSA para seleccionar los problemas y diseñar un proyecto para ser sometido a la cooperación internacional.
- \* El sentido de pertenencia a la comunidad del brigadista y promotor.

### ***Las capacidades que el MINSA reconoce en el Brigadista de Salud***

Hay diversos atributos de los brigadistas que hay que resaltar como más mencionados, el ser voluntario, acumular conocimientos, ponerlos en práctica, la experiencia, y sobretodo el reconocimiento de ser destacado desde antes de ser solicitado para apoyar un proyecto o acción y la disponibilidad. Como recurso, valores que representa y experiencia comunitaria debe ser capitalizado.

El brigadista, promotor u otro líder tendrá las capacidades óptimas cuando tenga la capacidad de organizarse y organizar a su comunidad, haga autogestión, desarrolle o fortalezca las acciones en salud, cuando alerte al MINSA u otra institución de algún evento o cambio o problema en la comunidad.

### ***El MINSA compartiendo experiencias en pro de la salud del niño y de la mujer***

Los representantes del Ministerio de salud reconocen que ambos trabajan dirigidos por las mismas políticas y metas, hacia los principales problemas prioritarios. Sin embargo el MINSA no se siente parte de la estrategia comunitaria que ADRA desarrolla, colabora con la estrategia de AIEPI, supervivencia infantil, vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y salud materna, reproductiva y del adolescente; pero de la estrategia comunitaria, la coordinación no es tan buena para sentirse parte de la misma.

Esto no contradice los deseos de una mayor participación y de convertirse en aliados estratégicos y permanentes durante la vida del proyecto y a posteriori para otros proyectos.

### ***Opinión del AEIPI Comunitario***

Es AEIPI comunitario es funcional, ha permitido mejorar las captaciones y los conocimientos de líderes y pobladores. Se menciona un mejor conocimiento de los signos y síntomas de alarma y mejoramiento en la derivación al centro de salud.

El MINSA también desarrolla esta línea de acción con menor cobertura, la fortaleza sería mayor si se implementaran en conjunto.

### ***Posibles cambios en la salud infantil como resultados del componente de seguridad alimentaria***

La mayoría de los informantes del MINSA refieren que no hay cambios evidentes en indicadores de morbilidad, sin embargo los índices de desnutrición no han empeorado.

Algunos opinan que el dar alimento no es la mejor estrategia que ADRA puede desarrollar, esto sólo contiene el hambre y parcialmente, pues además de la embarazada o el niño, el alimento es compartido por toda la familia, a veces vecinos y animales.

Para que haya impacto, debe desarrollarse la comunidad e intervenir en otras causas, conductas y hábitos, a veces los cambios que se observan son temporales.

## VI. *D*iscusión de resultados

Este capítulo integra la comparación de los resultados del estudio de evaluación de fin de término con la línea basal realizada en 1997 y el estudio intermedio realizado en 1999. También aborda el enfoque cualitativo aportado en los estudios con promotores de salud e informantes claves.

### **6.1 Características de la madre y el niño**

Inicialmente hay que señalar el incremento de madres con menos de 18 años que se observa en los resultados del 2000, lo que muestra una debilidad en la promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo juvenil que debe hacerse en adolescentes. Este grupo representan un riesgo obstétrico al igual que el embarazo en mayores de 35 años.<sup>10</sup>

El nivel de alfabetización y de escolaridad de las madres ha venido aumentando, lo que facilita las acciones educativas y la transmisión de mensajes en salud. El indicador de escolaridad es tomado en cuenta para la medición de la línea de pobreza en los hogares.<sup>11</sup>

La valoración de los cambios en las características sociales de las madres son de utilidad para el análisis de los riesgos maternos y de muerte materna.

**Cuadro 4** Indicadores trazadores de la madre y el niño

Indicadores madre y niño	1997	1999	2000	p
Mujeres en edad de riesgo para embarazo	18.9%	22.2%	25.1%	<b>0.050</b>
Niños de 12 a 23 meses	41.6%	48.0%	47.8%	0.100
Niños de 12 a 23 meses	62.9%	70.7%	74.2%	<b>0.001</b>
Proporción de madres alfabetas	31.1%	40.3%	29.2%	0.587
Hijos que van con la mamá cuando sale ella	88.3%	74.7%	84.8%	0.183
Hijos que van con la mamá cuando sale ella	-	76.7%	89.5%	<b>0.001</b>
Contacto con actividades y activistas ADRA				
Conocimiento de señales de peligro				

Fuente: Encuestas CAP 1997,1999 y 2000

El cuidado del niño por la madres cuando sale del hogar por parte del padre va en incremento, por lo que la cobertura de las acciones de promoción en cuanto al cuidado del niño (a) deben ampliarse.

El perfil en cuanto a las enfermedades relevantes en la niñez como son las respiratorias agudas y diarrea sigue sin cambios, aunque se observa un aumento de la prevalencia lápsica de IRAs y una disminución de las EDAs. La relación de las conductas sanitarias, como lavado de manos, agua potable, uso de letrina, información sanitaria, alfabetismo son condiciones que favorecen la

<sup>10</sup> Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. MINSA, Managua 1996. p 88.

<sup>11</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Dossier : Condiciones de Vida y Desarrollo. CIES. Managua 2000. p 55.

prevención de las EDAs<sup>12</sup>, siendo estas acciones promovidas por ADRA en las comunidades de intervención. El reconocimiento de los signos de riesgos en las IRA y la observación de la alteración respiratoria son relevante en la prevención de la evolución a formas graves y la mortalidad por IRA.

## 6.2 Conocimientos de las madres sobre lactancia materna y nutrición

A excepción de la lactancia materna exclusiva, los indicadores de inicio del amamantamiento, oferta de la práctica e inicio de la ablactación han mejorado. Estos resultados son adjudicables a la transmisión de los mensajes educativos y al impacto en los cambios conductuales, lo cual se relaciona con los temas que reciben los brigadistas como parte de su capacitación. Es conocido los beneficios de la lactancia materna en salud y alimentación del niño (a), por lo que la disminución de la exclusividad debe ser considerado como un factor de riesgo de infecciones u otros estados.<sup>13</sup>

**Cuadro 5 Indicadores trazadores para lactancia materna y nutrición**

Indicadores de lactancia y nutrición	1997	1999	2000	p
Da de mamar actualmente	81.7%	79.0%	83.2%	0.615
Inicio adecuado del amamantamiento	80.6%	83.2%	80.1%	0.893
Lactancia materna exclusiva	45.3%	80.6%	71.3%	<b>0.000</b>
Madre sabe cuando debe iniciar ablactación	40.4%	65.9%	71.3%	<b>0.000</b>
Conoce alimentos que contienen vitamina A	74.3%	63.6%	73.9%	0.921

Fuente: Encuestas CAP 1997, 1999 y 2000

Existe una buena práctica de integración de alimentos a la dieta del niño (a), lo que es un soporte importante ante el ataque de las enfermedades prevalentes en la infancia.

Sin embargo no se observa impacto en relación a la línea basal, del conocimiento que las madres tienen en cuanto a alimentos ricos en vitamina A. Probablemente esto esté influenciado por la disponibilidad del alimento en la zona, o cambios en la alternativas de visualización de dichos alimentos, como son calendarios, cuadernos con promoción de alimentos ricos en vitamina A u otros. Puede que la influencia de la entrega del suplemento (aunque bajó significativamente) esté influenciando la fijación de este conocimiento.

La importancia en la promoción de alimentos ricos en vitamina A se relaciona con la susceptibilidad a las infecciones, retraso en el crecimiento y ceguera nocturna, con sus implicaciones en el desarrollo social y mental del niño.<sup>14</sup>

Existen orientaciones de aportar vitamina A durante las jornadas de vacunación<sup>15</sup>, sin embargo esta actividad no está siendo registrada en las tarjetas y por su parte las madres sólo reconocer en un 25.4% haber recibido dos dosis de vitamina A. Estos resultados son producto de la centralización de

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud. Manejo del Paciente con Diarrea. 3ra Ed. OPS Washington D.C 1991. p. 80.

<sup>13</sup> Lawrence, Ruth. La Lactancia Materna. 4ta. Ed. MOSBY Madrid, España. 1996. p. 151.

<sup>14</sup> Bengoa, José Ma. et. al. Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida. P. 238.

<sup>15</sup> Nicaragua. Ministerio de Salud. Boletín Médico sobre Micronutrientes. MINSA. Boletín No.1 Managua, 1999. p 18.

la entrega y registro por parte del Ministerio de Salud, y aunque el indicador fuera mayor, las deficiencias del registro sistemático evidenciado en las tarjetas no apoya su verificación.

### **6.3 Conocimientos y prácticas de las madres para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño**

Un impacto positivo encontrado es la existencia de la tarjeta o carné del niño, separado o integrado con el estado inmunitario. Este resultado contribuye a pensar que se han incrementado las actitudes positivas de mostrar los beneficios de promoción y protección que reciben los niños (as) desarrollado por los brigadistas , promotores y personal del MINSA.

**Cuadro 6 Indicadores trazadores de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño**

Indicadores de vigilancia	1997	1999	2000	p
Tiene tarjeta de atención integral niño	89.8%	90.9%	93.8%	0.060
Se pesó al niño en últimos 3 meses	82.3%	74.7%	86.3%	0.150
Conoce la importancia de pesar al niño	97.9%	93.2%	91.6%	<b>0.000</b>

Fuente: Encuestas CAP 1997,1999 y 2000

Una de las actividades principales con las que contribuye el brigadista y promotor en las comunidades para la vigilancia del crecimiento y desarrollo es con el pesaje de los niños (as), sin embargo este indicador sería más alto si se combinara con la anotación del peso y talla cuando se visita las unidades de salud, o cuando se hacen cambios de tarjetas.

Las acciones en aumento del acto del pesaje podría estar ocasionando un descuido en la promoción de la importancia del acto en sí, el cual persigue un objetivo de prevención. Esta asunción podría apoyar la observación encontrada en la disminución del conocimiento de la importancia de conocer el peso.

### **6.4 Conocimientos y prácticas sobre diarrea de las madres**

Los episodios de diarrea han tenido una disminución evidente para el año 2000, así como el mantener la lactancia materna durante estos cuadros y la ingesta de alimento, lo que previene las complicaciones y ayuda a la recuperación del niño. Los manuales de AEIPI elaborados por ADRA-MINSA<sup>16</sup> e incluso promocionados por otros organismos como Plan Internacional, incluyen estos componentes y son parte de las herramientas educativas del brigadista y promotor.

Se incrementó el uso de las sales orales por las madres en el tratamiento de la diarrea, pero todavía se menciona el uso de antibióticos y antidiarreicos, práctica no recomendable, teniendo en

<sup>16</sup> Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales. Manual para Brigadista de Salud. 3ra. Ed. ADRA. 2000 57 p.

cuenta que la meta del Ministerio de Salud es disminuir a menos del 15% el uso de antibióticos en casos de diarrea a nivel de establecimientos de salud.<sup>17</sup>

Existen registros del MINSA<sup>18</sup> a nivel nacional de uso de sales orales por el 48% de los casos y líquidos caseros en el 24%, indicadores que son superados en estos municipios según los resultados de la encuesta.

Aunque no se logró detectar un incremento de la solicitud de ayuda a los centros y puestos de salud cuando sus hijos (as) enfermaron, la solicitud de ayuda al brigadista muestra que la red comunitaria está funcionando exitosamente dentro del marco de las acciones en atención primaria en salud.

El conocimiento de los signos de alerta para la diarrea se muestra por debajo de las mediciones de años anteriores, a pesar de que los brigadistas y promotores son buscados en mayor proporción que antes, lo cual representa la posibilidad de estar perdiendo oportunidades de transmitir información y aprovechar la actitud de preocupación para reforzar en la práctica el reconocimiento de los signos de alarma.

**Cuadro 7** Indicadores trazadores para prácticas al niño con EDA

Indicadores para EDA	1997	1999	2000	p
Prevalencia de diarrea	35.3%	25.9%	17.4%	<b>0.000</b>
Da lactancia materna al niño con diarrea	88.0%	85.7%	91.6%	0.128
Da líquidos adecuadamente al niño con diarrea	83.6%	66.2%	69.7%	<b>0.000</b>
Da alimentación adecuada al niño con diarrea	60.0%	64.4%	51.3%	<b>0.025</b>
Usa sales orales para tratar la diarrea	55.1%	59.3%	46.4%	<b>0.023</b>
Conoce otros sueros para la diarrea	65.3%	55.5%	63.2%	0.608
No usaron antibióticos	67.9%	51.6%	75.0%	<b>0.041</b>
Solicitó ayuda para el niño con diarrea	70.1%	59.3%	67.9%	0.570
Pidió ayuda institucional	45.0%	46.3%	44.7%	0.961
Pidió ayuda al voluntario de salud	56.1%	24.0%	34.2%	<b>0.000</b>
Madre sabe como alimentar al niño pasada la diarrea	66.8%	44.9%	47.2%	<b>0.000</b>

Fuente: Encuestas CAP 1997,1999 y 2000

Las conductas alimentarias para los niños (as) con diarrea también presentan deficiencias, con las posibilidades de implicaciones posteriores en la recuperación del peso y retraso del crecimiento y posibilidad de otras afecciones.

El conocimiento de sueros alternativos también tuvo un incremento, sin embargo en cada casa de la comunidad o del brigadista debe existir sales orales para rehidratar al niño con diarrea, un inventario y acceso a los mismos sería recomendable que ADRA estudiara. Sin embargo tanto el uso de SRO, sueros alternativos y lactancia materna son indicadores de impacto positivo de las acciones de promoción de la salud del niño. Lo que resta por mejorar es la adecuada alimentación de los

<sup>17</sup> Nicaragua. Ministerio de Salud. Módulo de Capacitación Gerencial en el Manejo de la Niñez en el menor de 5 años con Enfermedad Diarréica Aguda en el Primer Nivel de Atención. MINSA, Managua 1999. 73 p.

<sup>18</sup> Ibid. 17

niños con diarrea como patrón de práctica. "Estudios de casos"<sup>19</sup> de diarrea pueden ayudar a profundizar hasta donde llega la influencia del brigadista y la intervención de las madres en el manejo de los niños con diarrea.

### **6.5 Conocimientos y prácticas de las madres para las enfermedades respiratorias agudas**

Se registra una disminución de la prevalencia de IRA en comparación con línea basal, no así con 1999. Esto podría estar influenciado por el clima y la fechas de realización de las encuestas en los diferentes años.

**Cuadro 8 Indicadores trazadores para prácticas al niño con IRA**

Indicadores para IRA	1997	1999	2000	p
Prevalencia IRA	72.8%	58.3%	62.6%	<b>0.006</b>
Niños que se busca dificultad respiratoria	66.7%	69.6%	57.8%	<b>0.017</b>
Busca ayuda para niño con dificultad respiratoria	76.5%	64.6%	78.1%	0.690
Busca ayuda del colaborador voluntario	25.0%	14.0%	7.5%	<b>0.000</b>

Fuente: Encuestas CAP 1997,1999 y 2000

Sin embargo se disminuyó el reporte de búsqueda de signos de dificultad respiratoria en los niños (as), lo cual es de atender, teniendo en cuenta que con esta acción se previene la evolución a formas graves ante una atención o cuidados primarios de inmediato o se previene la muerte con atención especializada y tratamiento adecuado.

La búsqueda de ayuda para el manejo de niños con infección respiratoria aguda no mejoró, lo cual tiene mucha relación con la percepción de normalidad del padecer catarro o tos. Si los brigadistas están preguntando de la existencia de un niño (a) con tos o catarro, también debe aprovechar para brindar indicaciones de la búsqueda de consejos.<sup>20</sup>

### **6.6 Conocimientos de la mujer sobre las prácticas en inmunización a la madre y el niño (a)**

El logro de un óptimo estado inmunitario para la edad del niño (a) es el objetivo práctico que persiguen los programas de salud infantil, como parte una intervención que asegura la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas, al menos del PAI en Nicaragua.

La mayoría de los indicadores trazadores que se muestran comparativamente han mejorado y presentan un impacto positivo de las acciones comunitarias del MINSA y ADRA a nivel comunitario.

<sup>19</sup> Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 2da. Ed. Managua EL AMANECER, 1995. p 97. (publicación Científica de la Escuela de Salud Pública; No. 1)

<sup>20</sup> Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales. Plan Detallado de Implementación ADRA-CSNS. ADRA, Managua 1997. p 46.

**Cuadro 9 Indicadores trazadores para práctica de inmunizaciones**

Indicadores para inmunizaciones	1997	1999	2000	p
Niños vacunados según la madre	95.2%	97.7%	96.9%	0.268
Madre conoce la edad aplicar vacuna antisarampión	72.5%	54.8%	70.5%	0.578
Madre sabe a quien protege la TT en el embarazo	85.6%	76.4%	83.5%	0.458
Madre sabe cuantas dosis TT necesita embarazada	68.4%	49.7%	51.7%	<b>0.000</b>
Niños con carné	89.8%	90.9%	93.8%	0.064
Niños 1 año edad con esquema completo PAI	84.2%	84.6%	79.1%	0.101

Fuente: Encuestas CAP 1997,1999 y 2000

La introducción de la vacuna MMR y Pentavalente con altos niveles de promoción e información masiva por los medio, ocasionan una disminución en el conocimiento de la edad para vacunar contra el sarampión (monodosis) ya que la vacuna que en la actualidad se aplica es la MMR. Igual situación se presenta con el conocimiento de dosis de BCG condicionado por el hecho que es aplicada al nacer en los establecimientos en donde se atiende el parto, sin embargo en las zonas rurales debe realizarse la promoción teniendo en cuenta las limitaciones del parto institucional. Ante la prevalencia de la tuberculosis bacilífera en Nicaragua, la vacuna previene las formas graves de dicha enfermedad.<sup>21</sup>

En el terreno se observaron problemas con los registros de las vacunas, lo que pudiese estar impactando en el registro de la cobertura universal, que suponemos es mayor, ya que por ejemplo hay registro de peso o CCD y no de vacunas que según la madre le administraron. También se presentan errores en el traspaso de datos al cambiar las tarjetas.

Tal y como se había mencionado anteriormente en los conocimientos de la madres en cuanto a la vitamina A los registros son pobres, a pesar de ser una actividad integrada a las jornadas de salud.

### **6.7 Conocimientos y prácticas de las madres sobre salud materna y planificación familiar**

Se muestra un incremento de las madres con cuatro controles prenatales, pero muy leve aumento en la captación de madres en el primer trimestre, así como el aumento del parto institucional y el uso de métodos anticonceptivos por la pareja.

A diferencia con los indicadores de salud infantil (CAP), los conocimientos de la madre y las prácticas de autocuidado no han mejorado sustancialmente. La prioridad puede estar desviando una mayor atención de los brigadistas y promotores a la implementación del AEPI, Alimentación u otros componentes que se han integrado al proyecto.

<sup>21</sup> Cruz González, J. Ramón. et. al. Informe Anual 1996 del Programa de Control de Tuberculosis. 5ta. Ed. MINSa Managua. 1996. p 8.

Hay reflejos comunitarios de los métodos (más adelante se muestra) que los brigadistas promocionan y que las madres usan. También se observa que estos métodos son mencionados como temas de planificación y que por ser prácticos en su uso (inyecciones, salpingolisis) son promocionados por ADRA y PROFAMILIA.

**Cuadro 10 Indicadores trazadores CAP de salud materna y planificación familiar**

Indicadores para salud materna y planificación	1997	1999	2000	p
Madres con carné de CPN	57.8%	49.1%	51.9%	0.121
Primer control en el I trimestre del embarazo	60.1%	55.8%	58.1%	0.583
Perdió carné de CPN	21.9%	28.7%	18.3%	0.259
Madres con 4 o más CPN	64.2%	55.5%	70.0%	0.114
Dos TT en la tarjeta	73.8%	56.7%	26.0%	<b>0.000</b>
Asistencia institucional del puerperio	97.4%	95.7%	90.2%	<b>0.000</b>
Parto institucional	49.4%	42.0%	52.0%	0.528
Embarazada actualmente	4.8%	11.4%	5.9%	0.527
Desea tener hijos próximos dos años	17.3%	16.0%	24.3%	<b>0.030</b>
Están planificando actualmente	38.8%	56.1%	42.2%	0.387
Usan un método de planificación	34.3%	38.9%	-	

Fuente: Encuestas CAP 1997, 1999 y 2000

La relación observada entre lo referido por la madre y lo registrado en el carné en cuanto al número de controles prenatales representa una mejoraría en el indicador de concentración e induce a afirmar que la información que brinda la madre es confiable. La cobertura (sin impacto) permite evaluar acceso a los servicios el cual es limitado si revisamos la importancia de captar tempranamente a una embarazada para identificar signos de riesgos, ARO, problemas del crecimiento del producto y tiempo para realizar las acciones de prevención y promoción de la salud, así como detectar cualquier enfermedad del embarazo (infecciones urinarias) tempranamente.

Los problemas de registro se siguen presentando en las tarjetas de CPN y no se impactó grandemente en el conocimiento acerca de la protección al niño que brinda la vacuna TT.

Tal vez los aspectos más relevantes que aportan el análisis de estos indicadores, son las limitaciones de las madres para mencionar los factores o condiciones de riesgo del embarazo, lo que contrasta con las limitaciones de un por ciento de los brigadistas mismos en reconocerlos. Sin embargo si se mencionan los síntomas alarmantes como sangrado y fiebre.

Existen contradicciones reportadas con la asistencia institucional del parto y quien cortó el ombligo cuando el niño (a) nació.

La conducta de búsqueda de atención de la madre en el puerperio es baja, lo que debe alarmar, a pesar de tener conocimientos de signos de alarma como sangrado incrementado o mal olor o fiebre que la harían buscar ayuda.

Los brigadistas ameritan trabajar con mayor fuerza en la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que los embarazos en mujeres antes de los 18 años aumentó y un número importante desea tener más hijos. Por otro lado el uso de métodos de planificación para el hombre es casi inexistente, lo que contrasta con los valores y costumbres de la población del norte del país. Esto

limita la prevención con el condón de las enfermedades de transmisión sexual ante la existencia de varios compañeros (as) sexuales en la vida reproductiva de las parejas.

El contacto con ADRA es reconocido en mayor proporción al vincular el apoyo al desarrollo de las comunidades que el organismo ha brindado y por el proyecto de salud del cual son beneficiarias. Sin embargo a pesar de que ADRA promueve que los brigadistas y promotores son de "la comunidad" muchos se identifican o son identificados por la población y actores sociales como líderes de ADRA, tan y como se menciona en los resultados de entrevistas a informantes claves.

### **6.8 Características socioeconómicas de los brigadistas**

Aunque la mayoría de los brigadistas saben leer, un tercio de ellos tienen bajo nivel escolar de primaria, factor que podría limitar el proceso de transmisión y recepción de conocimientos, la profundidad de la información, el autoaprendizaje y el crecimiento individual de los mismos. Unido al hecho de que en el 2000 un mayor porcentaje de brigadistas son nuevos en el ejercicio de este rol, y también que el proyecto se ha diversificado, es necesario que ADRA busque apoyar la línea de crecimiento individual y no solo por los temas de IEC priorizado por el proyecto. Esta limitante fue reconocida por los trabajadores de salud y coordinadores de campo.

A pesar de que los brigadistas trabajan en menor porcentaje para ganar dinero, las charlas y la remisión de información al personal de salud disminuyó, lo que concuerda con las necesidades expresadas por los informantes claves del MINSA y por los trabajadores de campo, en donde expresan que el Sistema de Información del proyecto ha sufrido cambios constantes y que lo que ha mejorado ha sido el sistema de referencia y contrarreferencia, no así la información de las actividades realizadas en las comunidades del municipio. Estos elementos no permiten valorar objetivamente la situación en cuanto a promoción de la salud (prevención y protección) en el territorio.

**Cuadro 10 Indicadores de características de los brigadistas, 1999 y 2000**

Características	1999	2000	p
Brigadistas menores de 50 años	92.0%	90.0%	0.587
Mujeres brigadistas	79.5%	80.5%	0.875
AEIPI como agente de salud	68.2%	40.8%	<b>0.000</b>
Brigadista sabe leer y escribir	98.9%	96.1%	0.520
Brigadista con primaria completa	24.1%	31.1%	0.293
Brigadista con más de 1 año de laborar	83.0%	54.5%	<b>0.000</b>
Capacitación que más recibió			
AIEPI	45.5%		
Lactancia materna		53.45%	0.317
Brigadista trabaja ganando dinero	47.7%	27.6%	<b>0.006</b>
Brigadista trabaja fuera de la comunidad	6.8%	9.5%	0.588
Charla actividad más frecuente realizada	76.1%	66.2%	0.159
Remitió informe a personal de salud	78.4%	61%	0.014

Fuente: Entrevista a brigadistas 1999 y 2000

Las charlas que imparten los brigadistas siguen siendo su principal actividad, tanto para 1999 como para el 2000, pero las atenciones infantiles en el 2000 ocuparon el segundo lugar, con menos número de agentes de AEIPI.

## 6.9 Conocimientos sobre nutrición y lactancia materna de las (os) brigadistas

Los brigadistas conocen en su mayoría la correcta edad de inicio de la lactancia materna, pero el mensaje se percibe erróneamente hasta en un 20% en las madres; ésto indica que existen limitaciones en la recepción de los mensajes claves por las madres, y la mitad de esta razón puede ser debida a la falta de conocimiento del brigadista. Esta limitación se incrementa cuando se revisa que hay un 30% de brigadistas que refieren equivocadamente el período para dar lactancia materna exclusiva, registrándose similar porcentaje en las madres.

Aunque conocen más los alimentos que contienen vitamina A, no han fijado la edad que los niños deben recibir vitamina A. La disminución de este conocimiento podría asociarse al retiro de esta actividad (entrega de vitamina A) a nivel de brigadistas y promotores, centralizándose por el MINSA durante las jornadas. Si ADRA solicitara al MINSA incluir de nuevo el componente, tendría que asegurar que este conocimiento sea fijado por todos los brigadistas.

De manera general, en nutrición y lactancia materna, no se observan grandes cambios en los conocimientos de los brigadistas de 1999 al 2000, pero damos por seguro que si se analiza la cohorte para los nuevos brigadista con este cuestionario, ADRA tendría un instrumento para monitorear el avance en adquisición de conocimientos de los brigadistas.

**Cuadro 11** Conocimientos de los brigadistas sobre nutrición y lactancia materna

Conocimientos	1999	2000	p
Inicio lactancia 1ra hora después del parto	89.8%	90.9%	0.805
Período de lactancia materna exclusiva	71.6%	70.1%	0.836
Inicio de ablactación	84.1%	84.4%	0.954
Alimentos que previene la ceguera	62.5%	71.4%	0.224
Sabe que la sal debe tener Iodo	34.1%	36.4%	0.760
Importancia de pesar a los niños	100%	98.7%	0.520
Conoce edad de 1ra dosis de vitamina A	67.0%	39.0%	<b>0.000</b>

Fuente: Entrevistas a brigadistas 1999 y 2000

## 6.10 Conocimientos y prácticas de los brigadistas para el manejo de las enfermedades diarreicas

Pocas variaciones positivas se logran identificar en los conocimientos y prácticas sobre las diarreas, los cuales superaban el 87% en cuanto a conocimientos de la lactancia y uso de líquidos en niños con diarrea, orientando más de lo acostumbrado, lo que ayuda a prevenir la deshidratación, principal causa de muerte de los niños o de complicaciones graves.

Ligado a una disminución de la prevalencia de enfermedades diarreicas, los brigadistas han tenido menos oportunidad de atender a casos graves de EDA (14%), además de haber dinamizado la red con las referencias a los centros y puestos ante estos casos. Unido a la búsqueda activa de casos de EDAs e IRAs, este aspecto puede considerarse como un logro del proyecto.

**Cuadro 12** Conocimientos y prácticas sobre atención de las diarreas

Conocimientos y prácticas	1999	2000	p
Usar lactancia materna en EDA	87.5%	85.7%	0.736
Usar líquidos en EDA	88.6%	85.7%	0.574
Usar alimentos en EDA	79.5%	77.9%	0.799
Ha tratado EDA	37.5%	23.4%	<b>0.050</b>
Ha usado rehidratación	100%	94.4%	0.097
Ha usado sueros caseros	3.0%	5.5%	0.856
Ha atendido casos graves de EDA	18.2%	5.6%	<b>0.010</b>

Fuente: Entrevistas a brigadistas 1999 y 2000

### **6.11 Conocimientos y prácticas de los brigadistas para las enfermedades respiratorias**

Ha mejorado el conocimiento de los brigadistas en relación a las señales de peligro de las EDA, lo que favorece su adecuada y oportuna referencia a los puestos y centros de salud y evitar las complicaciones y muerte por IRA. Las EDA e IRA ocupan las primeras causas de muerte por deshidratación y neumonías en Nicaragua.<sup>22</sup>

Nuevamente, la búsqueda activa que realiza la (el) brigadista es una actividad que debe seguirse garantizando en cada visita a los hogares, ya que se reporta en las comunidades un aumento en la prevalencia de las IRAs.

**Cuadro 13** Conocimientos y prácticas de los brigadistas sobre IRA

Conocimientos y prácticas	1999	2000	p
Conoce señales de peligro IRA	93.2%	96.1%	0.630
Atendió casos graves de IRAs	21.6%	22.1%	0.939
Refirió casos IRAs graves	73.7%	94.1%	<b>0.000</b>

Fuente: Entrevistas a brigadistas 1999 y 2000

### **6.12 Conocimiento de los brigadistas sobre inmunizaciones**

No son alentadores los conocimientos del esquema de vacunación del PAI en los brigadistas. También se observan problemas en las madres para identificar la edad de introducción de vacuna contra el sarampión y DPT. Parte de este desconocimiento fue la introducción de la vacuna antiviral MMR (sarampión, rubéola y parotiditis) y la Pentavalente (difteria, tétanos, pertusis, hepatitis y contra *H. influenza*). Tanto la BCG como la MMR son monodosis, aplicables al nacer (BCG) y al cumplir un año de edad (MMR) por lo que edad debería ser fácil de recordar.

<sup>22</sup> Ibid 17

Una actualización rutinaria de las vacunas del PAI debe ser hecha en coordinación con el Ministerio de Salud, *sobretudo si se desea potenciar las aptitudes de los brigadistas como consejeros en estado inmunitario. Esto es un eje relevante, ya que el proyecto tiene dentro del marco de supervivencia infantil este componente como prioritario, además de ser una intervención en donde el MINSA y ADRA persiguen los mismos propósitos.*

Vale la pena mencionar que en República Dominicana, a finales del 2000 se reportó un brote de Poliomieltis, enfermedad cuya erradicación era una meta para Las Américas.<sup>23</sup>

**Cuadro 14 Conocimientos de los brigadistas sobre inmunizaciones**

Conocimientos	1999	2000	p
Conoce la edad para vacunar contra sarampión	76.1%	55.8%	<b>0.005</b>
Conoce a quién proge la TT en embarazada	83.0%	81.8%	0.848
Sabe dosis TT en embarazada	87.4%	74.0%	<b>0.027</b>

Fuente: Entrevistas a brigadistas 1999 y 2000

### **6.13 Conocimientos y prácticas de los brigadistas sobre salud materna**

Hay un buen conocimiento de los brigadistas sobre el número de controles que debe realizarse una mujer durante el embarazo y que debe ser captada tempranamente en el primer trimestre. Pero los cambios en relación a la evaluación de 1999 no son significativos.

Por ser información clave y que demandan una acción de consejería y de referencia, los brigadistas deben superar hasta el 100% estos conocimientos en el futuro.

Hay concordancia entre los temas de capacitación que reciben los brigadistas, los métodos de planificación que más recomiendan y las prácticas de las madres de usar inyecciones en la actualidad. Aunque de mayor pragmatismo, el uso de inyecciones anticonceptivas no ha detenido el embarazo precoz en jóvenes, ni los deseos de salir embarazada que tienen las madres ya con hijos menores. Es la consejería la que podría llevar a mejores indicadores, una consejería además, de pareja, ya que la decisión no es solo de la mujer en las áreas rurales.

**Cuadro 15 Conocimientos y prácticas en salud de la mujer**

Conocimientos y prácticas	1999	2000	p
Conoce que embarazada debe hacerse 4 CPN	92.0%	93.5%	0.718
Conoce que 1er CPN en 1er trimestre embarazo	92.2%	88.3%	0.418
Conoce edades riesgo para embarazarse	89.8%	77.9%	<b>0.037</b>
Método de planificación que más recomienda	58.0%	54.5%	
Gestágenos orales			
Inyecciones			0.659

<sup>23</sup> Pan American Health Organization. EPI News Letter. Volume XXII (6). Washington D.C. December 2000

La hemorragia o sangrado, muy certeramente es identificada por los brigadistas como señal de peligro, así como en el puerperio.

#### **6.14 Logros de las acciones y estrategias del proyecto**

##### ***Recursos comunitarios identificados por los brigadistas***

Los comités de salud han sido mencionados como una de las grandes contribuciones que ADRA ha hecho en apoyo a la autogestión comunitaria y como estrategia para la búsqueda de solución a las necesidades y problemas de salud, sin embargo el conocimiento de incremento de comunidades con comité no se ha mejorado.

Los trabajadores de salud e informantes claves, mencionan precisamente, que un elemento que fortalecería el futuro traspaso de funciones del proyecto a la comunidad y otras instituciones, es que en cada comunidad se logre que funciones un comité de salud.

Positivamente los brigadistas son los agentes comunitarios con mayor participación en los comité, *sin embargo la promoción de actividades que se mencionan como producto de los comités son las charlas, actividad que debería ser aprovechada para reafirmar los mensajes claves en salud.*

El resto de recursos de la comunidad como los comités de desarrollo, las casas bases, los comedores infantiles y los huertos no presentan un aumento en 2000, lo cual puede estar influenciado por la planificación y la autogestión, así como a la introducción de nuevos componentes.

ADRA y el Ministerio de Salud son los que tienen mayor presencia y reconocimiento en las comunidades y en las estructuras comunitarias de gestión.

Los huertos parecen ser como intervención, bien vistos por los informantes claves, pero necesariamente para promocionar su aumento, debe acompañarse de un estudio de hábitos nutricionales, dieta, requerimientos para una propuesta adecuada.

##### ***Alcance de la percepción de los promotores de salud***

Hay mucha seguridad de los promotores en relación a la continuidad de las acciones, independientes de que ADRA se retire.

Los promotores de salud están empoderados de su rol y de la capacidad de autogestión para los proyectos de salud que amerite la comunidad.

Es relevante la identificación de los promotores de trabajo conjunto que realizan con el Ministerio de Salud, y éste hecho lo identifican como una base fundamental para las acciones en salud que continuarán desarrollando en la comunidad.

El sentido de pertenencia a la comunidad, la autoestima y el desarrollo de capacidades que los identifican como líderes en salud son las principales características expresadas por éstos.

ADRA ha sido muy importantes para ellos, por la fortaleza a sus atributos como líderes y por las herramientas técnicas que les ha proporcionado.

Aunque el análisis anterior es compartido por trabajadores, pobladores e informantes claves, se orienta más a las intervenciones en salud materna y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.

Pero hay debilidades en torno a la percepción de la seguridad alimentaria, de sus componentes y concepto. Aunque la relación de la buena nutrición y salud se refirió, no fue manifestado en que consiste la estrategia. No se logró establecer la relación entre la disponibilidad biológica (inmunización, atención enfermedades, acceso a servicios de salud etc.), accesibilidad del alimento (real y económica), disponibilidad del alimento (producción) entre otros, relacionado con la cultura, valores y hábitos auto creados (estilos de vida) de los pobladores.<sup>24</sup>

**Cuadro 16 Conocimiento de recursos para la gestión comunitaria**

Conocimientos y participación	1999	2000	p
Comunidades con comite de salud	98.9%	87.0%	<b>0.002</b>
Brigadistas como agentes de mayor participación	67.8%	71.4%	0.650
Charlas, actividad más realizan comités de salud	22.4%	44.9%	<b>0.002</b>
Comunidades con comités de desarrollo	59.1%	49.4%	0.210
Mayor participación comités de desarrollo*			
Alcaldía	47.8%		
ADRA		49.2%	0.835
MINSA			
*Primera mención y como otros organismos (suma)			
Comunidades con casas bases	89.8%	74.0%	<b>0.008</b>
Brigadista agente más frecuente en casa base	98.7%	87.7%	0.907
Puesto de planificación familiar en comunidad	48.9%	54.5%	0.466
Brigadista atiende el puesto planificación familiar	95.3%	70.1%	<b>0.000</b>
MINSA abastece el puesto planificación familiar	81.4%	84.7%	0.657
Maestros laboran en salud en la comunidad	35.2%	40.8%	0.505
Charlas, actividad más frecuente de los maestros	74.2%	44.2%	<b>0.000</b>
Comedores infantiles en las comunidades	50.0%	29.9%	<b>0.000</b>
PIA abasteciendo a los comedores infantiles	43.1%	56.5%	0.073
Huertos en las comunidades	59.1%	63.6%	0.054

Fuente: Entrevistas a brigadistas 1999 y 2000

### ***Lecciones aprendidas del proyecto según los trabajadores de salud y coordinadores de campo***

Los trabajadores de salud y coordinadores de campo tienen una visión amplia del proyecto, teniendo la facilidad de enriquecerse de las experiencias comunitarias y del accionar administrativo de ADRA y de la gerencia del proyecto.

Como trabajadores de ADRA, lograr identificar fortalezas y debilidades ligadas íntimamente al proyecto y muchas de ellas fueron reconocidas en la evaluación de 1999. El espacio de tiempo

<sup>24</sup> Bengoa, José Ma. et. al. Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida. 496 p

entre la evaluación intermedia y de fin de término puede ser la causa de que varias de ellas no hayan sido superadas.

Sin embargo, las barreras administrativas de materiales y otra logística han sido superadas. El clima organizacional es bueno y como factor relevante facilita la comunicación y entendimiento entre los trabajadores y los gerentes.

Ellos reconocen también la contribución técnica y humana que ADRA ha aportado a sus trabajadores en el proyecto, y lo agradecen, pero reconocen desorganización en la alteración de las programaciones que ellos hacen al nivel local por tener que asistir a reuniones en la sede Ocotál. La estrategia de AIEPI y Comisiones de Salud son los mayores aportes que identifican del proyecto a las comunidades.

Los trabajadores de ADRA en el proyecto de supervivencia infantil, identifican a los promotores como líderes, sin embargo para la continuidad del proyecto expresan la necesidad de mejorar su nivel académico (también de brigadistas) y continuar con su capacitación e incentivar la autogestión. Ellos creen que con el apoyo del MINSA, Alcaldía y derivación de apoyo económico y técnico de ADRA se podría garantizar la sostenibilidad y apropiación del proyecto por las comunidades.

Se reconoció las barreras burocráticas que existen en la coordinación con el MINSA a nivel de la meso gestión, aspecto que habría que superar para garantizar la continuidad de las intervenciones comunitarias y la mejora de los niveles de vida de los pobladores. Otro gran problema reconocido es el desconocimiento y la falta de relación con otros proyectos de ADRA en Nueva Segovia.

#### ***6.15 Opinión de la Alcaldía, Religión y MINSA acerca de ADRA y el proyecto de salud.***

Es reconocida por todos los informantes, la contribución social que ADRA ha hecho por mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades. Pero hay un conocimiento disperso de los proyectos que ADRA implementa en las zonas y sus componentes. Específicamente en salud (excepto el MINSA) se desconocen las intervenciones, los actores más bien mencionan los beneficiarios.

Es claro que ADRA debe mejorar sus relaciones con la Iglesia católica predominante en algunas comunidades y tener mejor informados a la Iglesia evangélica. Ellos mismos aprecian que ADRA está divorciado del MINSA aunque trabajan ambos por la salud. El MINSA por su parte, a pesar de tener buenas relaciones en el nivel local con promotores y brigadistas y aún con los trabajadores de ADRA que los visitan no se perciben como parte del AIEPI comunitario, no trabajan como aliados.

El MINSA no cree estar preparado para tomar las funciones del proyecto en la continuidad comunitaria, expresa necesitar a ADRA, incluso más cerca institucionalmente y pide la ampliación del proyecto a otras zonas actualmente no beneficiadas como son Ocotál, Wiwilí, Jalapa. Solicita estar abiertos al trabajo conjunto en la planificación, intervención, monitoreo y evaluación de los mismos. Invita a crear metas comunes e integrar el sistema de información.

Aunque no hay evidencia (falta de información sistemática) que el proyecto haya impactado en la morbilidad y mortalidad infantil y materna, si se han mejorado los niveles de conocimientos y prácticas saludables, así como coberturas de programas entre otros. El período de ejecución del proyecto tal vez en corto para identificar cambio en los indicadores de efectividad o finales del sistema de salud.



## VII. *Análisis de la gerencia del proyecto*

Teniendo en cuenta las recomendaciones del evaluador externo, en relación a integrar la evaluación de la gerencia del proyecto, se hizo uso de la guía proporcionada por el mismo para evaluaciones finales de proyectos requeridos por la USAID.

Con el apoyo de los gerentes de ADRA y del proyecto, fueron investigados en los diferentes niveles y aspectos que la guía proporciona con la colaboración de los trabajadores del mismo.

Para operacionalizar la Guía de la USAID, la consultora elaboró un cuestionario que simplificara la comprensión de la misma y se discutió con el vice-director de ADRA y la coordinadora del Proyecto.

Los resultados de este proceso consultivo y participativo se presentan a continuación.

### 7.1 *Objetivos e indicadores del proyecto*

Se mostró que la gerencia del proyecto tenía conocimiento y pleno dominio de los objetivos, metas e indicadores del proyecto.

OBJETIVOS	INDICADORES
El 90% de los niños menores de 59 meses se estarán pesando trimestralmente para septiembre del año 2000.	% de niños pesados trimestralmente . % de madres que recibieron mensajes educativos sobre CCD. % de clínicas de CCD funcionando . # de madres que han recibido visitas domiciliarias.
Aumentar de 69% a 80% el crecimiento satisfactorio en niños menores de 36 meses para septiembre del año 2,000.	# de niños en crecimiento satisfactorio. % de niños que no progresan. % de niños en crecimiento insatisfactorio. % de niños con riesgo nutricional que recibieron visitas domiciliarias.
Brindar 2 dosis de vitamina A por año al 80% de niños entre 6 y 72 meses de edad, y una dosis anual a MEF.	% de niños de 6 – 72 meses con 2 dosis de vitamina A. % de mujeres en edad fértil con una dosis de vitamina A.
Reducir del 52% al 40% el número de niños menores de 36 meses en estado de desnutrición (como es medida por EL MINSA) para septiembre del año 2,000.	% de niños de 6 – 72 meses de edad que recibieron vitamina A. % de niños desnutridos % de niños normales. % de niños en riesgo. % de niños en sobrepeso
Para septiembre del 2,000 el 100% de las 279 comunidades tendrán voluntarios entrenados en diagnóstico, tratamiento y referencias médicas así como también como tener una UROC funcionando	% de voluntarios que refieren a las unidades de salud
El 90% de los casos de diarreas en las 2 últimas semanas en niños menores de cinco años serán atendidos en las UROCs para	% de niños < de 5 años con EDA tratados con TRO. % de niños < de 5 años en plan A y B tratados con TRO. % de niños < de 5 años con EDA referidos.

OBJETIVOS	INDICADORES
septiembre del año 2,000	% de madres entrenadas en mensajes sobre prevención y tratamientos de las EDAs. % de UROCs funcionando. # de madres que han recibido visitas domiciliarias
Para el final del proyecto, 95% de las 283 comunidades tendrán una UAIRA en funcionamiento, dirigida por voluntario correctamente entrenados. Estos voluntarios serán entrenados en evaluación, clasificación y referencia médica para IRA, de acuerdo al protocolo del proyecto	% de niños < de 5 años con tos o resfriado tratados en la UAIRA. % de madres que han recibido mensajes sobre IRAS. % de UAIRAs funcionando. # de madres que han recibido visitas domiciliarias
Para fin del proyecto, el 90% de los puestos de salud que atienden casos de IRAs referidos por el voluntario, seguirán los estándares del protocolo en el tratamiento de las infecciones	% de niños < de 5 años referidos
Para el final del proyecto 85% de las madres con niños menores de 6 años de edad, consultarán con el personal de salud propiamente entrenado en el protocolo de IRA cuando sus niños tengan respiración rápida y dificultades para respirar	
El 90% de las madres de niños menores de 1 año sabrán porque sus niños deben ser vacunados y sabrán que enfermedades se previenen con las vacunas	% de niños con esquema completo en DPT. % de niños con antipolio completa. % de niños con BCG completa. % de niños con inmunizaciones completa. # de madres que recibieron mensajes sobre la importancia de las inmunizaciones
Incrementar de un 39% a y b 45% el número de MEF con vida sexual activa utilizando algún método de anticoncepción moderno para septiembre del año 2,000	% de MEF con vida sexual activa planificando. # de MEF que han recibido mensajes de planificación familiar. # de comunidades que cuentan con puestos de distribución de anticonceptivos
Aumentar de un 86% a un 90% la cobertura de inmunizaciones con toxoide tetánico (dos dosis) en MEF para septiembre del año 2,000	# de MEF que han recibido mensajes sobre la importancia de la TT. % de MEF inmunizadas.
Aumentar de un 79% a un 85% el número de mujeres embarazadas en control prenatal para septiembre del año 2,000	# de MEF que han recibido mensajes sobre CPN. % de MEF embarazadas. % de embarazadas en CPN. % de embarazadas que han recibido hierro y ácido fólico
El 90% de las comunidades tendrán comités de salud comunitarios formados por voluntarios entrenados que se reúnen mensualmente para realizar actividades de salud para septiembre del año 2,000	% de comités de salud funcionando. % de voluntarios activos por intervención funcionando
36 voluntarios de salud comunitaria serán capacitados con un entrenamiento superior al actual en base al protocolo del proyecto para septiembre del año 2,000	# de voluntarios entrenados como promotores educadores

La localización del proyecto presentó pocas variaciones a lo planteado en el el Proyecto de Supervivencia Infantil Nueva Segovia, ejecutándolo ADRA en 281 comunidades de los Departamentos de Estelí y Nueva Segovia. Los municipios influenciados por el Proyecto, se detallan a continuación:

D epartamentos		
Comunidades	Estell	Nueva Segovia
Pueblo Nuevo	39	
Limay	31	
<b>Sub Total</b>	<b>70</b>	
Mozonte		15
Macuelizo		17
Santa Maria		21
Dipilto		12
San Fernando		12
Ciudad Antigua		7
Quilalf		37
Jícaro		43
Murra		47
<b>Sub Total</b>		<b>211</b>
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>	

Las intervenciones iniciales ejecutadas por el Proyecto en dichas comunidades según los grupos metas, son sistematizadas en la siguientes matriz.

No. de Grupo meta	Intervención	Tipo de Población Beneficiaria	Total
1	CCD	Ninos menores de 5 a.	15,000 ninos
2	EDA	Ninos menores de 5 a.	15,000 ninos
3	IRA	Ninos menores de 5ª	15,000 ninos
4	Inmunizaciones	Ninos menores de 5 a	15,000 ninos
5	Nutricion	Ninos menores de 5ª.	15,000 ninos
	* Racion alimentaria	Madres lactantes	825 Familias
		Ninos Malnutridos	2633 ninos < 3 6 m
		Madres embarazadas	982
6	Salud materna	MEF de 10-49 anos	17,000 MEF

## 7.2 Estrategias del programa

Las metas del proyecto persiguieron aumentar la autoconfianza de las familias y comunidades mediante la mejora en los servicios básicos de salud en madres y niños menores de 5 años, en las 281 comunidades de 11 municipios de la regionl de Nicaragua, para septiembre del año 2000; Reducir la morbi mortalidad materno infantil, mejorando la nutrición y adoptando comportameintos de salud que mejoren el bienestar; y analizar el impacto al darles recursos alimenticios de título II para la reducción de la desnutricción.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
1. El 90% de los niños menores de 59 meses se estarán pesando trimestralmente para septiembre del año 2000.	Elaborar un plan general de Atención Integral del niño en conjunto con el Minsa.  Educación constante a la población por medio de metodologías no formales educativas.  Rediseño de manuales	1. Entrenamiento y reentrenamiento de voluntarios de salud. 2. Mini – Talleres a madres sobre la importancia de CCD. 3.Pesar trimestralmente a los niños. 4.Referir el pesaje trimestral a la unidad de salud mas cercana. 5.Rescate de niños que no se pesaron por diversos motivos 6.Instalación de Control de Crecimiento y Desarrollo.
2.Aumentar de 69% a 80% el crecimiento satisfactorio en niños menores de 36 meses para septiembre del año 2000.	Elaborar un plan general de Atención Integral del niño en conjunto con el Minsa.  Educación constante a la población por medio de metodologías no formales	Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios de salud. Estimular la participacion de las madres en Minitalleres comunitarios (Cocina, Pesaje, Nutricion, Psicologia etc).

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
	educativas. Rediseño de manuales	Proveer alimento donado.
3.Brindar 2 dosis de Vit. A por año al 80% de niños entre 6 y 72 meses de edad . Y una dosis anual a MEF	Coordinación con MINSA para la provisión de suministros de Vit A.	Participar en las JNS y promover educación sobre la necesidad e importancia de la vitamina A Referir a los niños que su esquema de vitamina A este incompleto.
4.Reducir del 52% al 40% el número de niños < de 36 meses en estado de desnutrición (como es medida por El MINSA ) para septiembre del año 2000.	Elaborar un plan general de Atención Integral del niño en conjunto con el Minsa. Provisión de alimentos de título II a todas las familias que tengan mujeres embarazadas o dando de lactar, o niños menores de 3 años de edad. Fortalecimiento de la capacidad a los voluntarios comunitarios en 279 comunidades en las actividades de nutrición y monitoreo de crecimiento. Provisión de semillas para huertos familiares. Educación constante a la población por medio de metodologías no formales educativas. Rediseño de manuales	Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios de salud Estimular la participación de las madres en Minitalleres (cocina, pesaje, nutrición, psicología etc). Proveer alimento donado Promoción de la lactancia materna exclusiva y extensiva Promoción de la semolina de arroz con hojas verdes Promoción de Huertos Familiares
5- Para septiembre del 2000 El 100% de las 279 comunidades tendran vol entrenados en diagnóstico, tratamiento y referencias médicas , así como también como tener una UROC funcionando.	Proveer a 28 comunidades adicionales, voluntarios entrenados para diagnosticar, tratar y referir episodios de deshidratación en las unidades comunitarias. Proveer a las 251 comunidades un entrenamiento mejorado para los voluntarios para poder diagnosticar, tratar o referir episodios de rehidratación en las unidades comunitarias. Promover El manejo de la dieta en caso de diarrea a nivel del hogar a través del entrenamiento de las madres. Promover El mejoramiento del saneamiento (fuentes de agua potable y eliminación de desechos ) en las comunidades.	Entrenar voluntarios que a su vez entrenaran madres para tratar episodios de diarrea enfocando el manejo de la dieta. Establecer o mantener las Urocs dirigidas por voluntarios. Ofrecer programas comunitarios sobre educación de la salud, enfatizando la importancia de las Urocs, manejo de la dieta en caso de diarrea y exclusividad de lactancia materna durante los 4 0 6 primeros meses. Entrenar a los miembros de la comunidad en la preparación de líquidos preparados en El hogar, (en base a cereales o cualquier otra fécula) para el tratamiento de la diarrea. Asistir a la comunidad en el mejoramiento de suministros de agua y saneamiento para prevenir la diarrea (coordinación con COSUDE y PRONORTE).
6- el 90% de los casos de diarreas en las 2 últimas semanas en niños menores de cinco años serán atendidos en las Urocs para septiembre del año 2000	Educación constante por medio de metodologías educación informal. Ampliación de las relaciones y potencial con otros organismos afines para la sostenibilidad de este componente.	Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios de salud comunitarios . Mini – Talleres a madres Rediseño de manuales de EDA Convenio de cooperación ADRA/MINSA y otros organismos Instalación de UROCS
7- Para El final del proyecto, 95% de las 283 comunidades tendran una UAIRA en funcionamiento, dirigida por voluntario correctamente entrenados . Estos voluntarios serán entrenados en evaluación, clasificación y referencia medica para IRA, de acuerdo al protocolo del proyecto	Educación continua Ampliación de las relaciones y potencial con otros organismos afines para la sostenibilidad de este componente.	Captación de brigadistas Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios de salud comunitarios Instalación y equipamiento de UAIRAs Atención y evaluación de niños con IRAs Visitas domiciliarias Minitalleres a madres Actividades preventivas en salud Rediseño de manuales de IRA Convenio de cooperación ADRA/MINSA y otros organismos

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
<p>8-Para fin del proyecto, El 90% de los puestos de salud que atienden casos de IRAS referidos por el voluntario, seguirán los standares del protocolo en el tratamiento de las infecciones.</p> <p>9- Para el final del proyecto 85% de las madres con niños &lt; de 6 anos de edad, consultarán con El personal de salud propiamente entrenado en el protocolo de IRA cuando us niños tengan respiración rápida y dificultades para respirar.</p>	<p>Educación continua y entrenamiento en El tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas a los vol. Y al personal del Minsa.</p> <p>Proveer 28 comunidades adicionales con voluntarios entrenados para diagnosticar o referir episodios de neumonía en las unidades comunitarias.</p> <p>Proveer a las 251 comunidades actuales con un mejor entrenamiento de voluntarios para evaluar y tratar o referir episodios de neumonia en las UAIRAs.</p> <p>Ampliación de las relaciones y potencial con otros organismos afines para la sostenibilidad de este componente.</p>	<p>Elaboracion del protocolo del manejo de los casos de IRA para los brigadistas en colaboración con el MINSA.</p> <p>Supervisión de los mecanismos de referencia y contrareferencia por parte del MINSA y personal del proyecto.</p> <p>Brindar entremaniemto y educación continua con el tratamiento de IRA a los voluntarios y personal del MINSA.</p> <p>Distribuir vestimenta adecuada en los niños en riesgo de contraer IRA.</p> <p>Distribuir medicamentos esenciales</p> <p>Mejorar la pericia de los voluntarios en el diagnóstico de IRAs moderadas – suaves. Por medio de la simplificación del criterio del diagnóstico y proveyendo cursos de refrescamiento.</p> <p>Entrenar a los miembros de la comunidad para ingresar información en morbilidad de IRA y tarjeta de control de tratamiento familiar.</p> <p>Enfocar El programa de IRA hacia la prevención de muertes debidas a la poca vigilancia de IRA.</p> <p>Ofrecer programas comunitarios de la educacion de la salud. Enfatizando la necesidad de las intervenciones a tiempo en casos de Ira, Inmunizaciones, beneficio de la lactancia materna y la relación de las enfermedades con el estado nutricional.</p>
<p>10- El 90% de las madres de niños menores de 1 año sabrán porque sus niños deben ser vacunados y sabrán que enfermedades se previenen con las vacunas.</p>	<p>Poner a la disposición del PAI los recursos logísticos necesarios de campo para las JNS.</p> <p>Educación continua por medio de metodologías no formales educativas</p>	<p>Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios de salud.</p> <p>Minitalleres a madres sobre la importancia de las vacunas y las enfermedades que previenen.</p> <p>Visitas domiciliarias a niños incompletos en sus vacunas</p> <p>Participación activa en las JNS</p> <p>Apoyo a la red de frío</p> <p>Instalación de Puestos de Salud Materna</p>
<p>11- Incrementar de un 39% a yb 45% el número de MEF con vida sexual activa utilizando algún método de anticoncepción moderno para septiembre del año 2000.</p>	<p>Aumentar las relaciones con organismos afines y vincularlos con el grupo meta del proyecto.</p> <p>Creación de la red de apoyo a los programas de Planificación Familiar.</p> <p>Promoción de la educación en planificación familiar</p> <p>Entrenamiento de los voluntarios comunitarios en el uso y distribución de suministros de planificación familiar.</p>	<p>Reuniones periódicas con líderes regiosos y políticos solicitando apoyo en Planificación Familiar.</p> <p>Entrenamiento y Reentrenamiento y seguimiento a voluntarios de salud.</p> <p>Promoción de la lactancia materna exclusiva y extensiva.</p> <p>Entrenamiento a madres, hombres y mujeres en edad fértil sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>Rediseño del manual</p> <p>Instalación de Puestos de Salud Materna en cada comunidad.</p> <p>Suministro de material educativo y de algunos métodos anticonceptivos.</p> <p>Brindar apoyo al MINSA para entrenar adecuadamente a su personal en El diagnóstico y cuidado de casos obstétricos en alto riesgo.</p> <p>Entrenar a los voluntarios de salud</p>

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
		comunitarios en los embarazos de riesgo. Brindar los criterios para identificar a mujeres embarazadas en alto riesgo y entrenar a las parteras para identificar y hacer referencia adecuadas para El cuidado prenatal y traspaso a los hospitales.
12- Aumentar de un 86% a un 90% la cobertura de Inmunizaciones con Toxoide Tetánico (dos dosis) en MEF para septiembre del año 2000.	Poner a la disposición del PAI todos los recursos disponibles por el proyecto para las JNS. Educación continua por medio de metodologías no formales educativas.	Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios. Entrenamiento a mujeres en edad fértil sobre la importancia del Toxoide Tetánico. Apoyo a las jornadas de vacunación a MEF.
13- Aumentar de un 79% a un 85% el número de mujeres embarazadas en control prenatal para septiembre del año 2000	Educación continua por medio de metodologías no formales educativas	Entrenamiento y reentrenamiento a voluntarios. Rescate de las madres incumplidas Visitas domiciliarias especialmente a embarazadas de riesgo. Referencia por parte de los voluntarios de toda madre embarazadas al MINSA.
14- El 90% de las comunidades tendrán comité de salud comunitarios formados por voluntarios entrenados que se reúnen mensualmente para realizar actividades de salud para septiembre del año 2000.	Vincular a los comités a la red de apoyo a los programas de Supervivencia Infantil Elaborar un plan general en conjunto con Minsa de sostenibilidad de los comités de salud	Entrenamiento continuo sobre liderazgo a voluntarios de salud. Entrenamiento específico en la intervención asignada. Reuniones mensuales con personal de MINSA y ADRA para el apoyo a las JNS en la comunidad. Reuniones con líderes políticos y religiosos en apoyo a los comités de salud. Estimular la actividad del voluntario a través de medios públicos (Radio, Prensa, Etc)
15- 36 voluntarios de salud comunitaria serán capacitados con un entrenamiento superior al actual en base al protocolo del proyecto para septiembre del año 2000.	Reducción del personal de ADRA	Ampliar la capacidad técnica local de los voluntarios seleccionados para fungir como Promotores Educadores atendiendo como promedio 10 comunidades.  Reuniones mensuales con personal del Minsa y ADRA para ejecutar los planes elaborados en conjunto.  Evaluación trimestral a todos los voluntarios para la selección de los 36 voluntarios.

### 7.3 Estrategias de Sostenibilidad

Según el diseño del proyecto, el aumento de las capacidades en el reconocimiento precoz de las enfermedades prevalentes en la infancia por parte de los actores de salud (madres, líderes comunitarios, autoridades municipales, eclesiales y autoridades de salud) y el consecuente cambio de hábitos, aseguran el mejoramiento de la salud en la comunidad.

Basándose en lo anterior, ADRA brindó el entrenamiento apropiado a los diferentes niveles de tomas de decisión en salud para enfrentar en el nivel adecuado la demanda de los servicios de salud de las poblaciones metas. En este sentido, las madres fueron entrenadas en el reconocimiento de los signos generales de peligro por enfermedad prevalente y como prevenirlas o darles atención inmediata en el hogar. Por otro lado, la amplia red de brigadistas de salud fueron capacitados para dar una atención adecuada de los casos de diarrea sin deshidratación y su posterior transferencia en caso de complicaciones. Otras enfermedades prevalentes usan la misma

estrategia de atención.

Los casos complejos para un tomador de decisiones comunitario, se refieren a la unidad de salud más cercana. ADRA apoyó la estrategia del SILAIS en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia desde la comunidad a la unidad de salud y viceversa.

El MINSA, a través de la amplia red de brigadistas de salud creados y capacitados por ADRA en su mayoría, mantiene una vigilancia permanente de las prevelencias - incidencias de las enfermedades infantiles comunitarias. Monitorea el uso adecuado de los manejos estandar de las enfermedades y actualiza con frecuencia los conocimientos adquiridos en sesiones apoyadas con recursos propios o de otras ONGs.

Sin embargo, en reuniones con los administradores del SILAIS, se refiere la incapacidad de esta institución para la administración financiera de los Promotores Educadores Comunitarios (PEC). Estos líderes, llaméense PEC, han sido entrenados para liderar aproximadamente 1500 brigadistas de salud de las 281 comunidades y se necesita de un mínimo de asistencia financiera (llamese bolsa de ayuda o viatico) para moverse en el monitoreo de los brigadistas en otras comunidades.

Fue imposible para MINSA asegurar un presupuesto anual \$1800 (mil ochocientos dolares) para un promedio de 3 PEC por municipio (50 dólares mensuales en su equivalente en moneda nacional). Sin embargo, a un año de finalizado el proyecto, ellos están con el mismo ánimo, apoyando las estrategias de MINSA tal como lo hacian anteriormene.

ADRA ha recibido un nuevo financiamiento para 5 años y espera realizar la presión debida en el MINSA para analizar y ver las posibilidades de ser incluidos en su presupuesto para apoyarlos. ADRA no pretende hacer de los PEC, asalariados de MINSA. Ellos han demostrado capacidades más allá de lo esperado por un lider comunitario y MINSA es conciente del apoyo de ellos en el mejoramiento de la salud comunitaria.

### **Casas Bases**

La mejor estrategia impulsada por ADRA es la implementación de casas bases en las 281 comunidades de atención con sus respectivos comites de salud.

Desde la perspectiva de MINSA y ADRA, la casa base es el primer nivel de atención que se brinda a un paciente desde el nivel comunitario. Desde esta perspectiva, la casa base se vuelve el centro de atención en salud para la comunidad y el punto de referencia de MINSA para sus campanas de salud.

Por otro lado, la comunidad se moviliza en el mantenimiento de la estructura en toda su dimension (física, social, económica,etc) lo que garantiza la sostenibilidad de la estrategia de salud comunitaria.

### **Sistemas de Registros**

Los casos atendidos de enfermedades prevelentes de la infancia, JNS, Vigilancia y Promoción del Desarrollo y Crecimiento del niño son reflejadas en el sistema de registros comunitarios. La comunidad esta entrenada para evaluar esos indicadores y tomar decisiones oportunas. La evaluacion de estos indicadores le permite a la comunidad movilzarse en distintas direcciones para asegurar el nivel mínimo óptimo de atención en un paciente en cualqueira de los niveles de toma de decisiones. A este nivel, MINSA y la comunidad se aseguran de mantener el registro adecuado de los indicadores de salud en armonía y la vigilancia perpetua.

### ***La presión de a comunidad***

El proyecto a creado un aumento de demanda de servicios de salud. El conocimiento de los procesos de la enfermedad en la comunidad genera mayor demanda de atención. Muchos casos se resuelven en la comunidad. Otros que demandan asistencia por un profesional de la salud, no son satisfechos en el mínimo adecuado. ADRA ha identificado 3 factores no resueltos por el proyecto:

- \* La calidad de atención en algunas unidades de salud.
- \* La falta de ingresos en el hogar
- \* La carencia de medicinas apropiadas a la enfermedad en el municipio y el costo de ellas.

El primer factor se resuelve si el MINSA asegura un monitoreo continuo a la calidad de atención. El segundo, la situación económica de la zona es muy deprimida. El tercero, MINSA puede controlar los precios y el tipo de medicinas apropiadas.

Ante esta situación y a solicitud de MINSA, ADRA apoyará al MINSA en el monitoreo de la calidad de atención en las unidades de salud, desafiando al personal de la misma en la búsqueda de la excelencia en la atención. Por otro lado, implementará proyectos con créditos agrícolas y pequeños negocios para apoyar a las comunidades en el mejoramiento de los ingresos familiares. Monitoreará la cantidad, calidad y precios de medicinas apropiadas. Por otro lado, apoyará a las comunidades con financiamiento para farmacias comunitarias.

Finalmente, ADRA ha facilitado el proceso de inducción en la comunidad hacia la realización y ejecución de su planificación estratégica. La mayoría de las comunidades tienen la capacidad de realizar sus propias gestiones. Hacen planes a corto y mediano plazo y se han apropiado de las técnicas cualitativas para diseñar su propio futuro. En la actualidad, muchas gestiones han sido satisfechas producto de la movilización comunitaria. Muchos recursos (técnicas autoctonas, medios y modos de trabajo, tierras, semillas, etc ) han salido de la propia comunidad y han resuelto grandes problemas en lo que antes eran dependientes.

#### ***7.4 Factores de influencia en el cumplimiento de los objetivos del proyecto***

Alimentos de título II dirigidos a familias vulnerables, entendidas como familias con niños malnutridos y familias con mujeres embarazadas.

- \* Organización comunitaria
- \* Coordinación con el MINSA en todos los niveles.
- \* Creación de una red de promotores que lideraban a los brigadistas
- \* Equipo que fue capacitado y con experiencia en proyectos anteriores
- \* Aplicación del concepto de casa base a nivel comunitario
- \* Logística del proyecto (motos, radios, vehículos)
- \* Entrenamiento personalizado a los brigadistas de salud
- \* Confianza de la población en los trabajadores y compromisos de ADRA
- \* Adaptación del AIEPI clínico a nivel comunitario
- \* Facilitamos la implementación del AIEPI institucional en el MINSA

- \* Implementación de un modelo de información en el nivel comunitario personalizado siguiendo el modelo de AIN- AIEPI comunitario
- \* Alto nivel de convocatoria de los trabajadores
- \* Capacidad de la comunidad para realizar planes de acción a corto plazo
- \* Relaciones interinstitucionales con organizaciones del estado y sociedad civil.
- \* Proyectos Mitch de ADRA Nicaragua
- \* Visitas domiciliarias de los trabajadores y de los brigadistas
- \* Apoyo a las salidas integrales del terreno y jornadas nacionales de salud
- \* Educación continua al personal del proyecto
- \* Convivencia del trabajador en el municipio.
- \* El MINSA facilitó un espacio físico para muchos trabajadores en las unidades de salud.

Entre las limitaciones para alcanzar los objetivos del proyecto se encuentran:

- \* Falta de asesoría técnica en la planificación del DIP. No estuvieron bien definidos los indicadores de monitoreo de las actividades.
- \* No se actualizó a la gerencia en la administración del proyecto y técnicas de investigación de estrategias de administración aplicadas al proyecto.
- \* No se previó la dimensión de la implementación de la estrategia de AIEPI comunitario, razón por la cual no se describió como iba a funcionar en la comunidad y los diferentes niveles de atención en salud. La estrategia fue incorporada al MINSA un año después de implementado este proyecto.
- \* No se sistematizaron las experiencias que han dado un impacto enorme en la comunidad tales como: La estrategia de AIEPI, la funcionabilidad de los Promotores Educadores Comunitarios, El uso de la balanza Niña Li.E, creada en ADRA Nicaragua y el modelo del sistema de Información comunitaria y diseño de capacitación y transferencia del conocimiento al personal de la agencia, redes y madres comunitarias.

### **7.5 Lecciones aprendidas por componente**

#### **EDA**

- Utilización del Suero Oral
- Cloración del agua
- Prácticas higiénico sanitarias
- Prácticas de fecalismo al aire libre
- Conocimiento de los signos de deshidratación.

#### **IRA**

- Reconocimiento de los signos de peligro para IRA

#### **Nutrición**

- Conocimiento y práctica sobre la importancia del pesaje
- Conocimiento de la clasificación nutricional
- Han adoptado nuevos hábitos de preparación de huertos familiares y comunales
- Conocen los alimentos ricos en vitamina A
- Consumo de alimentos no tradicionales
- Evaluación del desarrollo

- Las madres de niños menores de 5 años adoptaron la práctica de lactancia materna exclusiva.
- Inmunización**
- Las madres adoptan la práctica de poner la BCG al recién nacido
  - La comunidad acude a los puestos de vacunación.

Algunas estrategias serán replicadas en nuevos proyectos, mientras otras serán mejoradas. Nuevas herramientas o enfoques que el proyecto usó o desarrolló podrían ser generalizados, tales como en la estrategia de AIEPI:

- Técnicas de diagnóstico rápido participativo desarrolladas y usadas en el proyecto.
- Modelo del sistema de información comunitaria
- Adaptación de la tabla de percentiles, no en contenido, sino en forma.
- Creación de Promotores Educadores Comunitarios.
- Creación y uso de Balanza Modelo Bebé Li.E
- Creación y uso del Manual de AIN Comunitario (de uso a nivel nacional)
- Creación, uso y propaganda del disco para graficar el Método del Ritmo.

### **7.7 Estudios específicos**

Se realizaron dos Investigaciones operaciones de Título II en toda el área del proyecto y se usaron para mejorar los cambios de conocimiento y conductas de las familias beneficiadas por los proyectos de ADRA.

Apoyo a la Dra. Tita Picado del Banco Interamericano.

Apoyo a INEC.

Las línea basal y evaluación intermedia, los indicadores resultantes de las mismas, son usadas en este informe para objeto de comparación y análisis.

### **7.8 Influencia del enfoque para la movilización comunitaria (participación)**

La movilización comunitaria fue efectiva por los siguientes logros de la comunidad: Más del 80% de los niños se pesan, más del 80% de los niños asisten a la jornada nacional de vacunación, la provisión de raciones alimenticias para grupos de riesgo mejoró el estado nutricional de los niños, el 100% de las comunidades tienen comité de salud y el 84% de las casas bases funcionando, implementación de huertos familiares, proyectos de agricultura, mejoramiento de escuelas, construcción de carreteras y puentes, comedores infantiles, construcción de pozos, miniacueductos, letrinas, reforestación de zonas desprotegidas y conservación de fuentes de agua, créditos agrícolas.

Parte de las lecciones aprendidas de la movilización comunitaria son :

- \* El liderazgo de los trabajadores de ADRA es capaz de movilizar la comunidad en función del desarrollo mismo, aún en condiciones donde ADRA no cuenta con recursos como los alimentos, créditos o logística.
- \* La gente en la comunidad al momento de presentarse a una reunión, son cumplidos.
- \* El trabajo en equipo permitió asegurar que las estrategias del proyecto se implementaran efectivamente.
- \* La involucración de líderes religiosos (protestantes y católicos) en las estrategias del proyecto a nivel de la comunidad, ejemplo: en la implementación de métodos de planificación familiar natural.

De la comunicación para el cambio de comportamiento, se aprendió las lecciones referentes a:

- \* Puesta en práctica de la preparación de alimentos en la comunidad con alimentos producidos en la comunidad.
- \* Utilización de fotos de miembros de la comunidad en documentos de entrenamiento..
- \* Metodología de técnicas más formales (títeres, sociodramas)
- \* Los comité de salud elaboran su propio material educativo.
- \* Ligas del Saber en encuentros comunitarios.
- \* Uso masivo de las radioemisoras locales para la transmisión de mensajes de salud.

Producto de las experiencias, se asegura que la sostenibilidad de actividades existe para cuando se cierre el programa giran en torno a:

- \* La red comunitaria está haciendo su labor solos y estamos en un plan de entrega a las comunidades para que sepan con lo que cuentan y puedan darle un uso continuo, también se está haciendo entrega al MINSA local y central.
- \* Se ha reactivado la organización a nivel de grupos de madres y comités de salud con las ferias comunitarias.
- \* Todos los comités de salud están bien entrenados.

#### **7.9 Impacto del proyecto en la mejora de capacidades**

El proyecto mejoró y fortaleció las capacidades de ADRA en las siguientes áreas:

*En el diseño, implementación y evaluación efectiva del proyecto de supervivencia infantil:*

USAID permitió que el diseño de implementación DIP fuera elaborado por el equipo del proyecto. Esto lo basaron en experiencias anteriores lo cual vino a fortalecer las capacidades del equipo. La implementación del proyecto mejoró las capacidades técnicas de los Trabajadores de salud, supervisores y administrativos, lo que ha asegurado más recursos para ADRA Nicaragua. Las evaluaciones realizadas al proyecto han fortalecido la capacidad institucional de ADRA lo que ha permitido servir para comparar con otros socios los impactos del Mitch.

*Influencia en otros programas o proyectos de ADRA:*

Productos de los esfuerzos efectivos del proyecto de supervivencia infantil antes del huracán Mitch, AID confió proyecto de infraestructura, medio ambiente, distribución masiva para los planes de sequía que ha habido en los dos últimos años y la emergencia después del Mitch (distribución masiva de alimento, ropa, zapatos, medicina, zinc, manejo de brigadas médicas, etc.)

*Capacidad organizacional construida con la contraparte local:*

El MINSA facilitó sin objeciones las labores de ADRA al punto de participar como coejecutor o codiseñador del manual de AIN comunitario.

*Lecciones aprendidas en generación de capacidades de las contrapartes locales:*

- \* Ha permitido mejorar capacidades de realizar actividades oportunas.
- \* El MINSA ha mantenido actualizado al equipo de ADRA.
- \* El MINSA ha dado espacio a ADRA para participar en los consejos municipales de salud a través del UNOPS (Fortalecimiento a los servicios de salud).

#### *El fortalecimiento al MINSA por parte del Proyecto*

- \* Se establecieron intercambios de experiencias entre los SILAIS.
- \* Implementación a nivel de AIEPI Comunitario.
- \* Fortalecimiento de las Coberturas del PAI (Inmunizaciones).
- \* Mejora de las metas de cobertura en los programas de Planificación Familiar, APN, y VPCD.
- \* Fortalecimiento en Capacitaciones a brigadistas que trabajan con el MINSA.
- \* Fortalecimiento en la estrategia de Casas Bases, como primer nivel de atención.
- \* Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en la parte comunitaria.
- \* Fortalecimiento en el establecimiento de la meta en disminución de la morbimortalidad del 2002.

Hay un Plan de Sostenibilidad para el cierre del Proyecto el cual no ha sido bien asimilado por el MINSA.

#### *Mejoría o fortalecimiento a la comunidad como producto de la implementación del Proyecto*

- \* Organización Comunitaria.
- \* Fortalecimiento en la autogestión Comunitaria.
- \* Capacitación a Brigadistas de Salud comunitario y a la comunidad.
- \* Se mejoró la coordinación MINSA- Comunidad.
- \* Se ha promocionado la implementación de Huertos Familiares y Comunales.
- \* Se implementaron alternativas de Seguridad Alimentaria.
- \* Se promovieron Talleres de cocina.
- \* Se estableció un Sistema de Información Comunitario.
- \* Fortalecimiento del nivel de atención primaria con la implementación de Casas Bases.
- \* Organización Comunitaria y Calendarización.
- \* Capacitación y Fortalecimiento de las Visitas Domiciliares.
- \* Se mejoró en el aprendizaje de los signos de alarma, por parte de las Madres en la búsqueda de salud en el momento oportuno.
- \* Fortalecimiento de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva los primeros 6 meses.

#### *El proyecto y el fortalecimiento de alcaldías, u otros entes o instituciones*

- \* Producto de la relación establecida con las Alcaldías, especialmente después del Huracán Mitch, las alcaldías pudieron cumplir compromisos de estructuras.
- \* Autoconstrucción de viviendas .
- \* Rehabilitación de miniacueductos, letrificación, además se establecieron vías de acceso secundaria.
- \* Viveros de reforestación
- \* Rehabilitación de asequias .
- \* Rehabilitación de Parroquia de San Fernando, esto coordinado con la Iglesia.

- \* Fortalecimiento con la iglesia Católica y protestante para uso de métodos naturales.
- \* Fortalecimiento en Capacitación en la implementación del AIEPI comunitario a FUNDEMUNI, SAVE THE CHILDREN, ALISTAR.

*Facilidades provistas y la relación con la comunidad se ha dado efectiva, ente por medio de:*

- \* Organización comunitaria
- \* Implementación de Huertos Familiares
- \* Talleres de Cocina utilizando los recursos propios de la comunidad.
- \* Planes de Acción
- \* Reparación de Caminos.
- \* Capacidad de liderazgo en las comunidades.
- \* Pero todavía hay poca aceptación a la demanda de métodos de planificación artificiales.

### **7.10 Impacto del proyecto en el desempeño de los trabajadores**

*Efectividad del enfoque*

- \* Se capacitó en la estrategia recientes asimiladas por el MINSA y adaptadas a la realidad del país.
- \* Apoyo a las Jornadas Nacionales de Salud.
- \* Apoyo a Salidas Integrales.
- \* Se ha mejorado la efectividad de las diferentes jornadas en el MINSA.

*Objetivos para ellos*

- \* Hacer captación y aumentar la cobertura en los diferentes programas.
- \* Fortalecimiento de capacidades del personal del MINSA.

*Lecciones aprendidas*

- \* Que sí se puede trabajar de forma coordinada con el MINSA y cumplir objetivos comunes.
- \* Mejoramos actitudes en el brigadistas para que fueran de mayor utilidad al servicio de la comunidad a través del MINSA.
- \* Es importantes para apoyarnos y poder desempeñar nuestra labor como proyecto

### **7.11 Estrategia de capacitación**

La capacitación adoptó el carácter de personalizada y en forma de cascada. (forma directa, visitas domiciliarias, formación de grupos con máximo de 3 personas, desviación positiva). Fue efectiva en conocimiento pero para cambios de conducta no se logró totalmente.

*Objetivos de la capacitación*

- \* Para generar cambios de hábitos de salud.
- \* Para influir en la disminución de la morbi mortalidad.
- \* Para crear capacidades propias de la comunidad.
- \* Para estimular la formación de líderes capaces de buscar alternativas para la comunidad.
- \* Para mejorar la calidad de vida de las personas.

*Evidencias de que la capacitación provee una nueva vía de hacer las cosas*

- \* Capacidad de autogestión.
- \* El reconocimiento del MINSA en la aplicación de las estrategias.
- \* Capacidad de establecerse metas.
- \* Cambio de visión en el uso de recursos propios para crear alternativas de alimentación y otros.
- \* Reconocimiento y confianza comunitaria.

*Lecciones aprendidas de este proceso*

- \* Se le debemos respeto a la comunidad.
- \* No realizar ningún tipo de imposición a la comunidad.
- \* Que todas deben de tener igual derecho de oportunidades

Los planes para sostener estas actividades al cerrar el programa integran los supuestos siguientes:

- \* Que los brigadistas le den seguimiento a los planes de acción trazados y la actualización de los mismos.
- \* Que el MINSA de continuidad en condiciones mínimas a las capacitaciones.
- \* Que los brigadistas den continuidad a las capacitaciones en la comunidad en condiciones básicas.

**7.12 Resultados de la gerencia del programa**

*Fortalezas*

- \* Trabajo en Equipo.
- \* Capacidad organizativa de la gerencia
- \* Capacitación al personal
- \* Establecimiento del programa de capacitación
- \* Logística de material didáctico.
- \* La creación de actitudes en el personal de campo
- \* Buena Administración de los Recursos
- \* Disposición de Trabajo del Personal

*Debilidades*

- \* Medios de Transporte.
- \* Sistema de referencia no fue funcional en su totalidad.

*Proceso de planificación y su efecto en la implementación del PS:*

El proceso de planificación respondía en su mayor parte a las necesidades comunitarias, MINSA y proyecto y en este proceso había participación activa de la comunidad, MINSA y proyecto.

Basados en la experiencia pudo haberse incorporado los indicadores de AIN y AIEPI y fortalecer el Plan de sostenibilidad y fortalecer la implementación del proyecto.

*Capacitación del equipo*

Las capacitaciones se orientaron a:

- \* Capacitación de Liderazgo Comunitario
- \* La estrategia de AIN - AIEPI
- \* Manual de Instrumentos de Vigilancia
- \* Capacitación de Técnicas no Formales
- \* Grupos Focales
- \* Taller de Sistema de Información en Salud
- \* Taller de Planificación Familiar
- \* Taller de EDA
- \* Taller de IRA
- \* Taller de Lactancia Materna
- \* Taller de Nutrición
- \* Taller de Seguridad Alimentaria
- \* Taller de Inmunización
- \* Taller de Crecimiento y Desarrollo
- \* Taller de Huertos Familiares
- \* Taller de género
- \* Taller de investigación social cualitativa
- \* Taller sobre enfermedades transmitidas por vectores
- \* Taller de autogestión municipal
- \* Capacitación de cocina campesina.

*Cambios en conocimientos, destrezas y competencias (ADRA y MINSA):*

- \* Aplicación de técnicas participativas
- \* Manejo de técnica de enseñanza
- \* Cambio de visión
- \* Desarrollo Comunitario
- \* Mejorar aptitud de liderazgo
- \* Profesionalización del equipo
- \* Preparación de material didáctico.

- \* Destreza para transmisión de conocimiento.

Las evidencias de las ganancias de la capacitación se materializan en el nivel de destreza y capacidad de la red comunitaria.

*Lecciones aprendidas en construcción de capacidades del equipo del proyecto:*

- \* Aprendizaje Mutuo
- \* Intercambio de Experiencia
- \* Nivel de conciencia de la importancia del trabajo mutuo
- \* Aprendizaje continuo
- \* Creación de un ambiente laboral adecuado y agradable.
- \* Creación de aptitudes en los grupos de trabajo

*Supervisión al equipo de PSI*

Era un sistema que cumplía en su mayoría, pero debía ser mejorado y se cree fortaleció al proyecto basados en que:

- \* Permitía fortalecer el equipo comunitario.
- \* Se tomaron decisiones oportunas y adecuadas.
- \* Mejor planificación de actividades.
- \* Permitió una orientación adecuada de objetivos, metas y estrategias.

*Recursos humanos y Gerencia del equipo PSI*

La política de reglamentos internos y de procedimientos del personal son generales para ADRA y son válidos en todo momento. La operatividad del proyecto a nivel general no va a ser aplicada en todo su contenido, pero sí algunas pautas a nivel comunitario.

Debido a la mística que impera entre los miembros del equipo de trabajo de Supervivencia, las pocas asperezas que han existido se han logrado eliminar y en lo humanamente posible, la moral de desempeño del cumplimiento de labores, dependiendo de las responsabilidades, se ha cumplido de forma satisfactoria.

Se puede decir que se está finalizando un plan de entrega al MINSA y a la comunidad que se inició con una primera etapa de destete del personal comunitario, donde se ha ido dejando de forma paulatina sólo al promotor y al brigadista para lograr evaluar su potencial de liderazgo independiente del proyecto y su capacidad de coordinación con el MINSA. Posterior a esta etapa se inició la segunda etapa en la cual la presencia del trabajador del proyecto era casi nula a nivel de las comunidades. La tercera etapa que es la que se está llevando actualmente a cabo, es la entrega a la comunidad y MINSA de los diversos logros que se obtuvieron.

### **7.13 Gerencia financiera y logística**

El 73% del presupuesto del proyecto fue financiado con fondos de USAID. El 27% restante se financió con fondos propios de ADRA. El manejo financiero del proyecto fue adecuado a las necesidades del mismo, según lo refleja la última auditoría a Junio de 1999.

ADRA cuenta con personal capacitado para elaborar presupuesto. De hecho, se escribió un proyecto de supervivencia infantil que fue aprobado y que ya se está desarrollando en el Departamento de Madriz.

Las diferentes operaciones financieras se realizan de forma satisfactoria, así lo reflejan las auditorías por auditores externos (ver auditorías del proyecto). La última se realizó en Septiembre de 1999 y las finanzas fueron auditadas hasta junio 1999. Al final de Diciembre, se ejecutó el periodo Julio 1999 a Diciembre 2000.

Se cree que las diferentes consultorías y asesoramientos que se realizaron fueron vitales y oportunos para el desenvolvimiento del proyecto.

Para todo proyecto el apoyo logístico es vital ya que garantiza en parte el cumplimiento de las metas.

Durante la vida del proyecto no hubo problemas de mayor importancia referente al abastecimiento y al apoyo de materiales que se brindaron en las diferentes actividades que se brindaron al personal y que fue sostenible durante toda la vida del proyecto.

#### **7.14 Información gerencial**

Las diferentes evaluaciones que se realizaron durante la vida del proyecto, fueron la guía que permitió ver el avance y a la vez valorar las partes débiles del proyecto para que así se establecieran nuevas estrategias para alcanzar el cumplimiento óptimo de la meta del proyecto.

La utilización de la información obtenida posterior a los diferentes procesos evaluativos de recolección de información, fue utilizada tanto a nivel del proyecto como a nivel del Ministerio de Salud y la comunidad.

Evidenciados en los informes trimestrales, se observaron como los datos generados fueron usados para tomar decisiones técnicas o gerenciales.

Cada tres meses, se realizaba la recolección de datos para elaborar el informe trimestral y posterior a la obtención de los resultados se realizaban análisis técnicos concernientes a los diversos componentes del programa, entre ellos tenemos, los índices de mortalidad infantil, los índices de mortalidad materna, los déficits de conocimientos del manejo de las diferentes intervenciones a nivel comunitario, y posterior a este análisis se aplicaban estrategias que reforzarán las metas de cobertura que se establecía el Ministerio de Salud o las diversas estrategias concernientes a rescates, estudio de casos, visitas conjuntas, que permitieran influir de una manera positiva en la salud y la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia en la comunidad.

Cabe mencionar que este análisis se realizaba a nivel del proyecto, del Ministerio de Salud y Comunitario.

La colecta de datos se extendió a otros sectores tal como el Ministerio de Salud, comunidades, y algunos Organismos como Basic, Cruz Roja Americana, FUNDEMUNI, Ayuda en Acción, P.M.A., entre otros.

Los datos del monitoreo se han usado para tomar decisiones inmediatas inherentes al problema que se presenta en ese momento y para reforzar algún déficit, si es que lo hay, en nuestro objetivo.

El nivel de impacto que ha tenido el proyecto se ha reorientado para aumentar el alcance de los diferentes objetivos y metas propuestos por el proyecto.

### 7.15 Soporte técnico y administrativo

Actividad	Tipo de Fuente	Línea de Tiempo	Utilidad
Maestría de Desarrollo Internacional	Andrews University	Agosto 96 Marzo 2000	Planificación, Redacción y Gerencia de Proyectos y Formación y Administración de OSL. <sup>25</sup>
Visita de Representantes de USAID Washington.	USAID Washington	Septiembre 97	Coordinar la implementación de este proyecto con la investigación operacional de Título II
Visita de representantes de USAID Nicaragua	USAID Nicaragua	Diciembre 98 Marzo 99	Supervisión de actividades de atención a damnificados del HM <sup>26</sup>
Visita de Representantes de Development Associates.	P.M.U. <sup>27</sup> / USAID Nicaragua	Noviembre 97 Febrero 98 Junio 98 Noviembre 98 Enero 99 Febrero 99 Julio 99 Enero 2000	Supervisión de actividades del proyecto.  Diseño del Sistema de Información.
Visita del Representante del MINS Central	MINS	Noviembre 97	Monitoreo del Proyecto.
Visita a Proyecto PSI, CARE Matagalpa	CARE	Febrero 98	Ver éxito de actividades de seguridad alimentaria en el Proyecto.
Entrenamiento en DRP <sup>28</sup>	USAID Nicaragua	Marzo 98 Abril 98 Junio 98	Aumentar la capacidad de las comunidades para realizar planes de acciones sostenibles.
Reuniones Técnicas de PVOs <sup>29</sup> cofinanciados por USAID.	USAID Nicaragua	Julio 97 – Octubre 98 Junio 2000 Enero 2000	Orientaciones generales para Administración de Proyectos.
Reuniones de Coordinación interagencial para afectados HM	Médicos Sin Fronteras Ayuda en Acción	Agosto 99 Enero 2000 Febrero 2000	Planificación para asistencia a afectados del HM en Quilali
Evaluación de Medio Termino	Consultoría	Octubre 99	Conocer avances del proyecto
Afinamiento de Estrategias de AIN	MSH <sup>30</sup> y BASIC CRA <sup>31</sup>	Noviembre 99 Mayo 99 Mayo 2000 Julio 2000	Compartir experiencias comunitarias de AIN/ AIEPI
Visita de Congresistas Norteamericanos	Gobierno EEUU	Diciembre 99	Monitoreo de asistencia a afectados del HM
Presentación de Estrategia	MINS, OPVs	Diciembre 99	Fortalecimiento de la estrategia

<sup>25</sup> Organizaciones Sin Fines de Lucro

<sup>26</sup> Huracan Mitch

<sup>27</sup> Project Management Unit

<sup>28</sup> Diagnóstico Rápido Participativo

<sup>29</sup> Private Voluntary Organizations

<sup>30</sup> Management in Science for Health

<sup>31</sup> Cruz Roja Americana

Actividad	Tipo de Fuente	Línea de Tiempo	Utilidad
AIEPI comunitario	OPS, UNICEF,	Enero 2000	comunitaria de ADRA y compartir experiencias
Estudio Piloto Nutricional	Banco Mundial	Mayo2000	Entrenamiento a personal para el estudio

En la parte de la sistematización de las experiencias, en la aplicación de las diversas estrategias nuevas que se incorporaron al proyecto.

Durante la vida del proyecto, fueron visitados 2 veces por el Buró de Programas de la Sede en Washington. Estas fueron visitas de acompañamiento técnico y financiero para el manejo del proyecto.

Numerosas visitas fueron provistas por la administración ejecutiva, financiera y programática de ADRA Nicaragua. Estas visitas se realizaron para apoyar la implementación, monitoreo y evaluación del mismo. Otras fueron para orientar la administración financiera de la misma.

Por parte del PMU, (Entidad financiada por USAID para la supervisión de OPVs cofinanciadas) se recibió mucha asesoría y supervisión las que sirvieron para mejorar la conducción del proyecto. (véase anexos). Después de HM, cerró el PMU y USAID delegó la responsabilidad a MSH.

#### *Las lecciones gerenciales aprendidas*

Cuando se inicia una estrategia nueva en un proyecto ya establecido, debe de contarse con un proceso de preestablecimiento en una muestra de la población para que después sea ampliado a toda la población. Es de valiosa ayuda un personal debidamente capacitado en los diversos componentes del proyecto. Se identificó la importancia de realizar intercambio de experiencias entre el Proyecto y socios, así como también a nivel comunitario.

Otros logros fueron:

- \* Credibilidad que ADRA ha alcanzado ante los otros organismos
- \* Capacidad de Organización Comunitaria
- \* Creación de Equipos e Instrumentos de enseñanza
- \* Capacidad Operativa ante situaciones de Emergencia.

#### *Lista de todos los miembros de PSI y de ADRA con respectivo cargo o función y título.*

Nombre del oficial	Cargo	Funcion-
Dr. Mike Negerie	Director de Salud, ADRA HQ	Asesoría Técnica, Representante de ADRA en NGO Network for Health
Lic. Randy Purviance	Director de Programas ADRA HQ	Asesoría técnica para Latinoamérica y Africa
Lic. Edwin Baumgartner	Director Nacional hasta 1998	Responsable de la Agencia
Lic. Anthony Stahl	Director Financiero hasta 1998 y Director Ejecutivo hasta 2000	Responsable de finanzas y de la agencia
Lic. Mauricio Matus	Director financiero a partir de 1998	Responsable de finanzas
Lic. James Ortiz	Director de Programas	Supervisor inmediato del proyecto

TSV Isidro Rodriguez	Director de Proyecto Supervivencia Infantil hasta Sep 2000	Gerencia del proyecto.
Dra Sindy Vasquez	Directora de proyecto Supervivencia Infantil desde sept 2000	Gerencia del proyecto
Lic Edward McField	Sub' director del proyecto	Asistente administrativo para el proyecto
2 médicos, 1 enfermero profesional, 1 rayos x y 1 contador con experiencia en salud	Supervisores del proyecto	Implementación, Supervisión, monitoreo y entrenamiento en el proyecto
Equipo de trabajadores de salud	Idem	Capacitación, Monitoreo y apoyo comunitario en salud
Equipo de apoyo	Cajero Contador Gestor Conductores Vigilantes Secretaria	Apoyo a las actividades de campo.

Las personas que participaron en el completamiento del cuestionario de USAID fueron:

Dra. Martha González, Consultora.

Sr. Isidro Rodríguez, Vice Director Ejecutivo, ADRA Nicaragua.

Dra. Sindy Vásquez, Directora del Proyecto, ADRA Nicaragua.

Equipo del Proyecto Supervivencia Infantil.

## VIII. Conclusiones

- ADRA es reconocido por todos los actores sociales como un organismo que ha venido a mejorar las condiciones de vida de los pobladores, pero se desconoce la amplitud y diversidad de sus proyectos.
- Todos los informantes claves reclaman conocer más sobre todos los proyectos de ADRA en las comunidades, y participar en las etapas de diseño, ejecución y evaluación.
- El proyecto de supervivencia infantil en Nueva Segovia y dos municipios de Estelí, presenta impactos importantes en la promoción de la salud del niño, pero con algunas limitaciones en cuanto a conocimientos y prácticas del autocuidado de la mujer durante el embarazo y el puerperio.
- Las coberturas de inmunizaciones son buenas, pero la cobertura universal no fue modificada, teniendo en cuenta los problemas de registro al introducir dos nuevas vacunas al esquema en sustitución de otras, lo que ocasionó en todo el país alteraciones de los indicadores.
- El nivel educativo de los brigadistas todavía es bajo.
- Los conocimientos de los brigadistas sobre lactancia y nutrición son adecuados, no así sobre la edades de administración de la vitamina A y en el manejo de los esquemas de vacunación siendo una limitante para la correcta transmisión de consejos a la madres e indicaciones de faltas de vacunas.
- Se registran menos atenciones de EDAs graves, una mejor atención de las IRAs por los brigadistas, con conductas adecuadas de derivación de los casos graves.
- Por omisión de llenado de las fichas de una encuestadora dos preguntas registran una disminución de los comités de salud por los brigadistas, así como la participación de los maestros y aumento de comunidades con comedores infantiles. ADRA podría revisar sus planes de cobertura, ya que la iniciativa de los Comité de salud, ha sido identificada por los actores claves como la más importante contribución de este organismo y que ha servido para viabilizar muchas acciones comunitarias.
- Los huertos han sido recomendados como una intervención más sostenible que el brindar alimento, o pueden ser complementarias. Se ha dado con frecuencia la duplicidad en la entrega de alimento, la Alcaldía ofrece llevar un mejor registro de los mismos. El alimento dado por el trabajo en la extensión de caminos hay que acercarlo a áreas de extrema pobreza. Trabajar en las prácticas de alimentación de acuerdo a la provisión local, disponibilidad y accesibilidad.
- El proyecto de salud, es más conocido por el MINSA, pero no mucho por los alcaldes y líderes religiosos, importantes facilitadores para el logro de metas comunes, teniendo en cuenta la diversificación que el proyecto de salud ha tenido y de la influencia de la iglesia en las comunidades.

- La percepción en general, es que ADRA no se retire del territorio en salud, pues el traspaso de funciones no se ha garantizado, ni podrá realizarse si no garantiza un apoyo institucional para el seguimiento efectivo de la red, tal como proponen los trabajadores de salud. Sin embargo los promotores están empoderados de su rol y aseguran poder junto con el MINSA seguir desarrollando las intervenciones consolidadas e incrementarlas.
- A nivel comunitario, se dan muy buenas relaciones del MINSA, alcalditos y brigadistas – promotores. Son reconocidos como líderes los promotores, pero los brigadistas en sí tienen menores niveles de conocimientos y prácticas correctas en salud que los que se captaron al inicio del proyecto.
- La conclusión personal de la consultora, es que el proyecto ha generado riqueza en conocimiento, ha acumulado capital humano, ha desarrollado la parte espiritual de los trabajadores, ha fomentado el autocuido de la población con traspaso responsable de conocimiento, dando herramientas y opciones. En particular, creo que el departamento de Nueva Segovia amerita una extensión del proyecto, un acercamiento y trabajo integral con el MINSA como inicio del traspaso de funciones.
- El proyecto cumplió con a la mayoría de sus metas verificadas por medio de los indicadores expuestos en el acápite gerencial y seleccionados para ser comparados con la línea basal y evaluación intermedia.

## IX. *Recomendaciones*

- ADRA debe revisar las acciones que se vienen apoyando en las comunidades en relación a la prevención del embarazo en edades de riesgo, ya que existe un aumento de embarazadas encontradas con menos de 18 años. El trabajo en este grupo debe incluir intervenciones desde las escuelas y educación secundaria, así como promocionar la transmisión de valores educativos por los padres a sus hijas e hijos.
- Ante la necesidad de que las madres salgan a trabajar, en actividades agrícolas o domésticas, se incrementa el cuidado de los niños (as) menores por el cónyuge o hermanos. Se recomienda ampliar el grupo beneficiario de conocimiento del cuidado específico de los niños (as).
- Seguir fortaleciendo acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva y de sus ventajas, indicador que no ha podido ser modificado a pesar de ser un contenido educativo prioritario. Una investigación más profunda usando método de estudio de casos con enfoque cualitativo ayudaría a explicar mejor las razones que impiden la exclusividad de la lactancia.
- Tanto el Ministerio de Salud, como los brigadistas y promotores de la comunidad, deben hacer esfuerzos por mejorar el registro de las tarjetas, sobretodo en lo referente a vacunas, peso, talla y vitamina A. Se debe integrar el sistema de información.
- ADRA podría apoyar el nivel educativo como incentivo para el mejoramiento al acceso educativo y materiales escolares a los brigadistas y promotores.
- Hay que insistir en la vacunación sobre los temas de enfermedades prevenibles por vacuna y los síndromes que están bajo vigilancia, teniendo en cuenta la aparición de la polio en el Caribe (República Dominicana) y brotes reemergentes de sarampión.
- Vale la pena capacitar a los brigadistas y promotores más allá de la teoría, con búsqueda de casos graves de EDAs e IRAs en la comunidad que podrían servir como ejemplo para práctica de los conocimientos que se van adquiriendo.
- ADRA debe modificar sus tácticas operacionales en la implantación de los proyectos, específicamente en salud, hay una percepción de que años atrás las relaciones eran mejores y deben trabajar como aliados. Valdría sostener reuniones de gerentes y encuestas anónimas para identificar impresiones y problemas gerenciales.
- La Alcaldía recomienda a ADRA acercarse a CARE, MINSA y otros organismos para tener mejor cobertura, tanto en agua, como con otros organismos que harán nuevas casas bases, aunque algunas están sin terminar, y se podrían salvar recursos.
- Coordinar logros de metas en conjunto ADRA, Alcaldía y MINSA, esto representaría un ejemplo nacional e internacional de la gestión del proyecto.
- Hacer un estudio de las causas directas, condiciones, estilos de vida de la población y salud. Así como estudios de casos para el análisis de ciertas conductas de riesgo en torno al autocuidado de la mujer y del niño.

- Utilizar en enfoque de riesgo para las intervenciones en seguridad alimentaria.
- Trabajar con los gobiernos locales para proyectos de autosostenibilidad que generen empleo y mejores la capacidad adquisitiva.
- Integrar a las estadísticas del MINSA la producción comunitaria en salud, para construcción más real de los indicadores y metas. Continuar con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia comunitaria en coordinación con el MINSA.
- ADRA, internamente deberá analizar las debilidades que los trabajadores en las evaluaciones vienen presentando, ya varias de ellas se han repetido, tales como los cambios de registros, el llamado frecuente a reuniones alterando la planificación, la necesidad de crecimiento en toda la estructura comunitaria y de ADRA y la dificultades de movilización entre otros.
- En los proyectos, ADRA debe planificar adecuadamente el período de sometimiento de las evaluaciones de medio término y finales, ya que la diferencia con la actual es de once meses. Esta recomendación no gira en torno a la comparabilidad de los indicadores ya que existe una línea basal, sino en la oportunidad del proyecto de integrar ajustes al mismo, objetivo fundamental de las evaluaciones intermedias.
- Finalmente, experiencias tan positivas como las del PSI de ADRA con el SILAIS Nueva Segovia, deberán ser sistematizadas y compartidas a otras ONG como estrategias innovadoras en salud.

## X. Bibliografía

1. Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales. Manual para Brigadista de Salud. 3ra. Ed. ADRA. 2000
2. Bengoa, José Ma. et. al. Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida.
3. Benguigui, Yehuda. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Diálogo sobre Atención Infantil. (1) Grupo CID. Washington D.C., 1997.
4. Cruz González, J. Ramón. et. al. Informe Anual 1996 del Programa de Control de Tuberculosis. 5ta. Ed. MINSa Managua. 1996.
5. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Declaración Mundial de la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño. Nueva York, EEUU. UNICEF, 1990.
6. Lawrence, Ruth. La Lactancia Materna. 4ta. Ed. MOSBY Madrid, España. 1996.
7. Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. MINSa, Managua 1996
8. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio. Managua, Nicaragua. MINSa, 1997.
9. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normas de Planificación Familiar Managua, Nicaragua. MERCURIO. 1996.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual: Instrumentos de Atención Integral a la Niñez. Managua, Nicaragua. MINSa 1997.
11. Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Managua, Nicaragua. MINSa. 1996.
12. Nicaragua. Ministerio de Salud. Módulo de Capacitación Gerencial en el Manejo de la Niñez menor de 5 años con Enfermedad Diarréica Aguda en el Primer Nivel de Atención (C.G.E.D.A) Managua, Nicaragua. MINSa. 1999
13. Nicaragua. Ministerio de Salud. Boletín Médico sobre Micronutrientes. MINSa. Boletín No.1 Managua, 1999.
14. Organización Panamericana de la Salud,. AIEPI 2002: Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D.C. OPS. 1999.
15. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento de la Iniciativa Niños Sanos: La Meta del 2002. Washington, DC. OPS. 2000. 64 p (Serie HCT/ AIEPI 33.e).

16. Organización Panamericana de la Salud. Manejo del Paciente con Diarrea. 3ra Ed. OPS Washington D.C 1991.
17. Organización Panamericana de la Salud. Lanzamiento de la Iniciativa niños sanos: la meta del 2002. AIEPI. Serie HCT/AIEPI 33.E, OPS/OMS. Washington D.C. 2000
18. Pan American Health Organization. EPI News Letter. Volume XXII (6). Washington D.C. December 2000
19. Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 2da. Ed. Managua EL AMANECER, 1995. p 97. (publicación Científica de la Escuela de Salud Pública; No. 4)
20. República de Nicaragua. Política Nacional de Salud 1997-2002. Managua, Nicaragua. MINSA, 1997.
21. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Dossier : Condiciones de Vida y Desarrollo. CIES. Managua 2000.

XI. *Anexos*

## *Anexo 11.1*

Mapa de Nueva Segovia y Estelí  
Lista de comunidades para encuesta comunitaria  
y entrevistas a brigadistas  
Listado de municipio para entrevistas a informantes claves

Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales  
ADRA Las Segovias  
Proyecto de Supervivencia Infantil  
**Evaluación de Fin de Término**

---

**Listado de Comunidades para entrevistas a  
Madres y Brigadistas**

<b>Lista</b>	<b>Comunidad</b>	<b>Municipio</b>
7.	El Terrero No 1	San Juan de Limay
8.	El Naranjo	San Juan de Limay
14.	Río Abajo	San Juan de Limay
	Mateares	San Juan de Limay
32.	Lamilla	Pueblo Nuevo
33.	Lagunetas	Pueblo Nuevo
34.	Río Grande	Pueblo Nuevo
42.	El Pencal	Pueblo Nuevo
51.	San Antonio	Pueblo Nuevo
69.	El Colorado	Pueblo Nuevo
85.	San José del Guineo	San Fernando
	Alalí	San Fernando
88.	La Cañera	Santa María
95.	Los Robles	Santa María
97.	Calabacera	Santa María
106.	Jícaro	Santa María
163.	La Dalia	Murra
199.	El Mapa	Murra
200.	El Doradito	Murra
207.	San Pablito	Murra
213.	Guapinolito	Murra
172.	Las Palancas	Quilalí
181.	Los Manchones	Quilalí
186.	Las Tristezas	Quilalí
209.	La Esperanza	Quilalí
215.	Santa Rita	Quilalí
221.	La Providencia	Quilalí
235.	Las Delicias	Quilalí
	Los Manchones	Quilalí
239.	El Cortés	Jícaro
242.	Las Vueltas	Jícaro
250.	San Jerónimo	Jícaro
257.	Buenos Aires	Jícaro

Calculado en EPIDAT 2 para Windows. Junta de Galicia, España. Junio 1997.

Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales  
ADRA Las Segovias  
Proyecto de Supervivencia Infantil

## **Evaluación de Fin de Término**

---

### **Lista de municipios por Grupos Focales**

Municipio

- Pueblo Nuevo
- San Fernando
- Murra
- Santa María
- Mozonte
- Dipilto
- Quilalí
- Jícaro

Calculado en EPIDAT 2 para Windows. Junta de Galicia, España. Junio 1997.

Managua, 2 Diciembre 2000

## *Anexo 11.2*

Cuestionario para entrevista a madres de niños  
menores de 2 años

**Anexo 11.2**  
**EVALUACION DE FIN DE TERMINO**  
**ADRA / NICARAGUA DICIEMBRE 2000**  
**ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS PRACTICAS Y COBERTURAS**

**ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES CON HIJOS MENORES DE 2 AÑOS**

IDNUN \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN**

Fecha de Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/2000 Fecha de Reentrevista: \_\_\_/\_\_\_12\_/2000 /

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Supervisor(a) \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Conglomerado \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_

Comunidad : \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

1. Nombre y edad de la Madre:

Nombre : \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ (Años)

2. Nombre, sexo y edad del niño menor de 2 años.

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (día/mes/año) ( 17/12/98 al 11/12/98)

**EDUCACION Y OCUPACION DE LA MADRE**

3. ¿Hasta qué grado llegó? (Marcar "X")

- |                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| 1. Ninguno y no lee  | ( | ) |
| 2. Ninguno y si lee  | ( | ) |
| 3. Primaria y no lee | ( | ) |
| 4. Primaria y lee    | ( | ) |
| 5. Secundaria o más  | ( | ) |

4. ¿Quién cuida a (**nombre del niño@**) mientras Usted está fuera de casa? (Puede marcar mas de una respuestas).

- a) El niño va con la mamá ( )
- b) Esposo /compañero ( )
- c) Hermanos mayores ( )
- d) Parientes /abuela ( )
- e) Vecinos/ amigos ( )
- f) Empleada ( )
- g) Guardería (CDI o CIR) ( )

5. ¿Cuál es el problema de salud que más padecen en su casa? (Respuesta única)

- 1) Enfermedades respiratorias ( )
- 2) Calentura ( )
- 3) Vómitos diarreas ( )
- 4) Enfermedades de la mujer, de la matriz o embarazo ( )
- 5) Reumatismo ( )
- 6) Otros (especifique) ( )
- 7) Ninguno ( )
- 8) No sabe ( )

### LACTANCIA MATERNA / NUTRICIÓN

6. ¿Está dándole de mamar a (**nombre del niño@**) por primera vez?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )

7. ¿Después del parto, cuándo le dio pecho a (**nombre del niño@**) por primera vez?

- 1) Durante la primera hora después del parto. ( )
- 2) Durante las primeras 8 horas después del parto ( )
- 3) Más de 8 horas después del parto ( )
- 4) No recuerda ( )
- 5) Nunca le dio de mamar ( )

8. a) ¿Le está dando agua (café o tés ) a (**nombre del niño@**)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

b) ¿Le está dando leche de vaca, cabra o en polvo a (**nombre del niño@**)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

c) ¿Le está dando atoles o cereales como: tortilla, avena, pinolillo, maicena, cebada, millón (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

d) ¿Le está dando verduras o frutas o jugos como pepino, chayote, tomate, banano, naranja a (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

e) ¿Le está dando verduras, a frutas amarilla como: zanahorias, ayote, mangos o papa, a (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

f) ¿Come (nombre del niño@) hojas verdes como la hoja de rábano, hoja de quelite, hierba trueno, chicoria (culantro) cuando usted se la pone en su sopa o en otro alimento?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

g) ¿Le está dando carnes como: pollo, res, pescado, g arrobo a (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

h) ¿Le está dando frijoles, lentejas, maní o soya a (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

i) ¿Le está dando huevos, cuajada, crema o mantequilla a (nombre del niño@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

j) ¿ Le está añadiendo azúcar o miel a los alimentos de (n ombre del niñ@).?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

k) Le está añadiendo aceite o manteca a los alimentos de (n ombre del niñ@)?

- 1) Si ( )
- 2) No ( )
- 3) No sabe ( )

8.1 Supervisor: Está dando agua o algún alimento?

- 1. Si ( ) Si = Si marcó al menos una X de 8 a - 8 i
- 2.No ( )

8.2 Supervisor: Está dando agua o algún alimento?

- 1. Sí ( ) Si= Si marcó al menos una X de 8 b - 8 i
- 2 No ( )

8.3 Supervisor: Está dando agua o algún alimento?

- 1. Si ( ) Si= Si marcó al menos una X de 8 c - 8 i
- 2. No ( )

9. ¿A cuál edad del niñ@ debería empezar la madre a dar otros alimentos además del pecho)?

- 1) Antes de los 4 meses ( )
- 2) Entre los 4 y 6 meses ( )
- 3) Después de los 6 meses ( )
- 4) No sabe ( )

10. ¿ Qué alimentos conoce usted que contienen vitamina "A"? (Puede marcar con más de una respuesta).

- a) No sabe ( )
- b) Mostaza ( )
- c) Hierba buena ( )
- d) Bledo ( )
- e) Espinaca ( )
- f) Quelite ( )
- g) Chicoria ( )
- h) Hoja de rábano ( )
- i) Hoja de yuca. ( )
- j) Zanahoria ( )

- k) Camote ( )
- l) Mango ( )
- m) Plátano ( )
- n) Melón ( )
- o) Papaya ( )
- p) Carne/pescado/hígado ( )
- q) Lactancia materna ( )
- r) Queso/leche/cuajada/requesón ( )
- s) Huevo ( )
- t) Ayote ( )
- u) Otras (especifique) ( )

10. 1 Supervisor:

- 1. Si
- 2. No Si = Madre menciona dos o mas comidas ricas en vitamina A

**CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

11. ¿Tiene (nombre del niño@) tarjeta de Atención Integral a la Niñez?  
(ver la tarjeta antes de marcar)

- 1 si.....
- 2 Perdió el Carnet.....ir a pregunta # 12
- 3 No.....ir a pregunta # 12
- 4 No le dieron carnet.....ir a pregunta # 12

11.1 Encuestador:

Mire la tarjeta de Atención Integral a la Niñez, y registre la siguiente información:

Ha sido pesado (nombre del niño@) en los últimos 3 meses (Sep, Oct, Nov. 2000)

- 1. Si
- 2. No
- 3. Fue pesado antes de los últimos tres meses

11.2 Encuestador:

Mire la tarjeta de Atención Integral a la Niñez, y registre la información al primer pasaje que le hayan hecho a (nombre del niño@) en este año:

- 1. Edad que tenia en ese pesaje ( ) En meses
- 2. Peso anotado ( ) En Kilogramos
- 3. Percentil identificado en la tabla ( ) Recuerden que varia por sexo

12. Por qué es importante para usted controlar el peso de (Nombre del niño)?

1. Puedo conocer su desarrollo (    )
2. Se cuando está cayendo en desnutrición (    )
3. Se cuando está en desnutrición (    )
4. No sabe (    )

### ENFERMEDADES DIARREICAS

13. ¿Ha tenido (**nombre del niño@**) diarrea durante las últimas dos semanas?

- 1) Si (    )
- 2) No (    ) **ir a pregunta # 19**
- 3) No sabe (    ) **ir a pregunta # 19**

14. ¿ Durante la diarrea de (**nombre del niño@**) le dio pecho? (Lea las opciones a la madre).

- 1) Más de lo acostumbrado (    )
- 2) Igual a lo acostumbrado (    )
- 3) llenos de lo acostumbrado (    )
- 4) Dejó de darle completamente (    )
- 5) Ya no recibía pecho o nunca recibió pecho (    )

15. ¿ Durante la diarrea de (**nombre del niño@**), le dio otros líquidos además de pecho?  
(Lea las opciones a la madre)

- 1). Más de lo acostumbrado (    )
- 2). Igual a lo acostumbrado (    )
- 3). llenos de lo acostumbrado (    )
- 4). Dejó de darle completamente (    )
- 5). Solo recibía pecho (    )

16. ¿ Durante la diarrea de (**nombre del niño@**), le dio alimentos blandos o puré;?  
(Lea las opciones a la madre).

- 1). Más de lo acostumbrado (    )
- 2). Igual a lo acostumbrado (    )
- 3). Menos de lo acostumbrado (    )
- 4). Dejó de darle completamente (    )
- 5). Solo recibía pecho (    )

17. ¿Cuándo (**nombre del niño@**) tuvo diarrea, qué remedio o tratamiento le dio  
(Puede marcar con x mas de una respuesta).
- |  |     |
|--|-----|
| a) Nada                                    | ( ) |
| b) Sales de rehidratación oral             | ( ) |
| c) Solución de agua y sal (Suero casero)   | ( ) |
| d) Soluciones a base de cereales           | ( ) |
| e) Líquidos, Tés o cocimientos caseros     | ( ) |
| f) Medicinas antidiarréicos o antibióticos | ( ) |
| g) Otros (especifique)                     | ( ) |
18. ¿Cuándo (**nombre del niño@**) tuvo diarrea, buscó consejo o ayuda?
- |       |     |
|-------|-----|
| 1) Si | ( ) |
| 2) No | ( ) |
19. ¿ A quién pidió consejo o ayuda para la diarrea de (**nombre del niño@**). (Puede marcar con x más de una respuesta). **NO LEER OPCIONES.**
- |  |     |
|--|-----|
| a) Hospital General                    | ( ) |
| b) Centro de Salud/Puesto de Salud ( ) | ( ) |
| c) Médico Privado/Clinica particular   | ( ) |
| d) Farmacia                            | ( ) |
| e) Trabajador voluntario               | ( ) |
| f) Curandero                           | ( ) |
| g) Partera                             | ( ) |
| h) Pariente o amigos                   | ( ) |
| i) Otros (especifique)                 | ( ) |
20. ¿ Si (**nombre del niño@**) tuviera diarrea, qué síntomas o señales de gravedad harían que Usted buscara ayuda con persona de salud? (Puede marcar con x mas de un respuesta)
- |   |     |
|---|-----|
| a) No sabe  | ( ) |
| b) Vómitos  | ( ) |
| c) Fiebre o calentura   | ( ) |
| d) Boca seca, ojos hundidos mollera hundida, orina poco (deshidratación). | ( ) |
| e) <i>Diarrea prolongada</i>  | ( ) |
| f) Sangre en las heces  | ( ) |
| g) No acepta líquidos o comidas   | ( ) |
| h) Débil  | ( ) |
| i) Mas de diez obradas al día   | ( ) |
| j) Otros (especifique)  | ( ) |

21. ¿Qué cosas importantes debe hacer una madre cuando su niño@ tiene diarrea? ¡(Puede marcar con x más de una respuesta).

- a) No sabe
- b) Iniciar líquido lo mas pronto posible
- c) Dar al niño más líquido de lo usual
- d) Alimentarlo con más frecuencia y en menor cantidad
- e) Prepara y suministra suero oral
- f) Dar mas alimento de lo usual
- g) Llevar al niño a un Centro de Salud
- h) Alimenta al niño después de la diarrea de manera que recupere su peso
- i) Parar los líquidos..
- j) Parar los alimentos
- k) Quitar el pecho
- l) Otros (especifique)

22. ¿ Qué debe hacer una madre inmediatamente después que le pasa la diarrea a su niño? (Puede marcar con x más de una respuestas

- a) No sabe
- b) Dar alimentos con más frecuencia y menor cantidad
- c) Dar más alimentos que lo usual
- d) Dar alimentos que den energía(Miel, pan, tortilla)
- e) Otro (especifique)

23. Si usted no tuviera Suero de Rehidratación Oral, qué otro tipo de suero la daría a (nombre del niño@) cuando tiene diarrea?

- a) No sabe (        )
- b) Suero a base de azúcar y sal (        )
- c) Suero a base de cereales (        )
- d) Otro (especifique) (        )

24. Qué forma de conservación debe dársele al agua que toma y especial la que le da a (Nombre del niño@) (puede marcar con x más de una respuesta)

- a) La hierve
- b) La Clora
- c) La conserva tapada
- d) Otras (especifique)
- e) No es necesario
- f) No sabe

25. Cuando el brigadista visita su casa, le pregunta Si (nombre del niño@) ha estado con diarrea?

- 1. Si (        )
- 2. No (        )

## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

26. ¿Ha estado (**nombre del niño@**) enfermo con tos o catarro en las dos últimas semanas?

- 1) Si (        )  
2) No (        )        ir a pregunta # 30

27. Cuando (**nombre del niño@**) se enfermó, tenía dificultad para respirar o respiraba muy rápido como cansado y se le hundía el pecho?

- 1) si (        )  
2) No (        ) ir a la pregunta # 30  
3) No sabe (        ) ir a la pregunta # 30

28. ¿Cuándo (**nombre del niño@**) estuvo enfermo y respiraba muy rápido y se le hundía el pecho, buscó alguien que le diera tratamiento?.

- 1) Si (        )        ir a la pregunta No. 27  
2) No (        )        Ir a la pregunta No. 27

29. ¿A quién buscó ?(Puede marcar con x más de una respuesta)

- a) Hospital General (        )  
b) Centro de Salud / puesto de Salud (        )  
c) Médico / clínica particular (        )  
d) Farmacia (        )  
e) Trabajador voluntario (        )  
f) Curandero (        )  
g) Partera (        )  
h) Pariente o amigos (        )  
i) Otros (especifique) (        )

30. ¿ Qué señales de gravedad en la enfermedad respiratoria de (**nombre del niño@**) le harían a usted buscar ayuda con el personal de salud? (Puede marcar con x más de una respuestas)

- a) No sabe  
b) Respiración rápida como cansada y con dificultad...  
c) Se le hundía las costillas, el pecho  
d) Retracciones intercostales intensas  
e) Rechaza el alimento  
f) Fiebre o calentura  
g) Tos  
h) Otros (especifique)

31. Cuando el brigadista visita se casa, le pregunta si tiene Tos, catarro o problemas para respirar?

- 1. Si ( )
- 2. No ( )

**INMIUNIZACIONES**

32. ¿Ha recibido alguna vacuna (**nombre del niño**)?

- 1) si
- 2) No
- 3) No sabe

33. ¿A qué edad (**nombre del niño**) debería recibir un **niño** la vacuna de sarampión?

- 1) Especifique la edad en meses ( )
- 2) No sabe ( )

34. ¿Tiene Usted la tarjeta de Atención Integral a la Niñez (o el carnet de vacunación) de (**nombre del niño**)?

- 1) Si (ver la tarjeta antes de marcar) ( )
- 2) Perdió el carnet ..... ( )
- 3) No ..... ( )
- 4) No le dieron carnet ..... ( )

35. Mire la tarjeta de vacunación y registre exactamente a como está anotado las fechas(**día/mes-año**) de las vacunas en los espacios correspondientes.

a) BCG ..... \_/ \_/ \_

b) Antipolio ..... la ..... \_/ \_/ \_

..... 2ª ..... \_/ \_/ \_

..... 3ª ..... \_/ \_/ \_

c) DPT (triple) ..... la ..... \_/ \_/ \_

..... 2ª ..... \_/ \_/ \_

..... 3ª ..... \_/ \_/ \_

Pentavalente 1a \_/ \_/ \_

Pentavalente 2ª \_/ \_/ \_

Pentavalente 3ª \_/ \_/ \_

d) Anlisarampión ..... (primera) ..... \_/ \_/ \_

..... (refuerzo:) \_/ \_/ \_

e) MMR..... \_/ \_/ \_

35.1 Supervisor: Tiene esquema completo?

- |       |                   |                    |
|-------|-------------------|--------------------|
| 1. Si | Si C uando tiene: | 1 BCG              |
| 2. No |                   | 2 Antipolio        |
|       |                   | 3 DPT              |
|       |                   | 1 SAR AMPION ó MMR |

36. ¿Cuándo el brigadista la visita, le revisa el carné de las vacunas del (nombre del niñ@)?

1. Si ( )  
2. No ( )

37. Cuando un niñ@ cumple su primer año de vida cuantas veces debió haberse vacunado para cada vacuna? LEA A LA ENTREVISTADA EL NOMBRE DE CADA UNA DE LAS VACUNAS Y ANOTE LA RESPUESTA, CUANDO NO SEPA COLOQUE 99 EN LAS CASILLAS.

- a. BCG ( )  
b. Antipolio ( )  
c. D.P.T ( )  
d. Pentavalente ( )  
e. Antisarampión ( )  
f. M.M.R ( )

38. ¿ Ha recibido (**nombre del niña**) ¿Alguna vez gotas o cápsulas de Vitamina A?

- 1) Si ( )  
2) No ( )  
3) No sabe ( )

39. ¿ Cuantas veces ha recibido (**nombre del niño**) gotas de Vitamina A desde Noviembre del 99.

- 1) Ninguna  
2) Una  
3) Dos  
4) No sabe

40. Del carnet de vacunación o la tarjeta de AIN, anote las fechas en le dieron gotas o cápsulas de Vitamina "A" a **(nombre del niño@)** en el espacio correspondiente. Si el carnet o la tarjeta AIN no tiene el registro, revise el cuaderno del Trabajador Voluntario para tomar la información.

Primera ..... (día-mes-año) \_\_/\_\_/\_\_

Segunda ..... (día-mes-año) \_\_/\_\_/\_\_

Tercera ..... (día-mes-año) \_\_/\_\_/\_\_

Cuarta..... (día-mes-año) \_\_/\_\_/\_\_

41. Qué señales síntomas o manifestaciones le harían pensar que se encuentra grave o en peligro y que amerita atención inmediata( puede marcar con X , mas de una respuesta)

- a) No sabe
- b) Anormalmente somnoliento/ difícil de despertar
- c) Dejo de comer/ no puede beber
- d) Convulsiones
- e) Estridor en reposo
- f) Sibilancia
- g) Fiebre o temperatura baja
- h) Desnutrición grave
- i) Otras.

### **Salud Materna y Planificación Familiar**

42. ¿Cuántas veces fue a controlar el embarazo de **(nombre del niño@)** al Centro de Salud) con la enfermera?

- 1) Una
- 2) Dos
- 3) Tres
- 4) Cuatro o mas
- 5) Ninguna
- 6) No recuerda

43. ¿A los cuántos meses de embarazo de **(nombre del niño@)** se hizo el primer control prenatal?

- 1) 1 - 3 meses
- 2) 1.- 6 meses
- 3) 7 - 6 meses
- 4) 9 meses
- 5) No recuerda [ ]

44. ¿Tiene Usted tarjeta de control prenatal del embarazo de (nombre de niño)? 1, Eáles-e bien que sea la tarjeta del embarazo del niño encuestado(a)

- 1) Si (pida que se la muestre antes de marcar)
- 2) Perdió ( )
- 3) NO ( )
- 4) No le dieron ( )
- 5) No se le regresaron cuando nació el niño ( )

45. Revise en la tarjeta de control prenatal o carnet de vacunación materna y anote el número de vacunas TT (Toxoide Tetánico) que se encuentran registrados.

- 1) Una ..... ( ) La información fue tomada del
- 2) Dos o más ..... ( ) Carnet de Vacunación
- 3) Ninguno .....

46. Revise la tarjeta de control prenatal y anote o registre el número de controles prenatales que aparecen:

- 1) Uno ( )
- 2) Dos ( )
- 3) Tres ( )
- 4) Cuatro o más ( )
- 5) Ningún control ( )

47. ¿Para qué debe vacunarse contra (al tétano a una mujer embarazada?

- 1) Para proteger a la madre y al niño contra el tétano. ( )
- 2) Para proteger sólo a la mujer contra el tétano ( )
- 3) Para proteger sólo al niño contra el tétano ( )
- 4) Otro o No sabe ( )

48. ¿Cuántas vacunas contra el tétano debe recibir una mujer embarazada?

- 1) Una ( )
- 2) Dos ( )
- 3) Más de dos ( )
- 4) Ninguna ( )
- 5) No sabe ( )

49. ¿ Conoce algunas condiciones en la mujer que pueden hacer que su embarazo sea peligroso)
- a) La edad de la madre
  - b) Frecuencia de embarazos
  - c) Estatura de la madre
  - d) Estado nutricional de la madre
  - e) Haber tenido cesárea anterior
  - f) Todas
  - g) Ninguna
  - h) No sabe
50. ¿Qué alimentos debería comer una mujer embarazada para evitar la anemia durante el embarazo? (Puede marcar con x más de una respuesta)
- a) No sabe ( )
  - b) Vegetales ricos en hierro (remolacha, yuca y rábano) ( )
  - c) Carne, pescado, huevos ( )
  - d) Otro especifique ( )
51. ¿ Durante el embarazo de (**nombre del niño@**), la cantidad de alimentos que comió fue? (Lea las alternativas a la madre).
- 1) Más de lo que normalmente come ( )
  - 2) Igual que siempre ( )
  - 3) Menos de lo que normalmente come ( )
  - 4) No sabe ( )
52. ¿ Qué problemas o señales durante el embarazo harían que usted tuviera que buscara ayuda con el personal de salud? Puede marcar con x más de una respuesta
- a) Sangrado
  - b) Salida de líquido antes de 9 meses
  - c) Dolor de cabeza intenso, lucécitas, zumbidos
  - d) Hinchazón de manos, cara, abdomen
  - e) Fiebre
  - f) Dolor o ardor al orinar
  - g) Disminución del movimiento fetal
  - h) Palidez con falta de aire
  - i) Vómitos que no ceden
  - j) Otros (especificar
  - k) No sabe

53. ¿Cuándo nació (**nombre de niño**) quién le amarró y cortó el ombligo?

- 1) Ella misma
- 2) Un miembro de la familia
- 3) Partera / matrona
- 4) Personal de salud (médico/enfermera)
- 5) Otro (especifique)
- 6) No sabe

54. ¿Durante la cuarentena (40 días después de parto) de nacimiento de (**nombre del niño**) buscó que alguien la examinara?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No Recuerda

55. ¿ A quién buscó?

- 1) Personal de salud ( )
- 2) Partera ( )
- 3) Otros (especifique) ( )

56. ¿ Qué problemas o señales durante la cuarentena harían que usted tuviera que buscar ayuda urgente? (Puede marcar con x más de una respuesta)

- a) Fiebre o calentura
- b) Dolor abdominal muy intenso
- c) Sangrado, con mal olor y color
- d) Problemas para orinar
- e) Dolor e inflamación de los senos
- f) Dolor e inflamación de las venas
- g) Hemorragia
- h) Otros (especificar
- i) No sabe

## PLANIFICACION FAMILIAR

57. ¿Está Usted ahora embarazada?

- 1) si ( )
- 2) No ( )

58. ¿Quisiera Usted tener otro hijo en los próximos dos años?

- 1) si ( )
- 2) No ( )

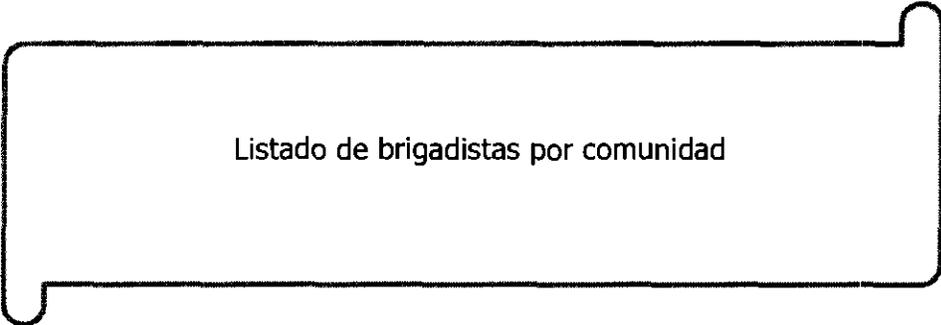
59. ¿Está Usted o su compañero usando algún método para no embarazarse o retrasar el próximo embarazo?

- 1) **si** (      )  
2) No (      )

60. ¿Cuál de los métodos anticonceptivos es el que usted o su compañero están usando ahora para que no salga embarazada? (puede marcar con x más de una respuesta)

- a) Operación de la mujer
- b) Operación de Hombre
- c) Inyecciones
- d) Pastillas anticonceptivas
- e) Dispositivo intrauterino (DIU)
- f) *Condomes*
- g) Espuma o gel de óvulos
- h) Lactancia materna exclusiva
- i) Método de; ritmo (método de iglesia)
- j) Abstinencia
- k) Coito interrumpido
- l) Otros
- m) No responde

## *Anexo 11.3*



Listado de brigadistas por comunidad



## *Anexo 11.4*

Cuestionario aplicado a brigadistas

Anexo 11.4

**Proyecto de supervivencia infantil**  
**Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales**  
**Conocimiento y Prácticas de Agentes Comunitarios**

---

Las siguientes preguntas son para brigadistas que laboran en la zona del Proyecto

INFORMACION GENERAL

Fecha de entrevistas \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2000 Re- entrevista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2000.

Nombre entrevistador \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Comunidad \_\_\_\_\_ Código { }

Nombre del BRIGADISTA \_\_\_\_\_

Cargo : AIEPI { } SALUD MATERNA { } OTROS { }

1.- Edad ( años cumplidos) \_\_\_\_\_

2.- Sexo

1. Masculino { }

2. Femenino { }

3.- Sabe leer y escribir

1 Si { }

2 No { } ---- PASE A PREGUNTA 5

4.- Hasta que grado llegó ?

1 Primaria incompleta { }

2 Primaria completa { }

3 Secundaria { }

4 Técnica u otra { }

5.- Cuánto tiempo tiene de hacer labores de salud en la comunidad como brigadista?

1 Menos de 6 meses { }

2 De 7 a 12 meses { }

3 De 1 a 2 años { }

4 Mas de 2 años { }

6 Ha recibido capacitación en los últimos seis meses sobre **(puede marcar más de una respuesta)**:

- a Lactancia Materna y Nutrición { }
- b Vigilancia y Promoción del Crecimiento { }
- c Enfermedad diarreica aguda { }
- d Enfermedad respiratoria aguda { }
- e Inmunizaciones { }
- f Salud Materna { }
- g ETS y VIH-SIDA { }
- h Desarrollo comunitario { }
- i Vigilancia epidemiológica comunitaria { }
- j AIEPI { }
- k Ninguna { }

7 Trabaja para ganar dinero? Qué tipo de trabajo ? **(Puede marcar mas de una respuesta)**

- a NO { }---- >PASEA PREGUNTA 9
- b Artesanías/tejidos/etc. { }
- c Agricultura { }
- d Vendiendo productos en la calle { }
- e Servicios domésticos { }
- f Dueño de venta { }
- g Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_

8 Trabaja actualmente fuera de su comunidad ?

- 1 Sí { }
- 2 No { }

9 Actualmente, cuánto tiempo a la semana dedica a las labores de salud en la comunidad ?

\_\_\_\_\_ días, \_\_\_\_\_ horas

10 Que tipo de actividades en salud realiza mas seguido en la comunidad ? **(Puede marcar mas de una respuesta)**

- a Hace charlas a la comunidad { }
- b Visita las casas { }
- c Hace tareas de limpieza { }
- d Ayuda a vacunar en las campañas { }
- e Atiende a los niños { }
- f Atiende a las mujeres embarazadas { }
- g Organiza a la comunidad { }
- h Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_

- 11 En los últimos seis meses, ha reportado por escrito alguna información de sus actividades o sobre lo que ocurre en su comunidad al personal de salud ?
- 1 Si { } 2 No { }

### LACTANCIA MATERNA Y NUTRICION

- 12 Cuanto tiempo después del parto **deben dar de mamar** las madres a su recién nacido ?
- 1 En la primera hora después del parto { }
- 2 Entre 1 y 8 horas después del parto { }
- 3 Más de 8 horas después del parto { }
- 4 No se acuerda { }
- 5 No sabe { }
- 13 Hasta que mes deben las madres dar **únicamente el pecho** a sus hijos ?
- 1 Hasta el cuarto mes { }
- 2 Entre el cuarto y el sexto mes { }
- 3 Hasta el sexto mes { }
- 4 Hasta los ocho meses { }
- 5 No se acuerda { }
- 6 No sabe { }
- 14 Además del pecho, cuando debería una madre, **empezar a dar comida** a su hijo?
- 1 No sabe { }
- 2 Entre los 4 y 6 meses { }
- 3 Antes de los 4 meses { }
- 4 **A los 6 meses o después** { }
- 15 Que tipo de comidas recomendaría a las madres para que se las den a sus hijos antes del primer año ? **(Puede marcar mas de una respuesta)**
- a No sabe { }
- b Añadir aceites a los alimentos { }
- c Derivados de lácteos { }
- d Dar alimentos ricos en hierro { }
- e Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_
- 16 Qué tipo de alimentos ayudan a prevenir la ceguera nocturna? **(puede marcar más de una respuesta)**
- a No sabe (otras no correctas) { }
- b Vegetales verdes { }
- c Frutas de color amarillo intenso { }
- d Carnes, pescados { }
- e Lactancia materna { }
- f Yema de huevo { }
- g Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_

- 17 Qué debe contener la sal para que se recomiende para el consumo humano ?
- |   |                             |     |
|---|-----------------------------|-----|
| 1 | Yodo                        | { } |
| 2 | No sabe (otras mencionadas) | { } |

### VIGILANCIA Y PROMOCION DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- 18 Porqué es importante para las madres controlar el peso de sus hijos con alguna periodicidad ?

- |   |  |     |
|---|--|-----|
| 1 | Puede conocer el desarrollo de su hijo   | { } |
| 2 | Sabe cuando corre peligro de desnutrirse | { } |
| 3 | Sabe cuando los niños están desnutridos  | { } |
| 4 | No sabe                                  | { } |
| 5 | Otros _____                              |     |

- 19 A que edad debe suministrarse la primera dosis de Vitamina A a los niños ?  
(lea las opciones)

- |   |                           |     |
|---|---------------------------|-----|
| 1 | No sabe                   | { } |
| 2 | Entre los 4 y 6 meses     | { } |
| 3 | Antes de los 4 meses      | { } |
| 4 | Después de los seis meses | { } |

### SEÑALES DE PELIGRO EN EL NIÑO

20. Mencione tres signos de peligro que usted verificaría en un niño en sus actividades del proyecto:

\_\_\_\_\_

- 21 Que señales o síntomas o manifestaciones en los niños le harían pensar que se encuentra grave o en peligro y amerita ser visto por un médico? (puede marcar mas de una respuesta)

- |   |   |     |
|---|---|-----|
| a | No sabe                                       | { } |
| b | Anormalmente somnoliento/Dificultad despertar | { } |
| c | Dejó de comer/No puede comer                  | { } |
| d | Convulsiona                                   | { } |
| e | Estridor en reposo                            | { } |
| f | Sibilancia                                    | { } |
| g | Fiebre o temperatura baja                     | { } |
| h | Desnutrición grave                            | { } |
| i | Otros (especifique) _____                     |     |

ENFERMEDADES DIARREICAS

- 22 Cuando un niño tiene diarrea y la madre le da de mamar, qué tan seguido le recomienda a la madre que le de el pecho ? **(lea las opciones)**
- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | No sabe                  | { } |
| 2 | Más de lo acostumbrado   | { } |
| 3 | Igual a lo acostumbrado  | { } |
| 4 | Menos de lo acostumbrado | { } |
| 5 | Suspenderlo              | { } |
- 23 Cuando un niño tiene diarrea, que tan seguido le aconseja a la madre que le de otros líquidos ? **(lea las opciones)**
- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | No sabe                  | { } |
| 2 | Más de lo acostumbrado   | { } |
| 3 | Igual a lo acostumbrado  | { } |
| 4 | Menos de lo acostumbrado | { } |
| 5 | Suspenderlo              | { } |
| 6 | Sólo darle pecho         | { } |
24. Cuando usted visita los hogares pregunta si algún niño ha tenido diarrea?
- |    |         |     |
|----|---------|-----|
| 1. | Siempre | { } |
| 2. | A veces | { } |
| 3. | Nunca   | { } |
- 25 Cuando un niño tiene diarrea, que tan seguido le aconseja a la madre que sea el suministro de alimentos ? **(Lea las opciones)**
- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | No sabe                  | { } |
| 2 | Más de lo acostumbrado   | { } |
| 3 | Igual a lo acostumbrado  | { } |
| 4 | Menos de lo acostumbrado | { } |
| 5 | Suspenderlo              | { } |
| 6 | Sólo pecho               | { } |
- 26 Ha atendido niños con diarrea en los últimos tres meses ?
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1 | Si | { } |
| 2 | No | { } |
- 27 Al último niño con diarrea que atendió, que tratamiento le dio? **(Puede marcar mas de una respuesta)**
- |   |                                       |     |
|---|---------------------------------------|-----|
| a | Nada                                  | { } |
| b | Suero oral de sobres                  | { } |
| c | Solución de agua y sal (suero casero) | { } |
| d | Solución a base de cereales o atoles  | { } |
| e | Infusión u otros líquidos             | { } |
| f | Medicinas antidiarreicas              | { } |
| g | Antibióticos                          | { } |
| h | Otros(especifique)                    | { } |
- 28 Entre los niños que atendió con diarrea, hubo alguno en estado grave ?
- |   |    |     |   |    |     |
|---|----|-----|---|----|-----|
| 1 | Si | { } | 2 | No | { } |
|---|----|-----|---|----|-----|

29 Donde lo refirió para que lo atendieran por su estado grave? (**puede marcar mas de una respuesta**)

- a Hospital general { }
- b Centro de salud { }
- c puesto de salud { }
- d Médico / clínica particular { }
- e Farmacia { }
- f Brigadista de salud { }
- g Curandero (a) { }
- h Partera { }
- i Parientes y amigos { }
- j Otros (especifique) \_\_\_\_\_

30 Qué señales o manifestaciones debe presentar un niño con diarrea para que Usted piense que su estado es grave? (**Puede marcar más de una respuesta**)

- a No recuerda o no sabe { }
- b Vómitos { }
- c Fiebre o calentura { }
- d Boca seca, ojos hundidos, mollera hundida, orina poco { }
- e Diarrea prolongada (más de 14 días) { }
- f Sangre en las heces { }
- g No acepta líquidos o comidas { }
- h Débil { }
- i Mas de diez obradas al día { }
- j Otros (especifique) { }

31 Qué tan seguido y en qué cantidad deben aumentarse los niños que han estado con diarrea ? (**puede marcar mas de una respuesta**)

- a No sabe { }
- b Seguido y en menor cantidad { }
- c Dar mas alimentos de lo usual { }
- d Alimentos con alto contenido calórico { }
- e Otros (especifique) \_\_\_\_\_

#### ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

32. Cuando usted visita los hogares pregunta si algún niño ha tenido Tos?

- 1. Siempre { }
- 2. A veces { }
- 3. Nunca { }

33. Cómo se da cuenta que un niño con problemas respiratorios está grave? **(puede marcar mas de una respuesta).**
- |   |                              |     |
|---|------------------------------|-----|
| a | No sabe                      | { } |
| b | Respiración rápida y agitada | { } |
| c | Retracciones intercostales   | { } |
| d | No tolera alimento           | { } |
| e | Fiebre                       | { } |
| f | Tos                          | { } |
| g | Convulsiones                 | { } |
| h | Otros (especifique)_____     |     |
34. Ha atendido niños que presentaron respiración rápida y agitada o con hundimiento del pecho o las costillas ?
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1 | Sí | { } |
| 2 | No | { } |
35. Los refirió a otro lugar para su atención ?
- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1 | Sí | { } |
| 2 | No | { } |
36. A que lugar refirió a los niños que presentaron dificultad respiratoria ? **(Puede marcar mas de una respuesta)**
- |   |                             |     |
|---|-----------------------------|-----|
| a | Hospital general            | { } |
| b | Centro de salud             | { } |
| c | puesto de salud             | { } |
| d | Médico / clínica particular | { } |
| e | Farmacia                    | { } |
| f | Brigadista de salud         | { } |
| g | Curandero (a)               | { } |
| h | Partera                     | { } |
| i | Parientes y amigos          | { } |
| j | Otros (especifique)_____    |     |

#### INMUNIZACIONES

37. A qué edad deben recibir los niñ@s su vacuna de antisarampión ?
- |   |                     |                    |
|---|---------------------|--------------------|
| 1 | { ___/___ }         | <b>En meses</b>    |
| 2 | No sabe { ___/___ } | <b>(Marque 99)</b> |
38. Cuando se vacuna a una mujer embarazada con el Toxoide Tetánico, a quien se está protegiendo contra el tétano ? { }
- |   |                                       |     |
|---|---------------------------------------|-----|
| 1 | Se protege a madre y niño             | { } |
| 2 | Se protege sólo a la mujer embarazada | { } |
| 3 | Se protege sólo al niño               | { } |
| 4 | Otros o no sabe                       | { } |

39. Revisa la tarjeta del niño para su vacunación cada vez que visita un hogar?
- |    |         |     |
|----|---------|-----|
| 1. | Siempre | { } |
| 2. | A veces | { } |
| 3. | Nunca   | { } |
40. Cuando el niño ha completado su primer año, cuantas dosis debe tener de acuerdo a las siguientes vacunas (**LEER UNA POR UNA LAS VACUNAS PARA QUE EL BRIGADISTA RESPONDA, anotar el numero de dosis que diga para cada vacuna, CUANDO NO SEPA, COLOCAR 99 EN EL CORCHETE CORRESPONDIENTE**)
- |   |               |     |
|---|---------------|-----|
| a | BCG           | { } |
| b | Polio         | { } |
| c | DPT(Triple)   | { } |
| d | Antisarampion | { } |
| e | MMR           | { } |
41. Cuantas dosis de Toxoide tetánico debe tener una mujer embarazada para que considere que se ha inmunizado correctamente ?
- |   |           |     |
|---|-----------|-----|
| 1 | Una       | { } |
| 2 | Dos ó mas | { } |
| 3 | Ninguna   | { } |

### **SALUD MATERNA**

42. Cuantas veces debe ser controlada una mujer durante su embarazo ?
- |   |              |     |
|---|--------------|-----|
| 1 | Una          | { } |
| 2 | Dos          | { } |
| 3 | Tres         | { } |
| 4 | Cuatro o mas | { } |
| 5 | Ninguna      | { } |
43. Cuando una mujer embarazada debe visitar **por primera vez** al médico, enfermera o partera para que le controlen su embarazo ?
- |   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | No sabe                                       | { } |
| 2 | Primer trimestre 1 - 3 meses                  | { } |
| 3 | A mediados del embarazo 4 - 6 meses           | { } |
| 4 | Ultimo trimestre 7 - 9 meses                  | { } |
| 5 | No necesita visitar al trabajador de la salud | { } |

44 Qué señales, manifestaciones o problemas le harían pensar que el embarazo de una mujer de la comunidad está en peligro ? **(puede marcar mas de una respuesta)**

- a No sabe { }
- b Salida de líquido antes de los 9 meses { }
- c Hemorragia o sangrado { }
- d Dolor de cabeza, lucasitas, zumbidos { }
- e Hinchazón de manos, cara, abdomen { }
- f Fiebre { }
- g Dolor o ardor al orinar { }
- h Disminución del movimiento fetal { }
- i Palidez con falta de aire { }
- j Vómitos que no ceden { }
- k Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_

45 Qué edad en la mujer **no es** recomendable que salga embarazada para que no se ponga en peligro ella o el niño ?

- 1 Ninguna o no sabe { }
- 2 Menores de 20 y mayores de 35 { }
- 3 Mayores de 25 años { }
- 4 Mayores de 30 años { }
- 5 Mayores de 60 años { }

46 Qué señales, síntomas o manifestaciones le harían pensar que es necesario que a una mujer recién parida sea vista por un médico o una enfermera ? **(puede marcar mas de una respuesta)**

- a No sabe { }
- b Fiebre o calentura { }
- c Dolor abdominal intenso { }
- d Sangrado con mal olor y color { }
- e Problemas para orinar { }
- f Dolor e inflamación de los senos { }
- g Dolor e inflamación de las venas { }
- h Hemorragia { }
- i Otros **(especifique)** \_\_\_\_\_

47Cuál es el método de planificación que Usted mas recomienda a las mujeres que no desean tener hijos en los próximos dos años ?

- 1 No Sabe { }
- 2 Que se opere { }
- 3 Vasectomía { }
- 4 Norplant { }
- 5 Inyecciones { }
- 6 Pastillas anticonceptivas { }
- 7 DIU { }
- 8 Diafragma { }
- 9 Condones { }
- 10 Espumas o gel { }

- 11 MELA (Lactancia materna exclusiva) { }
- 12 Método del ritmo { }
- 13 Abstinencia { }
- 14 Coito interrumpido { }
- 15 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

RECURSOS EN LAS COMUNIDADES

48. Existe Comité de Salud en la comunidad ?

- 1 SI..... { }
- 2 NO..... { }

49. Mencione el tipo de agentes comunitarios que integran el comité de salud de su comunidad.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

50. Señale tres actividades promovidas por comité de salud en los últimos 6 meses?.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

51. Existe comité de Desarrollo en la comunidad?

- 1. Si ( )
- 2. No ( )

52. Que organismos integran al Comité de Desarrollo (Señale nombre de las Representaciones que están en el Comité,)

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

53. Señale al menos tres organizaciones que trabajen en la comunidad en actividades de salud que no son parte del Comité de Desarrollo?

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

54. Existe Casa Base en esta localidad?

Si ( )

No ( )

55. Qué tipo de Agente Comunitario la maneja (brigadista, partera, promotor, etc)

\_\_\_\_\_

56. Existe puesto de Planificación Familiar en la Comunidad?

Si ( )

No ( )

57. Quién lo atiende ?

1 Promotor { }

2 Brigadista { }

3 Partera { }

4 Pulpera { }

5 Otro (especifique) { }

58. Qué institución u organismo los abastece periódicamente ?

1 No sabe { }

2 PROFAMILIA { }

3 MINSA { }

4 Farmacias particulares { }

5 Otros (especifique) \_\_\_\_\_

59. Los maestros que laboran en la comunidad realizan alguna actividad de salud con alguna frecuencia ?

1 Si { } Cuantos de ellos \_\_\_\_\_

2 No { }

60. Tipo de actividades en salud que realizan los maestros en las comunidades:

a Participan en jornadas de vacunación { }

b Dan charlas de higiene { }

c Organizan a la comunidad { }

d Solo enseña higiene a los niños { }

e Otros (especifique) \_\_\_\_\_

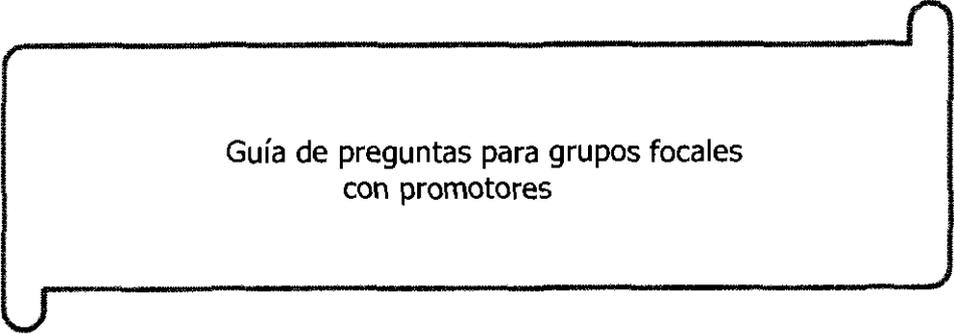
61. Existe Comedor infantil en la comunidad ?

1 Si { } Cuantos \_\_\_\_\_ 2 No { }

- 62 Cuantos niños beneficiarios tienen actualmente \_\_\_\_\_
- 63 Que institución u organismo los abastece \_\_\_\_\_
- 64 Existen huertos comunitarios o familiares en la comunidad ?
- 1 Si { } Cuantos \_\_\_\_\_
- 2 No { }

NOM BRE FIRMA DEL  
ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

## *Anexo 11.5*



Guía de preguntas para grupos focales  
con promotores

Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales  
Evaluación del Proyecto de Supervivencia Infantil - AEPI  
Dos municipios de Estelí y nueve en Nueva Segovia

---

TECNICA DE GRUPOS FOCALES

**Participantes:** Promotores de comunidades de nueve municipios de Nueva Segovia, Limay y Pueblo Nuevo

**Fecha:** 11 al 15 de Diciembre del 2000

**Objetivos:**

- Valorar el nivel de desarrollo alcanzado como Promotores de Salud en supervivencia infantil, salud materna, y seguridad alimentaria.
- Analizar las capacidades comunitarias desarrolladas por los promotores y brigadistas para la sostenibilidad y continuidad del proyecto.

**Número de grupos focales:**

Teniendo en cuenta que el número de promotores es de 39, el número inicial de grupos focales (8) será reducido a **cuatro focales**, a realizarse uno diario.

La coordinadora del proyecto de supervivencia infantil en Nueva Segovia coordinará el punto de reunión de los promotores y sus días correspondientes, a iniciarse martes 12 al viernes 15 de diciembre, 2000.

ADRA se encargará del traslado de dos recursos facilitadores - conductores de los grupos focales de Managua a los lugares donde se realizarán los grupos focales; así bien trasladarán a ambas personas a su lugar de pernoctamiento en Ocotol. ADRA se responsabilizará de regresar a Managua a dichas personas.

### **Metodología:**

- Los responsables locales del proyecto en Nueva Segovia harán la citatoria a dichos promotores, y seleccionarán el local de reunión, señalándoles la dirección, hora y lugar.
- Cada grupo focal será integrado por un mínimo de 8 personas y un máximo de 12 para cada sesión de Grupo, los cuales se ubicarán en círculo.
- La sesión será iniciada con una introducción que genere un clima de confianza y dar a los participantes una idea clara de la importancia de la sesión y del valor de su aporte a la misma.
- Habrán dos facilitadores de grupo para dirigir la sesión apoyados en **preguntas generadoras de acuerdo al objetivo de la actividad** y transcribiendo textualmente los aportes, reflexiones y sugerencias de los mismos.
- La duración de la sesión de grupo será de 45 - 60 minutos como mínimo y de 90 a 120 como máximo.
- Además de las preguntas generadoras, se podrán auxiliar de otras para dinamizar la sesión cuando se observe algún comportamiento específico (negativización o monopolización por ejemplo).
- Al finalizar la sesión se hará reconocimiento verbal al dinamismo de la sesión y la importancia de la misma en la salud de la comunidad.
- Los datos obtenidos en los grupos focales se procesarán en matrices conforme a grupo de respuestas por cada grupo de promotores de las comunidades.
- Se hará un análisis global de los cuatro grupos focales para identificar las respuestas vertidas, similares u opuestas, entre miembros de la comunidad y las otras.

## Preguntas Generadoras:

1. Qué experiencias consideran ustedes que han ganado en estos últimos dos años y medio de estar trabajando como Promotores del Proyecto?
2. Cómo creen ustedes los **ven** los pobladores como líderes comunitarios?
  - Cómo se ven ustedes como líderes?
3. Con quién se sienten ustedes identificados? ó A quiénes creen ustedes que pertenecen como promotores?
4. Qué capacidades piensan que han ganado y que les facilita trabajar **con los brigadistas**?
5. Cómo se sienten ustedes en su papel de promotores en salud?
  - Tanto como personas
  - Como recursos capacitados para tomar algunas decisiones en la comunidad
6. Cómo ven ustedes su comunidad en el futuro?
  - Ese futuro que ven creen que lo podrán enfrentar?
  - De que manera lo harán?
  - La Red de Promotores - brigadistas se fortalecerá?
  - Estrán siempre pensando o esperando el apoyo de ADRA?
7. Qué es lo conciben ustedes o que significa para ustedes **seguridad alimentaria**?
  - Cómo relacionan la seguridad alimentaria con el estado de salud de la comunidad?
8. En estos últimos dos años y medio de trabajo conjunto con ADRA, qué lecciones sacan o cuáles han sido los aprendizajes de este proyecto?
9. Si ADRA se retira de esta comunidad, qué pasará?
  - Cuál es su opinión si esta situación se diera?

## *Anexo 11.6*

Guía de preguntas para informantes claves  
Líderes religiosos, Alcaldía y MINSA

EVALUACION DE FIN DE TERMINO  
ADRA / NICARAGUA DICIEMBRE 2000

Estudio de percepción de Informantes Claves de las Iglesias

Municipio: \_\_\_\_\_ Católica /\_/ Evangélica /\_/

1. Cuál es su apreciación u opinión del trabajo que ADRA desarrolla en este *municipio*?  
Percepción del proyecto de supervivencia infantil (AEIPI, AIN,SM, etc)
  2. Según lo que le han transmitido los habitantes de las comunidades, que tipo de influencia ha tenido ADRA en éstas?
- 

EVALUACION DE FIN DE TERMINO  
ADRA / NICARAGUA DICIEMBRE 2000

Estudio de percepción de Informantes Claves de la Alcaldía

Municipio: \_\_\_\_\_

1. Cuál ha sido la relación de trabajo que la Alcaldía ha tenido con ADRA?
2. Qué opina de ADRA?
3. Qué tipo de apoyo brindó la Alcaldía a los brigadistas y promotores a lo largo de la implemetación del proyecto?
4. Cómo ven ustedes a los promotores actuales de las comunidades en un futuro? Cómo *influirán en la sostenibilidad o continuidad del proyecto*?

EVALUACION DE FIN DE TERMINO  
ADRA / NICARAGUA DICIEMBRE 2000

Estudio de percepción de Informantes Claves del Ministerio de Salud  
Ver Anexo 11.12

## *Anexo 11.7*

Guía de discusión con trabajadores y coordinadores campo.  
Técnica de Brainstorming



ADRA - Nueva Segovia , Estelí  
Trabajadores de Salud y Coordinadores de Campo

Guía de análisis y alternativas para proyecto supervivencia Infantil  
en 10 municipios de Nueva Segovia y 2 municipios de Estelí

---

1. Cuáles han sido los mayores aprendizajes o lecciones que ha dejado el Proyecto de Supervivencia Infantil en los componentes de Salud Materna, AEPI y Salud del niño y adolescente?
2. Qué aspectos evitarían, modificarían o no repetirían, si hubiese otra fase del proyecto?
3. Cuáles han sido sus experiencias de trabajo como TCS con el Ministerio de Salud?
4. Cómo valoran la capacidad de liderazgo de los promotores de las comunidades? Creen que continuarán las acciones aún sin ADRA?
5. Cómo ha sido la relación de ustedes como trabajadores de salud con los promotores y agentes comunitarios.
6. De que manera apoyan los trabajadores de salud para el desarrollo del proyecto? Qué les facilitó el trabajo y que limitaciones reconocen?
7. Qué innovaciones, propuestas, elementos nuevos, creen ustedes fueron o serían de utilidad para la implementación del proyecto?
8. Cómo creen ustedes que se lograría la continuidad / sostenibilidad del proyecto (agentes comunitarios, comité de salud, relación con el MINSA)?
9. Cómo valoran ustedes el desarrollo u organización de las comunidades?
10. Qué avances se han tenido para desarrollar con el MINSA un modelo conjunto de salud con apoyo de los agentes comunitarios?
11. Cómo valoran el proyecto dentro del proyecto de gobierno, alcaldía, MINSA?
12. Qué opinión tienen sobre la gerencia del proyecto, coordinación, administración de recursos, supervisión u otros?

Elaboración posterior de la matriz FODA (Fortaleza que ha permitido los alcances; Debilidades o limitaciones internas - barreras reconocidas; Oportunidades como lo que ha facilitado externamente el éxito o lo que hay que aprovechar y Amenazas o barreras externas o peligro.

## *Anexo 11.8*

Tabla de resultados de encuesta a madres con niños  
Menores de 2 años

Tabla 1. Característica de las Madres

Edad de las Madres	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
< 18 años	21	6.3	46	13.1	44	14
19-35 años	271	81.1	274	77.8	236	75
> 35 años	42	12.6	32	9.1	35	11
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Escolaridad de las Madres						
Niveles	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Ninguno	89	26.6	81	23	63	19.6
Ninguno Lee	7	2.1	15	4.3	8	2.5
Primaria	35	10.5	32	6.3	20	6.2
Primaria Lee	181	54.2	214	60.8	205	63.6
Secundaria	22	6.6	20	5.7	26	8.1
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Procedencia de las Madres						
Procedencia	No	%	Año 2000		%	
			Departamento			
Jícaro	31	9.6	Nueva Segovia			
Murra	45	14	Nueva Segovia			
Quilali	53	16.5	Nueva Segovia		69.9	
San Fernando	26	8.1	Nueva Segovia			
Santa María	44	13.7	Nueva Segovia			
Mozonte	26	8.1	Nueva Segovia			
San Juan Limay	33	10.2	Estelí		30.1	
Pueblo Nuevo	64	19.9	Estelí			

Cuidado del niño cuando las Madres salen						
Personal de cuidado	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Mamá	104	31.1	142	40.3	94	29.2
Esposo	54	16.2	38	10.7	56	17.4
Hermanos	88	26.3	76	21.5	71	22
Parientes	140	41.9	146	41.5	112	34.8
Vecinos	5	1.5	8	2.3	4	1.2
Empleada	2	0.6	1	0.3	3	0.93
Guardería	-	-	2	0.6	-	-
	N: 334		n: 352		n:22	

Problemas de Salud que mayormente padecen en casa

<b>Problemas de salud</b>	<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>
Enfer. Respiratoria	232	74.2
Calentura	42	13
Vómito/diarrea	20	6.2
Enf. de la Mujer	1	0.3
Reumatismo	-	-
Otros	5	1.5
Ninguno	12	3.7
No sabe	3	0.9
n: 322		

Tabla 2. Conocimientos y Prácticas en Lactancia Materna y Nutrición

Alimentos que están integrado a la dieta diar menor de 2 años	<b>2000</b>						
	<b>No</b>	<b>%</b>					
Agua	220	68.3					
Leche vaca	95	29.5					
Atoles	194	60.2					
Verduras o frutas	197	61.2					
Verduras y frutas amarillas	167	51.9					
Hojas verdes	180	56.1					
Carnes	192	59.6					
Frijoles	215	66.8					
Huevos	217	67.4					
Azúcares	213	66.6					
Aceite o Manteca	217	67.4					
n:322							
Conocimiento sobre edad de ablactación							
<b>Período</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>		
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	
Antes de los 4 meses	72	21.6	35	9.9	16	5	
Entre 4-6 meses	123	36.8	79	22.4	65	20.2	
Después de 6 meses	135	40.4	232	65.9	229	71.3	
No sabe	4	1.2	6	1.7	11	3.4	
Total	334	100	352	100	321	100	

Tabla 3 Conocimientos del contenido de Vitamina "A" en los alimentos

Alimentos	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
No sabe	37	11.1	57	16.2	48	14.9
Mostaza	10	3	1	0.3	-	-
Hierba bueno	29	8.7	10	2.8	7	2.2
Bledo	2	0.6	-	-	-	-
Espinaca	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Quelite	2	0.6	1	0.3	1	0.3
Chicoria	29	8.7	13	3.7	3	0.9
Hoja de Rábano	26	7.8	15	4.3	12	3.7
Hoja de Yuca	47	14.1	21	5.9	12	3.7
Zanahoria	95	14.1	84	28.9	86	26.7
Camote	17	5.1	16	4.5	16	5
Mango	105	31.4	121	34.4	80	24.8
Plátano	66	19.8	86	24.4	93	28.9
Melón	25	7.5	25	7.1	50	15.5
Papaya	57	17.1	68	19.6	82	25.5
Carnes	43	12.9	25	7.1	51	15.8
Lactancia materna	18	5.4	24	6.8	18	5.6
Lácteos	36	10.8	54	15.3	20	6.2
Huevo	76	22.7	73	20.7	54	16.8
Ayote	104	31.1	138	39.3	35	29.5
Otras	166	50	128	36.3	95	29.5
	n: 334		n:352		n:322	
<b>Mencionaron dos o más comidas que contiene Vitamina "A"</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sí	248	74.3	224	63.6	238	73.9
No	86	25.7	128	36.4	84	26.1
Total	334	100	352	100	322	100

**Tabla. 4 Conocimientos y Prácticas en el Control de Crecimiento y Desarrollo**

<b>Práctica de portar o tener Carnet</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sí	300	89.9	320	90.9	302	93.8
Perdió carnet	10	3	11	3.1	8	2.5
No	18	5.4	19	5.4	12	3.7
No le dieron	6	1.8	2	0.6	-	-
Total	334	100	352	100	322	100
<b>Importancia del control de peso</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Puede C/ Desarrollo	151	45.2	209	59.4	213	66.4
Cae en desnutrición	90	26.9	66	18.8	47	14.6
Está desnutrido	86	25.7	53	15.5	34	10.6
No sabe	7	2.1	24	6.8	27	8.4
Total	334	100	352	100	322	100
<b>Práctica del pesaje en los últimos 3 meses</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	247	82.3	239	74.7	259	86.3
No	28	9.3	65	20.3	12	4
Antes de 3 meses	25	8.3	16	5	29	9.7
Total	300	100	320	100	300	100

**Tabla 5. Conocimientos y Prácticas en las Enfermedades Diarreicas**

<b>Tuvo Diarrea</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	118	35.3	91	25.9	56	17.4
No	216	64.7	260	73.9	266	82.6
No sabe	-	-	1	0.3	-	-
Total	334	100	352	100	322	100
<b>Práctica de Lactancia Materna durante la EDA</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Más	34	28.8	16	17.6	17	30.4
Igual	54	45.8	50	54.9	27	48.2
Menos	9	7.6	11	12.1	4	7.1
Dejo	3	84.7	-	-	-	-
No recibió	18	15.3	14	15.4	8	14.3

Total	118	100	91	100	56	100
-------	-----	-----	----	-----	----	-----

**Prácticas y conocimiento de la administración de líquidos durante una EDA en el niño(a) menor de 2 años**

Líquidos	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Más	41	34.7	17	18.7	18	32.1
Igual	41	34.7	34	37.4	12	21.4
Menos	12	10.2	18	19.8	13	23.2
Dejo	4	3.4	8	8.8	-	-
Pecho	20	16.9	14	15.4	13	23.2
Total	118	100	91	100	56	100

**Tabla 6. Búsqueda de consejos y ayuda durante la EDA del menor de 2 años**

Buscó	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	82	70.1	54	59.3	38	67.9
No	35	29.9	37	40.7	18	32.1
Total	117	100	91	100	56	100

Pidió Ayuda	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Hospital	2	2.4	1	0.5	2	5.3
C/S o P/S	35	42.7	22	40.7	15	39.5
Medico o clínica privada	1	1.2	2	1	-	-
Farmacia	-	-	-	-	-	-
Trabajador voluntario	46	56.1	13	24	13	34.2
Curandero	-	-	2	1	-	-
Partera	1	1.2	-	-	-	-
Parientes o amigo	14	17.1	20	37	4	10.5
Otros	-	-	-	-	4	10.5
	n:89		n:54		n:38	

Síntomas de Alarma	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
No sabe	15	4.5	36	10.2	43	13.3
Vómito	86	25.7	81	23	77	23.9
Fiebre	106	31.7	69	19.6	68	21.1
D.H	151	45.2	124	35.2	100	31
Diarrea prolongada	88	26.3	121	34.4	95	29.5
Sangre en heces	44	13.1	44	12.5	31	9.6
No come/ Bebe	76	22.7	59	16.8	50	15.5
Débil	48	14.4	62	17.6	38	11.8
> 10 obrad/24 hrs	73	21.9	39	11	54	16.8
Otras	46	13.8	20	5.7	48	14.9
	n:334		n:352		n:322	

<b>Práctica de alimentación durante la diarrea</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Más	29	24.6	13	14.3	6	10.7
Igual	28	23.7	34	37.4	13	23.2
Menos	31	26.3	16	17.6	14	25
Dejo	7	5.9	10	11	4	7.1
Pecho	23	19.5	18	19.8	19	33.9
Total	118	100	91	100	56	100

<b>Administración de remedios o tratamiento</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Nada	13	11	10	11	7	12.5
Suero Oral	65	55.1	54	59.3	26	46.4
Suero casa	14	11.9	5	5.5	12	21.4
Solución cereal	7	5.9	1	1	2	3.6
Cocimientos	9	7.6	8	8.8	3	5.4
Antidiarreicos / antibióticos	46	39	44	48.3	14	25
Otros	11	9.3	8	8.8	8	14.3
Total	N:118		n:91		n:56	

**Tabla 7 Conducta de la madre ante el episodio de EDA**

<b>Conducta de madre</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No Sabe	6	1.8	5	1.4	10	3.1
Iniciar liquido	56	17.1	50	14.2	43	13.3
Más liquido	53	15.9	32	9	4	1.2
Alimento más frec.	39	11.7	12	3.4	26	8.1
Suero oral	257	77	264	75	205	63.7
Más alimento	30	9	15	4.3	24	7.4
C/S	142	42.5	161	45.7	97	30.1
Alimento después	10	3	11	3.1	8	2.5
No liquido	4	1.2	-	-	3	0.9
No alimento	1	0.3	1	0.3	2	0.6
No liquido /alimento	-	-	1	0.3	-	-
Otras	64	19.1	79	22.4	51	15.8
	n:334		n:352		n:322	

<b>Conducta alimentaria en recuperación</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	13	3.9	14	4	53	16.4
Más frecuente	223	66.8	158	44.9	152	47.2
Más alimento	110	32.9	89	25.3	52	16.1
Más energía	63	18.9	75	21.3	46	14.3
Otros	86	25.7	94	26.7	69	21.4
	N:334		n:352		n:322	

<b>Conocimiento sobre otros líquidos o sueros a administrar</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	77	23	84	23.9	64	19.9
Azúcar y sal	208	62.3	177	50.3	203	63.2
Cereales	64	19.1	26	7.4	14	4.4
Otros	40	12	66	18.7	40	12.5
	n:334		n:352		321	100

<b>Práctica sobre el manejo del agua</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Hierve	277	82.9	239	67.9	187	58.1
Clora	255	76.3	300	85.2	178	55.3
C/ tapa	146	43.7	63	17.9	31	9.6
Otras	18	5.4	7	2	6	2
No necesita	5	1.5	5	1.4	24	7.4
No sabe	3	0.9	4	1.1	16	5
	N:334		n:352		n:322	

Tabla 8 Conocimientos y prácticas sobre Infecciones Respiratorias Agudas

<b>IRA presentada en los últimos 15 días</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	243	72.8	207	58.8	199	62.6
No	91	27.2	145	41.2	119	37.4
Total	334	100	352	100	318	100

<b>Identificación de Síntomas Respiratorios</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	162	66.7	144	69.6	115	57.8
No	81	33.3	63	30.4	84	42.2
No sabe	-	-	-	-	-	-
Total	243	100	207	100	199	100

<b>Busco Consejo</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	124	76.5	93	64.9	89	78.1
No	38	23.5	51	35.4	25	21.9
Total	162	100	144	100	114	100

<b>A quién busco</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Hospital	23	18.6	13	14	18	20.2
C/S o P/S	80	64.5	58	62.4	59	66.3
Medico / clínica privada	3	2.4	3	3.2	1	1.1
Farmacia	7	5.7	-	-	1	1.1
Trabajador voluntario	31	25	13	14	15	16.8
Curandero	2	1.6	2	2.1	-	-
Partera	-	-	8	8.6	-	-
Pariente	8	6.4	11	11.6	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-
	n:124		n:93		n:89	

Tabla 9. Conocimientos y prácticas estado inmunitario y PAI

<b>Niños(as) alguna vez vacunado</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	318	95.2	344	97.7	312	96.9
No	15	4.5	8	8	10	3.1
No sabe	1	0.3	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>
<b>Edad para recibir vacuna adecuadamente (sarampión)</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	242	72.5	193	54.8	227	70.5
No	92	27.5	159	45.2	95	29.5
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>
<b>Tener Carnet de vacunación</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	310	92.8	323	91.8	300	93.2
Lo perdió	7	2.1	10	2.8	9	2.3
No	13	3.9	16	4.5	13	4
No dieron	4	1.9	3	0.9	-	-
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>
<b>Esquema de vacunación entre los 12- 23 meses</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	117	84.2	143	84.6	238	79.1
No	22	15.8	26	15.4	63	20.9
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>100</b>	<b>301</b>	<b>100</b>

**Tabla 10. Conocimientos de la madre sobre estado inmunitario y vitamina "A" del niño menor de 1 año**

<b>Inmunización completa</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
BCG	301	90.1	309	87.8	170	52.8
A.P	218	65.3	251	71.3	105	32.6
DPT	217	65	244	69.3	100	31.3
A.S	152	45.5	60	17	165	51.2
PTV	-	-	-	-	168	52.2
MMR	-	-	90	25.6	175	54.3
	n:334		n:352		n:322	
<b>Conocimiento de Madre sobre cantidad de dosis a aplicarse en 1 año (inmunizado)</b>						
Biológico	1999			2000		
<b>BCG</b>	<b>121</b>	<b>34.4</b>	<b>170</b>	<b>52.8</b>		
<b>AP</b>	<b>73</b>	<b>20.7</b>	<b>105</b>	<b>32.6</b>		
<b>DPT</b>	<b>66</b>	<b>13.8</b>	<b>101</b>	<b>31.3</b>		
<b>AS</b>	<b>124</b>	<b>35.2</b>	<b>51</b>	<b>15.8</b>		
<b>PTV</b>	-	-	<b>168</b>	<b>52.2</b>		
MMR	108	30.7	175	54.3		
	n:352		n:322		-	

**Tabla 11. Conocimiento sobre Vitamina "A"**

Recibió alguna vez Vitamina "A"	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	141	42.6	255	72.4	202	62.7
No	185	55.9	93	26.4	118	36.6
No sabe	5	1.5	4	1.1	2	0.6
Total	331	100	352	100	322	100
Dosis de Vitamina "A" suministradas según madres	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Ninguna	8	5.4	7	2.7	120	37.6
Una	57	38.8	113	44.3	108	33.9
Dos	75	51	124	48.6	81	25.4
No sabe	7	4.8	11	4.3	10	3.1
Total	147	100	255	100	319	100
Dosis de Vitamina "A" suministradas en 1 año según carnet	2000					
	No	%				
Una		112		37.3		
Dos		32		10.6		
Tres		3		1.0		
		n:300				

**Tabla 12 Conocimiento de síntoma de alerta para recibir atención inmediata**

Síntomas	2000	
	No	%
No sabe	34	10.5
Anormal, somnoliento	82	24.5
Dejo alimento / liquido	72	22.4
Convulsiones	43	13.3
Estridor reposo	24	7.4
Sibilancia	8	2.5
Fiebre	131	40.7
DN grave	72	22.4
Otros	131	40.7
	N: 322	

Tabla 13. Conocimiento y Práctica sobre salud Materna

<b>Prácticas de asistencia a CPN según madre</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Una	15	4.5	18	5.1	13	4
Dos	24	7.2	23	6.5	21	6.5
Tres	49	14.7	54	15.3	32	10
Cuatro o más	208	62.3	239	67.9	231	72
Ninguna	30	9	15	4.3	16	5
No recuerda	8	2.4	3	0.9	8	2.5
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

<b>Práctica de asistencia a CPN según tarjetas</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Una	15	7.8	29	16.8	10	5.9
Dos	22	11.4	19	11	16	9.4
Tres	30	15.5	28	16.2	24	14.1
Cuatro o más	124	64.2	96	55.5	119	70
Ninguno	2	1	1	0.6	1	0.6
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

Tabla 14 Período de asistencia al primer CPN

<b>Meses</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
1-3 meses	181	60.1	196	55.8	180	58.1
4-6 meses	94	31.2	122	34.8	101	36.6
7-8 meses	23	7.6	15	4.3	14	4.5
9 meses	3	1	5	1.4	1	0.3
No recuerda	-	-	13	3.7	14	4.5
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>100</b>	<b>351</b>	<b>100</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

<b>Prácticas de tener tarjeta de CPN</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	193	57.8	173	49.1	167	51.9
Perdió	73	21.9	101	28.7	59	18.3
No	47	14.1	61	17.3	71	22
No dieron	1	0.3	2	0.6	1	0.3
No recuerda	20	6	15	4.3	24	7.5
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

<b>Dosis de T.T según carnet o tarjeta</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Una	46	20.1	96	36.9	106	62.7
Dos o más	169	73.8	146	56.2	44	26
Ninguno	14	6.1	18	6.9	19	11.2
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>	<b>260</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

<b>Importancia de vacunarse contra el tétano</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Madre-niño	242	72.5	194	55.1	210	65.2
Madre	10	3	42	11.9	6	1.9
Niño	44	13.2	75	21.3	69	21.4
Otra o no sabe	38	11.4	41	11.6	37	11.5
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

<b>Conocimientos de cantidad de dosis aplicada de TT</b>						
<b>Dosis</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
uno	65	19.6	132	37.5	131	40.8
Dos	95	28.6	90	25.6	99	30.8
Más de dos	132	39.8	85	24.1	67	20.9
Ninguna	-	-	3	0.9	1	0.3
No sabe	40	12	42	11.9	23	7.2
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

**Tabla 15. Factores de riesgo en la embarazada**

Factores	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Edad Materna	16	4.8	116	32.9	76	23.7
Frec. Embarazos	318	95.2	44	12.5	18	5.6
Estatura	334	100	9	2.6	-	-
Estado Nutricional	108	32.3	58	16.4	33	10.3
Cesarea	22	6.6	18	5.1	8	2.5
Todos	-	-	2	0.6	-	-
Ninguna	7	2.1	6	1.7	19	5.9
No sabe	125	37.4	159	45.1	167	52
	n:334		n:352		322	100

**Tabla 16. Alimentos adecuados para evitar la anemia**

Tipo de Alimentación	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
No sabe	14	4.2	31	8.8	46	14.3
Vegetales	240	71.9	216	61.4	184	57.1
Carnes	229	68.6	200	56.8	126	39.1
Otros	124	37.1	111	31.5	120	37.3
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>
Cantidad de alimento	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Más	102	48.3	107	30.4	126	42.2
Igual	161	34.7	164	46.6	130	57.8
Menos	56	16.9	80	22.7	62	
No sabe	-	-	1	0.3	4	
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

**17. Conocimientos de las señales de alarma durante el embarazo**

Señales	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Sangrado	111	33.2	138	39.2	145	45
Salida de líquido	19	5.7	16	4.5	35	10.9
Cefaleas intensas	141	42.2	79	22.4	111	34.5
Hinchazón	46	13.8	37	10.5	47	14.6
Fiebre	38	11.4	39	11	50	15.5
Dolor al orinar	62	18.6	24	6.8	46	14.3
Disminuc. de Mov. Fet.	15	4.5	8	2.3	6	1.9
Palidez	14	4.24	10	2.8	6	1.9
Vómitos	62	18.6	56	15.9	44	13.7
Otros	87	26	104	29.5	78	24.2
No sabe	33	9.9	61	17.3	51	15.8
	n:334		n:352		n:322	

**Tabla 18 Personal que atiende embarazo y puerprio**

Cortó ombligo	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Ella misma	6	1.8	5	1.4	1	0.3
Familiar	42	12.6	43	12.2	35	10.9
Partera	115	34.4	151	42.9	113	35.2
Personal de salud	165	49.4	148	42	167	52
Otros	6	1.8	5	1.4	5	1.6
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

Busco atención durante la cuarentena	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	114	34.1	92	26.1	133	41.6
No	220	65.9	258	0.6	185	57.8
No recuerda	-	-	2	2.6	2	0.6
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

Personal que buscó para la atención en al cuarentena	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
De salud	111	97.4	88	95.7	120	90.2
Partera	2	1.8	4	4.3	11	8.3
Otros	1	0.9	-	-	2	1.5
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

### Conocimientos de señales de alarma durante el Puerperio

Señales	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Fiebre	79	23.6	69	19.6	92	28.6
Dolor abdominal	165	49.4	145	41.2	105	32.6
Secreciones	54	16.2	34	9.7	66	20.5
Al orinar	10	3.0	21	5.9	10	3.1
Dolor senos	11	3.3	9	2.5	9	2.8
Dolor venas	12	3.6	10	2.8	8	2.5
Hemorragias	163	48.8	157	44.6	134	41.6
Otros	59	17.7	35	9.9	34	10.5
Ninguno	32	9.6	60	17	66	20.5
	n:334		n:352		n:322	

### 19. Conocimiento y práctica sobre Planificación Familiar

Embarazos actuales	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	16	4.8	40	11.4	19	5.9
No	318	95.2	312	88.6	303	94.1
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>352</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>100</b>
Deseo de otro hijo en los próximos dos años	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	55	17.3	50	16	74	24.3
No	263	82.7	262	84	230	75.7
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100</b>	<b>312</b>	<b>100</b>	<b>304</b>	<b>100</b>
Uso de métodos de planificación	1997		1999		2000	
	No	%	No	%	No	%
Si	102	38.8	147	56.1	100	42.2
No	161	61.2	115	43.9	137	57.8
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100</b>	<b>262</b>	<b>100</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

<b>Tipo de métodos de planificación</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Cirugía	42	40.4	22	14.9	21	21
Inyección	15	14.4	28	19	40	40
Pastillas	20	19.2	43	29.2	29	29
DIU	7	6.7	9	6.1	3	3
Condón	8	7.7	6	4	4	4
Espuma	-	-	1	0.7	-	-
L. M. Exclusiva	5	4.8	19	12.9	4	4
Ritmo	2	1.9	4	2.7	1	1
Abstinencia	5	1.9	15	10.2	2	2
Coito interruptus	-	-	1	0.7	-	-
Otros	-	-	10	6.8	-	-
No responde	-	-	1	0.7	2	2
	n:104		n:147		n:100	

<b>Contacto con Actividades de ADRA</b>						
<b>Actividades</b>	<b>1997</b>		<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Charlas	266	79.6	199	56.5	199	61.8
Atención hijo	202	60.5	169	48	143	44.4
Planificación familiar	71	21.3	46	13	31	9.6
CPN-Puerperio	14	4.2	12	3.4	9	2.8
Otras	35	10.5	34	9.6	67	20.8
Todas	-	-	2	0.6	4	1.2
Ninguna	39	11.5	89	25.3	49	15.2
	n:334		n:352		n:322	

## *Anexo 11.9*

Tabla de resultados de entrevistas a brigadistas

**Anexo 11.9**  
**Proyecto Supervivencia Infantil-ADRA**

**Tabla 20. Características Biológicas y sociales**

**Edad de Brigadistas por Grupos etéreos**

Grupo Edad	1999		2000	
	No.	%	No.	%
< 19 años	9	10.2	9	11.6
20 – 34 años	59	67.0	37	48
35-49 años	13	14.8	24	31
> 50 años	7	8.0	7	9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

<b>Cargo del Brigadista</b>				
Cargo	1999		2000	
	No.	%	No.	%
AIEPI	60	68.2	31	40.8
Salud Materna	24	27.3	23	30.3
Otros	4	4.5	22	28.9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>1000</b>

<b>Sexo de Brigadista</b>				
Sexo	1999		2000	
	No.	%	No.	%
Masculino	18	20.5	15	19.5
Femenino	70	79.5	62	80.5
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

<b>Brigadistas que Saben Leer y Escribir</b>				
Leen y Escriben	1999		2000	
	No.	%	No.	%
Si	87	98.9	74	96.1
No	1	1.1	3	3.9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

<b>Escolaridad de Brigadistas</b>				
Escolaridad	1999		2000	
	No.	%	No.	%
Primaria Incompleta	50	57.5	42	56.8
Primaria Completa	21	24.1	23	31.1
Secundaria	15	17.2	7	9.5
Técnico	1	1.1	2	2.7
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

<b>Tiempo de Laborar como Brigadista</b>				
Tiempo	1999		2000	
	No.	%	No.	%
< 6 Meses	12	13.6	19	24.7
7 – 12 Meses	3	3.4	13	16.9
1 – 2 Años	15	17.0	5	6.5
> 2 Años	58	65.9	40	51.9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Trabaja para Ganar Dinero**

<b>Ganan</b>	<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	21	27.6
No	55	72.4
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Trabajo de Brigadistas**

<b>Tipo de Trabajo</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
No	46	52.3	55	72.4
Artesanía	5	5.6	-	-
Agricultor	19	21.6	12	57.14
Vendedor	1	1.1	-	-
Servicio Doméstico	16	18.2	7	33.33
Tiene venta	2	2.2	-	-
Otros	8	9.1	4	19.1

**Trabaja Fuera de la Comunidad**

<b>Trabaja Fuera de la Comunidad</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	6	14.3	2	9.5
No	36	85.7	1.9	90.5
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**Tabla .21 Actividades que realizan y reciben los brigadistas  
Capacitaciones que han Recibido**

<b>Temas de Capacitación</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Lactancia Materna	29	32.9	31	53.45
VPCD	9	10.2	19	32.76
EDAS	38	43.2	27	46.55
IRAS	29	32.9	28	48.27
Inmunización	23	26.1	17	29.31
Salud Materna	32	36.3	16	27.59
ETS/SIDA	2	2.3	7	12.07
Desarrollo Comunitario	3	3.4	4	6.89
Vigilancia Epidemiológica	8	9.1	8	13.79
AIEPI	40	45.5	11	18.96
Ninguna	12	13.7	-	-
Otras	-	-	20	34.40

**Tiempo que Dedican como Brigadistas**

<b>Horas</b>	<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
1- 2 Horas	43	68.2
3- 4 Horas	10	15.9
5- 7 Horas	6	9.5
8 Y + Horas	4	6.4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Actividades que realizan**

<b>Tipo de Actividades</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Charlas	67	76.1	51	66.23
Visita domiciliar	56	63.6	28	36.36
Limpieza	31	35.2	19	24.67
Vacunación	33	37.5	16	20.78
Atención Infantil	34	38.6	33	42.86
Atención Materna	10	11.4	9	11.68
Organización Comunitaria	5	5.7	6	7.79
Otros	17	19.3	7	9.09

Tabla 22. Conocimientos en Lactancia Materna y Nutrición

<b>Inicio Lactancia</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Primera hora	79	89.8	70	90.9
Primera 8 hora	5	5.7	4	5.2
Más de 8 horas	2	2.3	2	2.6
No recuerda	2	2.3	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

<b>Lactancia Exclusiva</b>				
<b>Meses</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Cuatro meses	11	12.5	-	-
4to y 6to mes	8	9.1	9	11.7
Hasta 6to mes	63	71.6	54	70.1
Hasta 8 meses	6	6.8	13	16.9
No sabe	-	-	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Tabla 23. Ablactación**

<b>Inicio</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	3	3.4	1	1.3
4to. Y 6to mes	10	11.4	9	11.7
Antes de 4 meses	1	1.1	2	2.6
6 meses o más	74	84.1	65	84.4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Comida que recomienda para < 1 año.**

<b>Tipo de Comida</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	3	3.4	1	1.29
Añade aceite	22	25.0	4	5.19
Derivados lácteos	25	28.4	23	29.87
Ricos hierro	36	40.9	51	66.23
Otros	46	52.3	45	58.44
<b>Otros Alimentos</b>	<b>Verduras</b>		<b>No.</b>	<b>%</b>
Atoles Papas O Cereales	Verduras		12	4.3
Banano, Huevo	Cereales, papas		11	4.4
Cereales	Atoles		4	2.2
Comida Suave Verduras	Frutas		3	4.3
Frescos	Frijoles		3	4.4
Frutas, Verduras, Papas, Atol	Huevos		3	8.7
Lactancia Materna	Vegetales		2	2.2
Papas, Tomate, Verduras	Lactancia Materna		9	8.7
Proteína, Ayote, Papas	Líquidos		1	4.3
Verduras, papas.	Mogos		1	8.7
	Pan		1	4.3
	Arroz		1	43.5
	Cítricos en vitaminas y hierro		1	
<b>Total</b>			<b>45</b>	<b>100</b>

**Tabla 24. Alimentos que ayudan a prevenir la ceguera**

Tipo de alimento	1999		2000	
	No.	%	No.	%
No sabe	25	28.4	20	26
Vegetales verde	32	36.3	24	31.2
Frutas amarillo intenso	46	52.3	43	55.84
Carne pescado	9	10.2	12	15.58
Lactancia materna	7	8.0	10	12.99
Yema huevo	7	8.0	12	15.58
Otros	6	6.8	12	15.58

<b>Alimentos para prevenir ceguera</b>				
Alimentos	1999		2000	
	No.	%	No.	%
Alimentos con hierro	1	7.6	1	7.6
Alimentos con vitaminas	1	7.6	1	7.6
Cereales, cítricos, plátanos y vegetales.	3	23.0	3	23.0
Frijoles	1	7.6	1	7.6
Hojas verdes	1	7.6	1	7.6
Leche	1	7.6	1	7.6
Papas	1	7.6	1	7.6
Verduras	2	15.3	2	15.3
Queso amarillo	1	7.6	1	7.6
Vísceras de res.	1	7.6	1	7.6
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>99.1</b>	<b>13</b>	<b>99.1</b>

**Edad de suministrar primera dosis de vitamina "A"**

Edad suministro	1999		2000	
	No	%	No	%
No sabe	15	17.0	9	11.7
4to y 6to mes	6	6.8	33	42.9
Antes 4to mes	8	9.1	5	6.5
Después 6 meses	59	67.0	30	39.0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Contenido para consumo humano**

Contenido de sal	1999		2000	
	No	%	No	%
Yodo	30	34.1	28	36.4
No sabe	58	65.9	49	63.6
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Tabla 25. Conocimientos y actitudes hacia la Vigilancia del crecimiento y señales de peligro**

<b>Importancia de pesar</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Conoce desarrollo	61	69.3	56	72.2
Peligro desnutrición	12	13.6	12	15.6
Cuando desnutrido	15	17.0	8	10.4
No sabe		-	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Conoce señales de peligro a verificar**

<b>Señales</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	3	3.4	11	14.3
Anormal .somnoliento	35	39.8	10	20.78
No come o bebe	39	44.3	18	24.67
Convulsiona	26	29.5	-	-
Estridor reposo	13	14.7	-	-
Sibilancia	14	15.9	12	15.58
Fiebre / hipotermia	31	35.2	13	16.88
Desnutrición. grave	21	23.9	-	-
Deshidratado	30	34.0	-	-
Vómitos	-	-	11	14.28
Diarrea	-	-	25	32.5
Ojos hundidos	-	-	24	31.17
Otros	-	-	13	16.39

**Señales de un niño grave**

<b>Señales</b>	<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Anormalmente Somnoliento	26	33.8
No come	25	32.5
Convulsiona	13	16.88
Estridor	9	11.69
Sibilancia	6	7.79
Fiebre	37	48.05
Desnutrición grave	26	33.77
Otros	25	32.47

**Señales de gravedad en los niños**

<b>Señales</b>	<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>
Diarrea	6	21.4
Bronquitis	2	7.1
Cansancio	2	7.1
Signos del peligro y pliegue	3	10.7
Vómitos	3	10.7
Ojos hundidos	2	7.1
Deshidratados	2	7.1
Convulsiones	1	3.5
Sarampión	1	3.5
Dengue	1	3.5
Malaria	1	3.5
Neoneumonía grave	1	3.5
Fiebre alta	1	3.5
Irritabilidad	1	3.5
Estridor	1	3.5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

**Conoce señales de peligro**

<b>Señales</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Conoce	79	89.8	76	98.7
Desconoce	9	10.2	1	1.2
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Tabla. 26 Conocimientos y actitudes en relación al manejo de la Diarrea y Enfermedades Respiratorias**

**Recomendación de lactancia materna en niños con EDA**

Dar de mamar	1999		2000	
	No	%	No	%
No sabe	1	1.1	-	-
Mas acostumbrado	77	87.5	66	85.7
Igual acostumbrado	9	10.2	8	10.4
Suspenderlo	1	1.1	1	1.3
Menos acostumbrado	-	-	2	2.6
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Consejos de dar líquidos a niños con EDA**

Dar liquido	1999		2000	
	No	%	No	%
No sabe	2	2.3	-	-
Mas costumbre	78	88.6	66	85.7
Igual costumbre	4	4.5	7	9.1
Menos costumbre	2	2.3	3	3.9
Suspenderlo	1	1.1	-	-
Solo pecho	1	1.1	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Visita de hogares y búsqueda activa de EDA**

Pregunta si hay niño EDA	2000	
	No.	%
Siempre	74	96.1
A veces	2	2.6
Nunca	1	1.3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Consejos de alimentación al niño con EDA**

Dar alimento	1999		2000	
	No	%	No	%
No sabe	2	2.3	-	-
Mas acostumbrado	70	79.5	60	77.9
Igual	11	12.5	7	9.1
Menos	3	3.4	8	10.4
Solo pecho	2	2.3	2	2.6
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Tabla 27. Ha atendido niños con diarrea

Atendido	1999		2000	
	No	%	No	%
SI	33	37.5	18	23.4
NO	55	62.5	59	76.6
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Tratamiento que uso en diarrea**

Tratamiento	1999		2000	
	No	%	No	%
Sobre suero oral	33	100.0	17	94.44
Sol agua/ sal	1	3.0	1	5.56
Sol cereales	2	6.0	-	-
Otros	1	3.0	4	22.22

**Ha atendido niños con EDA grave**

<b>Grave</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	6	18.2	1	5.6
No	27	81.8	17	94.4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Donde refirió al niño grave con EDA**

<b>Referido unidad</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Hospital	1	16.6	-	-
Centro de salud	4	66.6	1	100
Brigadista	1	16.6	-	-
Partera	1	16.6	-	-

**Alimentación al niño que tuvo EDA**

<b>Cantidad</b>	<b>1999</b>		<b>2000</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No sabe	2	2.3	5	6.49
Seguido / menos	57	64.7	38	49.4
Dar mas alimentación	27	30.7	33	42.9
Alimentación caloríca	4	4.5	3	3.89
otros	4	4.5	3	3.89

**Tabla. 28 Enfermedades Respiratorias Aguda**

Señales grave	1999		2000	
	No	%	No	%
No sabe	6	6.8	3	3.4
Respiración Rápida	67	76.1	64	83.12
Retrac intercostral	44	50.0	28	36.4
No tolera alimentos	12	13.6	9	11.69
Fiebre	32	36.4	26	33.8
Tos	16	18.2	18	23.38
Convulsiones.	12	13.6	13	16.88
Otros	18	20.4	12	15.58

Pregunta en la visita hay niños con tos

Pregunta	2000	
	No.	%
A veces	1	1.3
Nunca	2	2.6
Siempre	74	96.1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Otras señales graves

Señales graves	2,000	
	No.	%
Cansancio y perdida de apetito	3	21.4
Congestion polumnar	2	14.2
Irritabilidad	2	14.2
Ojos rojos	1	7.1
Ojos hundidos	1	7.1
Rinorea	1	7.1
Tiraje y estridor	1	7.1
Sibilancia	1	7.1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Conoce señales de ira grave

Conoce	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Si	82	93.2	74	96.1
No	6	6.8	3	3.8
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

ATENDIDO IRA GRAVE

Atendido	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Si	19	21.6	17	22.1
No	69	78.4	60	77.9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

REFERIDO IRA GRAVE

Referido	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Si	14	73.7	16	94.1
No	5	26.3	1	5.9
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

DONDE REFIRIO IRA GRAVE

Buscar donde lo referiría	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Centro de salud	11	78.6	9	56.25
Puesto salud	2	14.3	3	18.7
Brigadista	1	7.1	-	-
Hospital general	-	-	4	25

Tabla 29. Conocimientos y Prácticas sobre Inmunizaciones

EDAD PARA APLICAR VACUNA DE SARAMPION

Vacsr	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Si	67	76.1	43	55.8
No	21	23.9	34	44.1
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

A QUIEN PROTEGE TT CUANDO SE APLICA A EMBARAZADA

Protege	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Madre/niño	73	83.0	63	81.8
Madres	1	1.1	1	1.3
Niños	14	15.9	13	16.9
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

POLIO	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	5	5.7	9	11.7
2	3	3.4	8	10.4
3	35	39.8	34	44.2
4	14	15.9	12	15.6
5	6	6.8	3	3.9
6	8	9.1	5	6.5
7	1	1.1	-	-
8	1	1.1	-	-
9	1	1.1	-	-
12	5	5.7	1	1.3
14	1	1.1	-	-
15	1	1.1	-	-
18	1	1.1	-	-
99	6	6.8	5	6.5
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
DPT	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	8	9.1	19	24.7
2	11	12.5	11	14.3
3	41	46.6	35	45.5
4	14	15.9	5	-
5	1	1.1	-	-
6	1	1.1	-	-
7	1	1.1	-	-
8	1	1.1	-	-
99	1	12.5	7	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>		<b>77</b>	<b>100</b>
SARAMPION	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
0	1	1.1	-	-
1	65	73.9	51	66.2
2	10	11.4	4	5.2
3	1	1.1	14	18.2
4	1	1.1	2	2.6
12	1	1.1	1	1.3
99	9	10.2	5	6.5
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>		<b>77</b>	<b>100</b>
MMR	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	61	70.1	59	76.6
2	3	3.4	7	9.1
3	1	1.1	5	6.5
99	22	25.3	6	7.8
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Revisa la tarjeta de vacuna del niño cuando visita su hogar

REVISA	2,000	
	No.	%
A VECES	4	5.2
NUNCA	2	2.6
SIEMPRE	71	92.2
TOTAL	77	100

Cuántas dosis de TTebe tomar la mujer para estar inmunizada

DOSIS TT.	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
UNA	8	9.2	15	19.5
DOS O MAS	76	87.4	57	74.0
NINGUNA	3	3.4	1	1.3
NO SABE	-	-	4	5.2
TOTAL	87	110.0	77	100

Tabla. 30 Conocimientos y Prácticas para la Salud Materna

Veces Control prenatal	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
Dos	1	1.1	-	-
Tres	5	5.7	3	3.9
Cuatro o mas	81	92.0	72	93.5
Ninguna	1	1.1	1	1.3
Una	-	-	1	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Periodo de Primer CPN	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
No sabe	5	5.7	5	6.5
Primer trimester	81	92.0	68	88.3
4 -6 meses	1	1.1	3	3.9.1
7-9 meses	1	1.1	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

Tabla 31. Señales de gravedad en embarazada

Señales graves	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
No sabe	9	10.2	4	5.19
Salida liquido	4	4.5	13	16.88
Hemorragia	38	43.2	53	68.83
Cefalea	39	44.3	37	48.05
Edemás manos	40	45.4	35	45.45
Fiebre	16	18.2	10	12.99
Dism mov fetal	6	6.9	8	10.39
Palidez	8	9.1	6	7.79
Vomitos	23	26.1	18	23.38
Dolor o ardor al orinar	-	-	24	31.37
Otros	19	21.6	8	10.39
<b>T o t a l</b>				

Edad de la mujer considerada como riesgo de embarazo

Edad	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
No sabe	7	8.0	1	1.3
< 20 y > 35	79	89.8	60	77.9
> De 25	1	1.1	2	2.6
> De 30	1	1.1	12	15.6
> De 60	-	-	2	2.6
<b>T o t a l</b>		100.0	77	100

Conoce señales de peligro en puerperio

Señales de peligro	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
No sabe	9	10.2	3	3.9
Fiebre	31	35.2	22	28.57
Dolor abd. Int	37	42.0	33	42.86
Sangrado /fetido	29	32.9	32	41.56
Problema orinar	4	4.5	5	6.49
Inflamac. Senos	17	19.3	11	14.28
Inflamac.venas	11	12.5	5	6.49
Hemorragia	41	46.6	46	54.7
Otros	12	13.6	17	22.08

Tabla .32 Conocimientos sobre Planificación Familiar

Método Planificación Familiar	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
No sabe	5	5.7	1	1.3
Salpingolisis	2	2.3	7	9.1
Vasectomía	2	2.3	-	-
Norplant	1	1.1	-	-
Inyecciones	14	15.9	42	54.5
Antc.orales	51	58.0	23	29.9
Diu	4	4.5	23	1.3
Mela	6	6.8	1	1.3
Metodo ritmo	3	3.4	1	1.3
Preservativos	-	-	1	1.3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

Tabla 33. RECURSOS COMUNITARIOS

EXISTE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	87	98.9	67	87.0
NO	1	1.1	10	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

AGENTES COMUNITARIOS QUE INTEGRAN EL COMITÉ DE SALUD.

P45A	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
BRIGADISTA DE AIEPI	59	67.8	55	71.43
BRIGADISTA DE SALUD	2	2.3	7	0.09
COORDINADOR	9	10.4	15	19.48
PARTERA	7	8.0	-	-
SALUD MATERNA	9	10.3	-	-
SEGURIDAD ALIMENTARIA	1	1.1	-	-
PROMOTORES	-	-	19	29.67
MADRES LIDERES	-	-	4	5.19
ALCALDE	-	-	3	3.89
MINSA Y ENFERMERA	-	-	6	7.79
ADRA	-	-	5	6.49
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**ACTIVIDADES PRIORIDADES POR LOS COMITES**

	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
CHARLAS	19	22.4	40	44.9
CLORAR EL AGUA	1	1.2	4	3.1
CONT. INTE. AL NIÑO	17	20.0	16	17.9
CONT. DE LETRINAS	1	1.2	3	2.3
GES. DE CASA BASE	1	1.2	1	0.7
JORN. DE LIMPIEZA	13	15.3	28	31.4
JORNADAS DE VACUNACIÓN	13	15.3	3	2.3
PESAJE A NIÑOS	7	8.2	-	-
POZO COMUNAL	1	1.2	14	11.02
VISITA DOMIC.	12	14.1	2	1.5
CPN	-	-	1	0.7
HUERTO FAMILIAR	-	-		
LAVADO DE **	1	0.7		
DIST. DE MEDICINAS	1	0.7		
TOMA GOTA GRUESA	1	0.7		
ABATIZACION	1	0.7		
PUERPERIO	1	0.7		
REPAR-DE CARRETERAS	1	-		
<b>TOTAL</b>				

**EXISTE COMITÉ DE DESARROLLO**

EXISTE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	52	59.1	38	49.35
NO	36	40.9	38	49.35
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>		<b>76</b>	

ORGANISMOS QUE INTEGRAN EL COMITÉ

	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
ADAP	2	4.4.	-	-
ADRA	6	13.3.	22	22.6
ALCALDÍTO	8	17.8	6	4.7
AUXILIO MUNDIAL	2	4.4	5	5.1.
AYUDA EN ACCION	1	2.2	5	5.1
BRIGADISTA	2	4.4	5	5.1
CARE	2	4.4	2	2.0
CEPAD	1	2.2	3	3.0
COMARCAL	1	2.2	-	1.0
COMITÉ DE SALUD	2	4.4	1	-
COMITÉ DESARROLLO COMUN.	1	2.2	-	-
CONOR 380	1	2.2	-	-
COORDINADOR PROYECTO	1	2.2	-	-
COSUDE	1	2.2	1	1.0
FACS	1	2.2	-	2.0
INTA	1	11.1	2	4.1
JUNTA COMUNAL	5	2.2	1	2.0
LIDER COMUNAL	1	4.4	2	3.0
MINSA	2	2.2	4	1.0
PAININ	1	2.2	2	1.0
PROSERBI	1	2.2	-	1.0
UNAG	1	2.2	3	1.0
MECD	-	--	1	1.0
POJAF	-	-	1	1.0
IDR	-	-	1	1.0
SOYNICA	-	-	1	-
REP.DE LOS DER.HUMANOS	-	-	1	-
INST.C.MEJIA	-	-	1	-
PRÓVIDA	-	-	2	-
PIDA	-	-	1	-
MI FAMILIA	1	1.0	-	-
FISE	2	2.0	-	-
REL.DE LA IGLESIA	1	1	-	-
<b>TOTAL</b>				

Tabla 34. Entes más mencionados para el desarrollo en salud en la comunidad

TRABAJAN EN LA COMUNIDAD		
	2,000	
	No.	%
ADRA	45	32.6
ALCALDITOS	1	0.7
AUXILIO MUNDIAL	8	5.7
CARE	3	2.7
FUNDEMONI	4	2.8
INTA	2	1.4
MECD	1	0.7
MINSA	37	26.8
M.COMUNAL	6	4.3
SOYNICA	4	2.8
UNAG	1	0.7
CAPRI	2	1.4
CARIN	1	0.7
CONSEJO ESCOLAR	1	0.7
COSUDE	2	1.4
ENTRE MUJERES	1	0.7
LIDERES DE LA COMUNIDAD	1	0.7
MI FAMILIA	1	0.7
PAINIM	2	1.4
PECAT	2	1.4
AGROFOC	1	0.7
AYUDA EN ACCION	1	0.7
ERN	1	0.7

Tabla 35. Red comunitaria en Planificación

EXISTE CASA BASE

EXISTE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	79	89.8	57	74
NO	9	10.2	20	26
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

PERSONAL QUE ATIENDE CASA BASE

TIPO	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
BRIGADISTAS	78	98.7	50	87.7
COORD....DE COMITÉ	1	1.3	-	-
PROMOTOR	5	8.7	-	-
NINGUNO	2	3.5	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

CONOCIMIENTOS DE PUESTO DE PLANIFICACION

EXISTE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	43	48.9	42	54.5
NO	45	51.1	35	45.0
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

QUIEN ATIENDE EL PUESTO

ATIENDE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
BRIGADISTA	41	95.3	33	70.1
PARTERA	2	4.7	3	6.3
PROMOTORES	-	-	1	2.1
COORDINADOR	-	-	1	2.1
ENFERMERA	-	-	3	6.3
FAMILIAR	-	-	1	2.1
OTROS	-	-	5	10.6
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

QUIEN LO ABASTECE

ORGANISMO	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
PROFAMILIA	6	13.9	1	2.1
MINSA	35	81.4	39	84.7
FARMACIAS	2	4.7	-	2.1
ADRA	-	-	6	-
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

TABLA 36. ACTIVIDADES DE LOS MAESTROS EN LA COMUNIDAD

REALIZA ACTIVIDAD	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	31	35.2	31	40.8
NO	57	64.8	45	59.2
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

MAESTROS QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE SALUD

NUMERO	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	12	40.0	10	32.3
2	8	26.7	9	29.0
3	4	13.3	6	19.4
4	3	10.0	1	3.2
5	3	10.0	-	-
99	-	-	5	16.1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

ACTIVIDADES DE MAESTROS

TIPO DE ACTIVIDAD	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
JORNADAS DE VAC	7	22.6	13	25.0
CHARLAS DE HIGIENE	23	74.2	23	44.2
ORGANIZA.COMUN	5	16.1	4	7.6
ENSEÑAN A NIÑOS	10	32.2	3	5.7
JORNADAS DE LIMPIEZA	10	32.2	1	1.9
CLORAR EL AGUA	-	-	5	9.6
OTROS	-	-	3	5.7
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

EXISTE COMEDOR INFANTIL EN LA COMUNIDAD

EXISTE	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	44	50	23	29.9
NO	44	50	54	70.1
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

NUMERO DE COMEDORES INFANTILES

CUANTOS	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	37	92.5	20	87.08
2	3	7.5	2	8.7
99	-	-	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

NIÑOS BENEFICIARIOS

NIÑOS	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
11	1	2.7	-	4.3
12	-	-	1	4.3
15	1	2.7	1	8.7
18	2	5.4	2	13.0
20	3	8.1	3	-
22	1	2.7	-	8.7
23	2	5.4	2	4.3
25	4	10.8	1	-
28	1	2.7	-	21.7
30	5	13.5	5	-
36	1	2.7	-	-
37	1	2.7	-	4.3
40	2	5.4	1	-
41	1	2.7	-	-
42	2	5.4	-	4.3
45	2	2.7	1	4.3
50	-	-	1	-
55	1	5.4	-	-
60	3	5.4	-	-
64	1	2.7	-	-
70	1	8.1	-	-
85	1	2.7	4	17.4
90	-	-	-	-
98	1	2.7	1	4.3
99	-	2.7	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>		<b>23</b>	<b>100</b>

INSTITUCIÓN ORGANISMOS QUE ABASTECE

INSTITUCIÓN / ORGN.	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
ADRA	1	2.3	1	4.3
ALCALDÍA	2	4.5	-	-
AUXILIO MUNDIAL	2	2.3	-	-
FISE	1	2.3	-	-
FONIF	8	18.2	-	-
FUNDEMUNI	1	2.3	-	-
INIFOM	1	2.3	-	-
MECD	2	4.5	4	17.4
MINSA	5	11.4	-	-
NO SABE	1	2.3	-	-
PMA	6	13.6	12	52.2
PAININ	1	2.3	1	4.3
PMA	11	25.0	1	4.3
PMA-PAININ	1	2.3	1	4.3
PMH	1	2.3	-	-
SICO	1	2.3	-	-
MI FAMILIA	-	-	3	4.3
	<b>44</b>		<b>23</b>	<b>100</b>

EXISTEN HUERTOS

EXISTEN	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
SI	52	59.1	49	63.6
NO	36	40.9	28	36.4
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

CUANTOS HUERTOS EXISTEN

HUERTOS	1,999		2,000	
	No.	%	No.	%
1	7	14.0	10	20.0
2	5	10.9	3	6.0
3	5	8.0	4	8.0
4	4	8.0	5	10.0
5	4	4.0	5	10.0
6	2	2.0	4	8.0
7	2	8.0	1	2.0
8	1	4.0	3	6.0
9			4	8.0
10	4	4.0	-	-
11	2	6.0	-	-
12	1	2.0	2	4.0
15	2	4.0	2	2.0
18	3	6.0	1	6.0
20	1	2.0	3	2.0
22	2	4.0	1	-
25	1	2.0	-	-
27	1	2.0	-	-
29	1	2.0	-	-
40	1	6.0	-	-
99	3		1	2.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>			

## *Anexo 11.10*

Informe de Grupos Focales con promotores de las  
comunidades



## *Anexo 11.11*

Informe del análisis de problemas del Proyecto  
Brainstorming

El Proyecto de Supervivencia Infantil  
Los trabajadores de salud y coordinadores de campo

I. Presentación

Los trabajadores de salud (TS) y coordinadores de campo (CC) del proyecto de supervivencia infantil de ADRA tienen como responsabilidad coordinar las actividades con líderes comunitarios, maestros y promotores de salud. Ellos planifican las actividades con los voluntarios, desarrollan una sesión mensual de adiestramiento con ellos.

Adicionalmente es responsabilidad de los mismos, desarrollar una estrecha relación de trabajo con el Ministerio de Salud y atender a la población seleccionada como de alto riesgo.

II. Objetivos

Objetivo General

Identificar las lecciones aprendidas en todos los niveles e involucrados en el proyecto de Supervivencia Infantil ADRA, en los municipios de Nueva Segovia y Estelí beneficiarios.

Objetivos específicos

- ❶ Conocer los atributos, hechos y vivencias que los trabajadores de salud del proyecto indentifican como lecciones aprendidas.
- ❷ Identificar las limitantes que los trabajadores reconocen en la implementación del proyecto de supervivencia infantil de ADRA.
- ❸ Caracterizar la relación de trabajo de ADRA con el Ministerio de Salud.
- ❹ Valorar la capacidad de liderazgo de los promotores desde la óptica de los trabajadores de salud de ADRA.
- ❺ Identificar los elementos de apoyo administrativo en apoyo al desarrollo del proyecto.
- ❻ Reconocer los aspectos innovadores en la implementación del proyecto de supervivencia infantil ADRA en Nueva Segovia y Estelí.

III. Metodología

Mediante la técnica de brainstorming, la cual ha sido diseñada para la generación de ideas en relación a un problema, el análisis de los mismos y explorar alternativas de solución<sup>1</sup>.

Esta técnica favorece la identificación de hechos a partir de áreas definidas en donde todas las ideas deben ser integradas en donde el animador motiva a llegar a ideas originales y novedosas.

Un número de 12 miembros es recomendado, así como una persona que registre las sugerencias emitidas. El animador inicia con una intervención para establecer el clima en el grupo, expone el propósito de la sesión y se esfuerza por estimular la generación de opiniones sobre un tema a la vez, El animador puede opinar y aportar variaciones a los temas y la duración de la sesión puede ser de 60 minutos.

---

<sup>1</sup> Pineault, R. & Davelu, C. La planificación de la santé. Agence d'ARC Inc. Montreal, Canadá. 1990

La evaluación de las sugerencias se hacen en un período subsecuente. La técnica es simple, accesible y no requiere de mucho tiempo.

Los aspectos discutidos se muestran en la guía en Anexo de manera completa, éstos en síntesis fueron:

- Aprendizajes y lecciones dejadas por el proyecto
- Aspectos a modificar o evitar en próxima fase
- Experiencia de trabajo de TS y CC con el MINSa
- Capacidad de liderazgo de los promotores para sostener las sin ADRA
- Relación de los TCS con promotores y agentes comunitarios
- Formas de apoyo de los TCS para el desarrollo del proyecto
- Utilidad de las innovaciones propuestas en la implementación del proyecto
- Opiniones para lograr la continuidad del proyecto
- Valoración del desarrollo u organización de las comunidades
- Avances para el logro conjunto con el MINSa de un modelo de abordaje de la salud comunitario
- Valoración de la relación del proyecto con Gobierno, Alcaldía, MINSa
- Opiniones sobre la gerencia del proyecto

La sesión fue realizada sin la presencia de los gerentes del Proyecto de la zona y nacional para evitar sesgos en la información cualitativa obtenida.

#### IV. Resultados

Doce trabajadores de salud del proyecto de supervivencia infantil de ADRA en Nueva Segovia y dos municipios de Estelí participaron en esta sesión. De éstos el 25% son mujeres y el 75% varones. El promedio de años de trabajar con ADRA como trabajadores de salud es de 5.6 años con un rango de 1 a 9 años.

#### ***Lecciones aprendidas***

Los TS y CC identificaron los siguientes aprendizajes del proyecto y lecciones aprendidas:

- El trabajo en equipo y la buena organización del engranaje de recursos humanos y otros para el trabajo comunitario.
- Las capacitaciones desarrolladas tienen la fortaleza de fueron desarrolladas para que el trabajo en las comunidades se de aún sin presencia del TS y CC en el territorio, y para una permanente valoración de la salud en la comunidad.
- La relación buena y directa relación de las madres en las comunidades y el desarrollo de la modalidad de "cascada", ha permitido un empoderamiento de los conocimientos de las madres. Las técnicas de **como** transmitir los conocimientos a las madres ha sido un aporte clave para el éxito.
- La motivación ha sido un factor que ha permitido el descubrimiento y formación de líderes.
- La preparación que los TS y CC han recibido es identificada como una oportunidad de superación muy bien aprovechada y otorga satisfacción. Esto ha generado entusiasmo en los trabajadores los cuales han transmitido a promotores y brigadistas la necesidad de seguir estudiando y superarse.
- La integración de la estrategia de AIEPI en la atención integral al niño les ha permitido desarrollar un abordaje más completo de la salud en los niños.
- Las madres al tener conocimiento de los problemas en la comunidad y superarse, ha motivado a hacer un trabajo de mayor calidad con la atención y prevención de las enfermedades de los niños.

- La autogestión ya es una realidad en las comunidades, ejemplo de ello son las casas bases, representan parte del liderazgo que han desarrollado, así como los huertos familiares.
- Una lección aprendida ha sido la de “aprender a coordinarse”.
- La herramienta del diagnóstico rápido participativo que ellos usan es de gran utilidad.

### ***Aspectos a evitar o modificar en el futuro***

- A pesar de que PSI aporta bastante logística, es necesario aportar medios de transporte, ya las bicicletas y caballos a veces no son funcionales por la topografía. Esto facilitaría poder tener una mayor cobertura, ya que a veces se tiene asignado apoyar hasta 20 brigadistas los cuales residen largo uno del otro. Los logros serían mayores si se les aportará motos para movilizarse.
- Las estrategias que los diferentes proyectos de ADRA a veces son divergentes y contrastan con los aspectos culturales y las diversas tecnologías existentes . Ejemplo para los talleres con promotores y brigadistas se difiere en número y hay necesidad de desarrollar capacitaciones uniformes. No ha existido uniformidad en las técnicas de capacitación a brigadistas.
- Al iniciar PAIMA y PHD se debió explicar como trabajan los otros proyectos de ADRA, esto haría optimizar recurso y potenciar el trabajo comunitario.
- La rotación de los TS y CC no ha sido equitativa lo que ha impedido fortalecerlos con otras experiencias. Por otro lado hay trabajadores que son asignados a nuevas zonas de trabajo cada 3 o 6 meses lo que impide una continuidad efectiva y el monitoreo o evaluación, así como otros pasan más de 2 años en una misma área afectando la motivación. Cada 1 o 2 años se deberían dar los cambios.
- El continuo cambio para actualización del cuaderno comunitario de AIEPI-AIN ha generado incertidumbre en el llenado. Sin embargo hay que revisar el de AIM para ser contrastante con la información del MINSA.

### ***Experiencia de trabajo con el MINSA***

- La coordinación de ADRA con el MINSA se operacionaliza con la educadora y enfermera, se comparten información, resultados de las salidas al terreno y en muchas ocasiones se hacen visitas conjuntas.
- La capacitación ha dado mejores resultados cuando se coordina con las enfermeras, ya que los directores salen mucho, tienen muchas reuniones o rotan. En ocasiones se ha visto que la enfermera tiene muchas actividades de los programas que le imposibilita desarrollar acciones conjuntas.
- El MINSA invita siempre a las capacitaciones a ADRA en temas de educación continua.
- Producto de la relación ADRA - MINSA se ha visto un cambio del concepto “brigadista mensajero”, confiando más en el trabajo que los brigadistas realizan en las comunidades.
- No se ha avanzado en la relación de la dirección del proyecto con el MINSA, para lograr integrar a la tarjeta las actividades que los brigadistas realizan, ya que en las visitas de personal de salud MINSA a las comunidades orientan a las mujeres o niños ir de nuevo al centro de salud ante la falta de registro del dato. ej. estado nutricional Si ADRA pasa la información al MINSA, la enfermera podría pasar la información a la tarjeta.
- El trabajo de relación con el MINSA lo hacen sobretodo los promotores aunque no esté el trabajador de salud de ADRA.

### ***Liderazgo de los promotores***

- Los promotores de esencia son brigadistas y sus cualidades lo han hecho beneficiario de la función de promotor.
- El liderazgo de los promotores se demuestra en el hecho de que los pobladores los buscan y porque otros organismos que solicitan su apoyo.
- El acercamiento de ADRA a las parteras ha abierto un camino a su liderazgo, los conocimientos entregados podrá mejorar su perfil, pero otros organismos pueden continuar esta empresa.
- Los promotores necesitan ir creciendo y el MINSA no tiene una política definida para ellos, lo cual debe ser visto por el MINSA para mantener activa la participación.
- Las cualidades de los promotores son diferentes y el TS y CC es el encargado de desarrollar esas capacidades.
- El nivel académico de los promotores debe mejorar para fortalecer su liderazgo y gestión comunitaria, así como la selección inicial de los mismos o completar los atributos faltantes y eso es una responsabilidad de los TS y CC.
- Algunos promotores podrían ser promocionados a TS y CC.

### ***Relación de los TCS con promotores y agentes comunitarios***

- Ellos confían en los TS y CC y por eso el trabajo marcha. La confianza construida es un elemento fundamental para el logro de las acciones propuestas.
- Los TS y CC han tratado de suplir todas las necesidades de los promotores y agentes, pero el tiempo y las reuniones hacen que la dedicación sea insuficiente para fortalecer más las relaciones de trabajo, apoyo del liderazgo. Ej. con 39 comunidades a cubrir la relación fuerte es difícil.
- Los TS y CC están distanciados de los brigadistas pero creen que la sostenibilidad se da en base a la relación de ellos con los promotores. En la actualidad la comunicación de ellos con los promotores es mayor que con los brigadistas.
- La relación se ha dado con el acercamiento, la visita domiciliar conjunta, las capacitaciones y la confianza que les tienen.

### ***Facilidades y limitaciones para el trabajo de los TS y CC***

- Las facilidades mencionadas o ventajas para el desarrollo del trabajo de los TS y CC han sido, la capacitación, el apoyo logístico que reciben, las decisiones acertadas de la dirección del proyecto y del resto del equipo, la diversidad en las capacitaciones, la presentación del proyecto a diferentes organismos y el trabajo en equipo.
- Entre las limitaciones reconocidas se encuentran: la alteración de los planes elaborados para venir a reuniones y a veces dejan a la gente en las comunidades esperando, retener a los brigadistas ya capacitados y otros organismos que ponen barreras para la relación, otros proyectos de la Alcaldía y la religión.

### **Innovaciones o propuestas (nuevos elementos) útiles para la implementación del proyecto**

- Mayor capacitación a los brigadistas
- Introducir otros aspectos de salud
- Trabajar con adolescentes y escuelas
- Trabajar con familias, madres y padres

- Trabajar con los varones para algunos problemas no sólo con madres
- Intercambiar con otras experiencias externas a la zona
- Aportar locales para la sede local en los territorios

### **Propuestas para lograr la continuidad y sostenibilidad del proyecto**

- Que el Ministerio de Salud retome el proyecto en todos sus componentes.
- Establecer acuerdos escritos con los municipios al entregar el proyecto, garantizando apoyo económico y material al MINSA para su integración y continuidad.
- Continuar con las capacitaciones.
- El MINSA deberá actualizarse en AEIPI.
- MINSA y otras instituciones deberán reconocer el papel y estatus a brigadistas y reconocer las actividades ellos hacen en promoción a la salud como parte del municipio.
- Obligatoria coordinación entre religiosos, Alcaldía , MINSA y ADRA
- Mantener los Comités y la representación de ADRA en las Juntas comunales .
- Que se mantenga la relación con el MINSA, el cuál puede asignar una persona que de manera permanente los apoye, recordando que el rector de la salud en el territorio es el MINSA.
- Que ADRA destine un rubro financiero para el MINSA dirigido a apoyar el trabajo de campo de esta institución.

### **Valoración del desarrollo de las comunidades**

- Es evidente el avance alcanzado en la organización de los pobladores, pero todavía hay inestabilidad en los miembros que integran las organizaciones comunitarias
- El desarrollo de las comunidades no es homogéneo, e algunas de ellas los líderes cambian su apoyo a otros organismos, dejando de trabajar en el proyecto.

### **Avances en el logro de un modelo integral con el MINSA**

- La impresión es que el MINSA va atrasado en la estrategia de AEIPI
- Sin embargo, la participación de ambos en los Consejos Municipales ayudaría a alcance del modelo.
- No se tiene clara definición del modelo integral comunitario y conjunto.

### **PSI dentro de los proyectos de gobierno, alcaldes, MINSA**

- En poniones anteriores se expresan la realidad de esta relación.
- La relación dentro de los proyectos de gobierno sería mejorada si los alcaldes, directores del MINSA y coordinadores de los proyecto ADRA visitaran conjuntamente los territorios.
- La valoración de los problemas de salud deberían hacerse en conjunto MINSA, ADRA, Alcaldía y líderes religiosos.

### **Gerencia del proyecto**

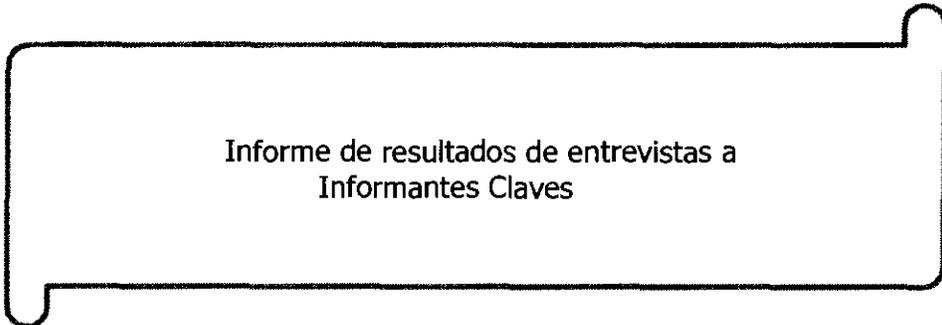
- La burocracia en cuanto a la entrega de insumos, materiales etc se ha superado.
- Ha habido un acercamiento con las estructuras del proyecto, producto del acercamiento de los gerentes locales y nacionales

- Las supervisiones de la coordinación local se ha relizado, aprovechándose el recurso vehículo en dichas supervisiones, se cree que la supervisión ha sido útil para mejorar la implementación del proyecto.
- Las evaluaciones se han basado en la confianza que se les tiene, sin embargo este tipo de evaluaciones son importantes para valorar otros aspectos no siempre evidenciados en las supervisiones y reuniones que se realizan rutinariamente.
- La confianza del equipo ha serviso para mantener la comunicación y superar los problemas.
- Los TCS les gustaría ver a la gerencia del proyecto como un lider del grupo técnico, a veces reconocen la limitante de que los TCS no buscan al coordinador del proyecto.
- Mantener y en la medida de lo posible mejorar el ambiente y el clima organizacional, ésto permitirá producir más.
- La administración de ADRA ha estado pendiente de apoyar a los trabajadores en problemas personales o emergencias.
- Se evidencia la responsabilidad de los trabajadores y el compromiso adquirido y su disposición al trabajo. ellos en su mayoría tratan de dar lo más que puedan pero los limita el transporte.
- ADRA debe dar carnet de identidad.
- ADRA debe mantener la confianza en los trabajdores pues un eje funadamental de la organización y el apoyo a la coordinación y gerencia de los proyectos.
- Finalmente reconocer que las coordinaciones de los proyecto o gerentes de los mismos han promocionado, recomendando seguir dando oportunidades de superación a otros niveles y personalmente.

### **Trabajadores de campo en Salud**

Ana María Maradiaga	Quilalí	9 años de labor
Lilliam Benavidez	Jícaro	5 años de labor
Armando Aguilar	San Juan Limay	1 año de labor
Aura Lila Aráuz	S.J.Limay/Pueblo Nuevo	6 años de labor
Felipe Lovo	Dipilto	6 años de labor
Secundino Alvarado	Pueblo Nuevo	6 años de labor
Heberto García	Macuelizo	5 años de labor
Miguel Borge	Jícaro	6 años de labor
César Siles	Mozonte/C.Antigua	6 años de labor
Ricardo Colindres	San Fernando	4 años de labor
Alvaro Soza	Quilalí	3 años de labor
Orlando González	Murra	6 años de labor

*Anexo 9.12*



Informe de resultados de entrevistas a  
Informantes Claves

EVALUACION DE FIN DE TERMINO  
ADRA / NICARAGUA DICIEMBRE 2000

Estudio de percepción de Informantes Claves

I. Presentación

La evaluación de fin de término del proyecto de Supervivencia Infantil, integró la percepción de cuatro informantes claves, la Iglesia tanto la Católica como Evangélica (Padres, Pastor o Diáconos, La Alcaldía (representados por el Alcaldede o Alcaldesa) y el Ministerio de Salud (representados por el Director o Directora Municipal).

Los **objetivos** del estudio de informantes claves fueron dirigidos específicamente a:

- Conocer la opinión que tienen los informantes claves en relación al trabajo que ADRA apoya en las comunidades y su percepción en relación a la influencia de ADRA en las mismas.
- Identificar la relación de trabajo entre dichas instituciones y los brigadistas o promotores de las comunidades.
- Conocer la perspectiva de los entrevistados en relación a la sostenibilidad del proyecto basados en la estrategia comunitaria que el proyecto ha impulsado y las capacidades que reconocen en la red comunitaria.
- Integrar a la evaluación de fin de término, las lecciones aprendidas, en términos de lo que se debe mantener, mejorar y evitar.

II. Aspectos metodológicos

De los múltiples actores sociales existentes en los municipios, fueron **seleccionados** en este estudio, aquellos que son relevantes para la planificación, implementación y sostenibilidad del proyecto. Así ADRA proporcionó los informantes claves a entrevistar : Iglesia Evangélica, Iglesia Católica, Alcaldía y Ministerio de Salud.

Sin embargo la **muestra** para el estudio de los informantes claves fue representada por la totalidad de personas claves presentes en la comunidad en dos visitas consecutivas.

Por la época de la evaluación algunos representantes de la Iglesia Católica estaban ausentes y otros sólo llegaban a realizar omilías, por los que las opiniones en que en esta evaluación se presentan son de los padres que viven en las cabeceras municipales o en Ocotal y que estaban presentes.

En algunos municipios, la representación de la Iglesia Evangélica (Bautista, Asamblea de Dios – Pentecostés sobretodo) está ausente en la cabecera municipal, por lo que son representados en los resultados como ausencia de representación.

Los informantes claves del MINSA, o sea los Directores Municipales fueron entrevistados en su totalidad, incluyendo la SEDE del SILAIS de Nueva Segovia.

Los aspectos o descriptores que fueron abordados en las entrevistas a los informates claves fueron:

**Iglesia**

- Opinión del trabajo que ADRA desarrolla en el municipio
- Tipo de influencia de ADRA en las comunidades
- Percepción del trabajo de salud

## **Alcaldía**

- Opinión del trabajo de ADRA en el municipio
- Relación de trabajado de la Alcaldía con ADRA
- Tipo de apoyo de Alcaldía a promotores y brigadistas
- Percepción del rol de los promotores en la sostenibilidad del proyecto

## **MINSA**

- Percepción del trabajo de ADRA
- Apoyo de ADRA al trabajo del MINSA
- Cambio en los problemas de salud en donde el proyecto supervivencia infantil está presente
- Promotores comunitarios viabilizadores de las acciones en salud en el futuro
- Relaciones entre MINSA y los brigadistas, promotores comunitarios y trabajadores de salud de ADRA
- Capacidad de liderazgo de los promotores
- Mensajes positivos o lecciones positivas aprendidas
- Lo no repetible del proyecto
- Lo que se debe mejorar del proyecto
- Las capacidades que el MINSA reconoce en los Brigadistas de Salud
- MINSA compartiendo estrategia de ADRA en AIEPI, AIM, SA
- Opinión del AIEPI comunitario
- Posibles cambios en la salud infantil por el componente de seguridad alimentaria del proyecto
- Estrategias que el MINSA propone a ADRA para el componente de Seguridad Alimentaria
- Valoración de la coordinación entre MINSA con ADRA
- Recomendaciones al proyecto

### **III. Informantes Claves de dos municipios de Estelí**

#### **3.1 San Juan de Limay**

Este informe preliminar presenta los resultados de informantes claves de dos municipios de Estelí y Nueve de Nueva Segovia en donde ADRA ha implementando la tercera fase del proyecto de salud, dirigido a Supervivencia Infantil. Sin embargo **para el informe final los informantes claves serán integrados por ejes generales de abordaje**, no especificando personas, sino las opiniones, percepciones, críticas y sugerencias. Se harán en la redacción señalamientos particulares de relevancia ya que los otros como se muestran a continuación, se presentarán en el capítulo de anexos.

#### ***Iglesia Evangélica***

Representado por el Pastor Evangélico Sr. Julio Ramón Briones Herrera, de la Iglesia Pentecostés "Asamblea de Dios", parte de una de las diferentes denominaciones de los grupos religiosos evangélicos.

- Refieren que ADRA es un organismo adventista y que son un grupo que trabaja más en la ayuda social a la gente. El ha asistido a pocas reuniones, pero sabe que trabajan en ayuda a la alimentación a madres y niños pobres. También expresa que ADRA ha trabajado en ayuda con las letrinas.

- En relación a la percepción del trabajo en salud que ADRA ha venido apoyando, refiere estar de acuerdo con las actividades que realizan. ADRA estuvo hablando de planificación familiar y como el tener muchos hijos afecta a las mujeres pobres, siendo este trabajo muy importante para un pueblo como Limay, ya que la Biblia no aprueba ni desapruueba la planificación familiar; eso tiene que ver más con la conciencia de la gente.

ADRA los (as) invita a las reuniones pero por choques de agenda no ha podido asistir a todas. Sin embargo, considera que todo lo es para el desarrollo, la salud y mejoría es importante, ya que DIOS ha mandado que el recibir y dar ayuda también lo es, como ayuda social y como "luz del mundo".

El trabajo que desarrolla ADRA es muy importante pero desconoce sobre otras cosas que ellos desarrollan.

- La influencia de ADRA en las comunidades no pasa más allá de lo referido ya que no conoce más del quehacer de ellos, y no puede responder hasta donde llega pues lo desconoce.
- Considera recomendable la existencia de suplir las necesidades de la gente, pero que se debería hacer más por el ambiente, como la eliminación de residuales líquidos, construcción de más pozos y sumideros.

Cree que con ayuda económica que ADRA administre y la supervisión es lo más importante para los proyectos.

Otra recomendación va dirigida a que ADRA tenga más cuidado en brindar información a ellos sobre todas las áreas en las que ADRA trabaja. Talvés con un folleto u otro tipo de información, no sólo a él como pastor, sino para todos los miembros de la Iglesia, para que así se puedan *solicitar* ayuda en las áreas sociales más sentidas por las personas.

Cuando ADRA viene al municipio, invita a todas las personas a reunirse, y si no han asistido es porque su trabajo personal se lo ha impedido o por invitación tardía.

La Iglesia tiene programación para todo el año y si quieren su asistencia hay que revisarla.

### ***Iglesia católica***

La entrevista con el párroco de la Iglesia Católica no pudo realizarse ya que el padre Julio César Melgar Cruz estaba en Estelí, se le esperó todo el día.

### ***Alcaldía***

Fue entrevistado el Alcalde de nombre Néstor Jarquín Pino en San Juan de Limay.

- El alcalde manifiesta conocer la existencia de ADRA y que han estado trabajando en la construcción de letrinas en el casco urbano y rural (Naranja, El Palmar, San Lorenzo etc.) La Alcaldía le parece que ADRA apoya al Centro de Salud y a la comunidad con alimento para niños y mujeres embarazadas, pero no conoce los otros componentes del proyecto. Sabe que para el Huracán ADRA entregó materiales como zinc para construir o reconstruir viviendas.

ADRA se relaciona más con la Alcaldía por los proyectos de camino. Manifiesta que los han tomado en cuenta, reuniéndose para discutir los proyectos en Ocotal, así como para entregar los alimentos ya que el Alcalde tiene que firmar o testar esa entrega.

- El apoyo que la Alcaldía dio al proyecto fue de colaboración en supervisión, la garantía de los avales y firmas. La Alcaldía es pobre y no puede contribuir con apoyo económico a

los brigadistas y promotores pero hay otras formas de apoyarlos, como son las llamadas telefónicas.

De su parte, la Alcaldía seguirá apoyando cuando así se necesite y que es bueno que ADRA no les pida dinero pues otras instituciones lo hacen.

- La percepción del trabajo en salud que ADRA desarrolla en la comunidad es visto bien, ya que la ayuda a la comunidad con alimentación y creación de caminos son cosas grandes. ADRA apoya el traslado de las madres para ser examinadas en Ocotol o ser atendidas en el hospital. "Cuando existe interés de ayudar, lo hacen con lo que pueden".
- Aunque los promotores y brigadistas pueden seguir manteniendo viable el proyecto, no sería igual si ADRA se retira pronto en asistencia, ya las necesidades básicas sin suplir son todavía demasiadas y ADRA tendría mucho por hacer y fortalecer. Considera que ADRA debe continuar por más años en la comunidad.

No conocen a fondo el trabajo en salud de promotores y brigadistas, pero el trabajo de ellos parece bueno, ya que dan a conocer cosas y de cambiar otras como la colecta de basura. Cada día los promotores deben ir mejorando si quieren en el futuro mejorar las comunidades aún más. Mejorar en el conocimiento de sus comunidades, para mejorar la vida, la limpieza de sus viviendas y seguir incetivando más a la población en la limpieza de las comunidades y mejorar la salud.

- Todavía no cree que pueda haber un sostén de las acciones que ADRA ha venido apoyando, ya que se deben preparar más a los líderes.
- Recomienda que el alimento y la habilitación de caminos debió haberse extendido a las áreas de extrema pobreza. Ellos deben seguir en sus proyectos priorizando los caminos y creando otros, extendiendo a más de las 8 comunidades atendidas, debe crecer más el proyecto en Limay.

ADRA podría acercarse a CARE ya que este organismo también trabaja con esta Alcaldía y la relación entre ellos parece ser distante.

San Juan de Limay vive más de la agricultura y no conoce si ADRA tiene proyectos agrícolas, sólo en huertos familiares ha ayudado, creen que podrían apoyar a la gran agricultura?

## **MINSA**

La informante clave entrevistada fue la directora municipal de salud ubicada en el Centro de Salud Herminio Maldonado, Dra. Jessie Gabriela Castillo Guerrero.

- Le gusta el trabajo de ADRA porque apoya y facilita el trabajo mismo de las comunidades, estando más cerca o más contacto con las personas de las comunidades que son inaccesibles a los centros y puestos de salud. También apoyan fuertemente las Jornadas de vacunación.
- ADRA apoya al MINSA en el centro de salud con las actividades como la jornada de vacunación, capacitación a brigadistas y supervisión a los mismos, así como el control de la adecuación de las referencia de los pacientes.

El apoyo se materializa también en lo logístico, préstamo de vehículo y combustible, visitas de terreno ya que el municipio sólo cuenta con un vehículo.

En las comunidades ADRA apoya la valoración del crecimiento y desarrollo de los niños, la valoración nutricional con una enfermera del centro y charlas en relación a la

prevención y promoción de hábitos saludables en cuanto a EDA, IRA, Alimentos, Agua e higiene.

- A pesar de que ADRA ha venido trabajando en lugares como Limay, La Tronquera, La Danta, Jicarito, Limón, Platanal, Guanacastón, Los Encuentros, Las Naranjas etc. Y en la mayoría de los problemas de salud más sentidos en estas comunidades como son las EDA, IRA, enfermedades vectoriales como malaria y dengue; los cambios habidos están más relacionados a la mejora de las captaciones, la cobertura del control prenatal, Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y atención a la morbilidad general.

Las intervenciones apoyadas por ADRA están faltas de información, ya que no se sabe con exactitud que es lo que hacen, aunque antes era enviada esta información con regularidad, pero que el 2000 carece de información exacta.

Aunque no existan estadísticas del trabajo comunitario apoyado por ADRA, si considera que hay mejoría en los indicadores aunque no podría precisar cuáles.

- Piensa que la viabilidad de las acciones es posible, ya que los brigadistas también trabajan en coordinación con el MINSA. Además los fortalece las capacitaciones que han recibido que les permite un mejor desempeño. Por otro lado hay otras ONGs con objetivos similares en relación a la atención a la niñez.
- Las relaciones entre MINSA y trabajadores de salud y brigadistas de la comunidad son buenas, se nota que ellos trabajan con mucha organización, ya que también son parte de los Comisiones de Salud. También es muestra el trabajo en equipo de coordinación para realizar estas acciones.
- Ellos ven los promotores como verdaderos líderes de sus comunidades, Ya que ellos pueden mantener la información necesaria con capacitaciones, transmisión de información, orientaciones y sensibilización a la población. Son líderes porque son aceptados por la comunidad, porque son comunicativos, porque lo que hacen es para mejorar las condiciones de los demás. Los brigadistas tienen un conocimiento amplio de los problemas de su comunidad y son preocupados, resuelven problemas y tienen voluntad.
- Las lecciones positivas aprendidas. Aunque los logros no son de un 100%, considera que la intervención de este organismos ha permitido un cambio significativo y que para el centro de salud ha sido un beneficio el trabajo que el brigadista realiza en las referencias y contrareferencias.

Entre los aspectos a mejorar está la organización para que no exista subregistro de las actividades y servicios prestados, ya que la información debe ser integrada a un solo sistema, las estadísticas del MINSA.

- El MINSA reconoce dentro de las capacidades de los brigadistas, está la buena asimilación de los contenidos de las capacitaciones y que la experiencia del trabajo con ellos ha permitido ver que ponen en práctica lo aprendido. Tienen mucha disponibilidad y servicio.
- MINSA y ADRA comparten estrategias ya que los programas de salud materna e infantil y la mejora de la calidad de vida son políticas y acciones prioritarias de ambos.
- Se está seguro que el AEIPI comunitario es funcional, porque ha permitido mejorar las captaciones y dar seguimiento con fines de lograr un objetivo y que el producto del embarazo sea bueno y que los niños tengan un buen desarrollo.

- El componente de seguridad alimentaria, basado en la entrega de alimento a embarazadas y niños ha logrado contener el hambre de algunos miembros de las familias pero no en todos, el estado nutricional no ha empeorado, pero tampoco ha mejorado.
- En seguridad alimentaria, ADRA debería integrar en la comunidad a los pobladores desde la planificación de los proyectos, viendo necesidades y problemas. La creación de los huertos familiares o comunales creemos deben continuarse, plantas medicinales, formación de grupos de hombres para reuniones y capacitaciones y el género masculino se integre más a la solución de los problemas de la familia y la comunidad.
- Las recomendaciones giran en torno a integrar las estadísticas al MINSA para poder establecer mejor los indicadores, así como conocer más de ellos de sus metas e indicadores.

La comunicación entre trabajadores de ADRA y promotores de la comunidad deben ser mejoradas, así como el conocimiento de sus programas y nuestros programas íntimamente, los canales deberán establecerse y cumplirse dejando de ser coyunturales.

La alimentación debería entregarse a las familias pobres integralmente y no sólo a la mamá o al niño.

### **3.2 Pueblo Nuevo**

#### ***Iglesia Evangélica***

Representada en esta entrevista por el Pastor Manuel Acuña Sevilla de la Iglesia Bautista (Convención Bautista de Nicaragua – CBN).

- ADRA es conocido como un programa de asistencia social con el que no ha tenido mucho contacto, o con los componentes que desarrolla. Aunque posterior al Huracán Mitch los apoyó con alimento por trabajo, también ayudó con la construcción de letrinas y caminos.

Las áreas en las que sabe que ADRA desarrolla los proyectos son: alimentos para las madres con niños, aporte para la construcción de viviendas (eje. 28 casas en Nueva Palestina), en salud pesan y tallan a los niños. También ayudaron con la distribución de ropa posterior al huracán.

Han trabajado con la alcaldía para la construcción de letrinas y alimentos para el casco rural.

- La percepción que se tiene del trabajo de ADRA es buena, porque en el pueblo existe gente con necesidades de consulta y medicamentos. La influencia de la Iglesia piensa que es grande y ADRA ha apoyado en el pueblo, en relación a sus problemas como enfermedades diarreicas, las que transmiten los zancudos y ceguera. No está seguro que los problemas se estén resolviendo.
- Los brigadistas de las comunidades que apoya ADRA están en las casas bases pesando a los niños y se movilizan y platican con las familias sobre la higiene y esto permite que la gente cambie.
- La influencia de ADRA en las comunidades es buena y con actividades que hacen mejorar la salud y la alimentación que son las necesidades más reconocidas por la población así como la vivienda.

- Se recomienda a ADRA que trabaje más con el gremio pastoral, ya que éstos tienen una gran influencia. Siguiere que los involucren en sus programas. ADRA no los ha invitado a las reuniones que hace, y que si trabajan lo hagan con todos los pastorales, están dispuestos a colaborar, envían número telefónico: 0719 – 2250.

### **Alcaldía**

Se entrevistó al alcalde de Pueblo Nuevo, de profesión agrónomo y de nombre Ramón Alexander Reyes torres.

- La Alcaldía percibe a ADRA como a una ONG vinculada más que todo con la gente del campo, la organiza para trabajar con ellos con el fin de resolver problemas.

Han participado en la construcción de comedores infantiles, caminos y alimentos. Proyectos de agua y mejora de caminos. Resuelven un poco el problema de alimentación y con trabajo que mejora la infraestructura del pueblo. ADRA no tenía estos componentes anteriormente.

Este informante conoce el trabajo que se realiza en las casas bases y antes tenían un programa infantil con fines de disminuir la desnutrición del campo.

La Alcaldía tiene algunos convenios con ellos, después del Huracán Mitch Pueblo Nuevo se convierte en un pueblo de proyección y comunicación eficiente, relacionado a través de desarrollo de trabajo con ONG y expresiones de base del Gobierno. Entre estos convenios están la rehabilitación de caminos, conservación de suelo, casas bases con nivel de acción y la Alcaldía le hecha un granito de arena.

Los proyectos en salud que conocen van dirigidos a disminuir la desnutrición, pesaje de los niños. ADRA apoya al MINSA para las Jornadas de vacunación, en traslado de pacientes, charlas sobre salud sexual y reproductiva para protección de la adolescencia del embarazo precoz.

ADRA construyó 29 viviendas en Nueva Palestina para desplazados del Huracán Mitch. En los proyectos para desnutrición, ADRA entrego gratuitamente un paquete alimenticio y traslado de personas al MINSA para su atención (1997). Los promotores eran enfermeras, pero discontinuó el programa en el área alimentaria.

- Acerca de los promotores y el futuro de las comunidades, manifiesta que siempre mantenían una buena relación y coordinación. Considera que ellos y ellas tienen buenas capacidades aumentadas por la experiencia del trabajo mismo y preparación: una anestesióloga y una enfermera técnica capaz.

Los resultados del proyecto han sido positivos y eso es importante para su viabilidad, ya que el promotor es un líder, lo negativo es que considera que sin ADRA no se pueden desenvolver, pero hay que trabajar entonces con otras instancias con similares programas o proyectos.

- El apoyo que ha brindado la Alcaldía a los trabajadores de ADRA y a los brigadistas o promotores de las comunidades se ha materializado en transporte, pago de SiLOS para almacenar alimento, entrega de información básica sobre la comunidad, avales para la incorporación de los proyectos (asentamientos) y participación en los eventos que ellos convocan.

A las reuniones siempre eran invitados y asisten a sus eventos como inauguración del comedor infantil en Poza Honda.

- Desconocen la atención que ellos están dando a problemas como la diarrea, ERA, dengue, parásitos, conjuntivitis, no sabe su cobertura.
- Entre las sugerencias de la Alcaldía está aumentar la cobertura de los proyectos a áreas integrales de agua y saneamiento, conservación de suelo etc. Incluir charlas para el manejo y tratamiento del agua, cuidado de los pozos, no lo hacen aunque la población si. Los técnicos tienen buena relación y la deben mantener, se sienten satisfechos del trabajo con ADRA y creen que existe un equilibrio en el razonamiento del progreso.

### **Iglesia Católica**

Párroco andaba en Managua y no regresaba ese día.

### **MINSA**

Representado por la Directora del Centro de Salud Celia Sánchez, de nombre Dra. Ivania Rivas Rivera.

- En Pueblo Nuevo, ADRA ha trabajado en la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, proyecto de alimentación, también con brigadistas en coordinación con el Centro de Salud.

Piensa que al inicio se coordinaban mejor y que en los últimos años se ha disminuido la planificación conjunta, han disminuido las invitaciones a pesar de haber necesidades de trabajo con los brigadistas de parte de ambos.

Han trabajado con ADRA en la prevención de las EDA y han contribuido grandemente en la prevención de la desnutrición y educación. Los brigadistas les refieren a los niños con problemas.

- Los brigadistas y promotores gozan mucho dinamismo, son activos pero en la actualidad no hay muy buena relación con ellos ya que debería haber mejor comunicación en cuanto a la frecuencia. La influencia ha disminuido del proyecto y la capacidad de los brigadistas también.
- El liderazgo de los brigadistas es reconocido por el MINSA, ya ellas son personas que se destacan desde antes de ser seleccionados por su capacidad y logrando hacer más, con mayor iniciativa y mejores formas de trabajo. Para mejorarlas considera que los brigadistas actuales necesitan cambiar, capacitarse más y mejorar la coordinación. Antes hacían el Plan de Salud juntos pero ahora ese activismo disminuyó.
- A pesar de estas críticas, las estrategias de ADRA son compartidas por el Ministerio de Salud ya que persiguen similares objetivos y problemas priorizados.
- El AIEPI comunitario es funcional desde el punto de vista, de que la gente ha cambiado sus conocimientos, reconociendo mejor los signos y síntomas de peligro en los niños y sistiendo más pronto al Centro de Salud.
- El componente de seguridad alimentaria, ha logrado cambios en la salud infantil ya aproximadamente de un 48% de desnutrición existente se ha disminuido sustancialmente. El problema que observan es que los padres derivan el alimento a toda la familia, pues necesitan comer. Talvés merecería más supervisión de las acciones desarrolladas, ya que en no todos los padres hay conciencia de la necesidad de un niño sino del hambre de todos.

- Aunque la coordinación era mejor antes, el MINSA en Pueblo Nuevo cree que en materia de seguridad alimentaria debería darse un mayor seguimiento a la finalidad de la alimentación y ampliarlo a otras comunidades.

El MINSA en Pueblo Nuevo percibe como que ADRA se está retirando del municipio y cree que sería una debilidad para ellos, ya que ellos lo fortalecen y todavía no están preparados para darle seguimiento con todos los recursos que ADRA ha invertido, ya que el MINSA no cuenta con recursos para sustituir muchos componentes y aspectos operativos.

ADRA tiene que hacer una revisión profunda del porque los antiguos reponsables llevaban mejor el proyecto que en la actualidad.

#### **IV. Informantes Claves de doce municipios de Nueva Segovia**

##### **4.1 Murra**

###### ***Iglesia evangélica***

En Murra el pastor Fermín Ríos, diácono y secretario de la Iglesia Bautista, Asamblea de Dios.

- ADRA es conocida por la alimentación con la que ayuda a la gente de escasos recursos, ya que solo con el trabajo del MINSA no se cubren las necesidades y ADRA entra donde el MINSA no entra.
- Ellos han sabido llevar a las personas con buen trato e incentivan a los promotores. Los promotores de las comunidades apoyados por ADRA les falta un poco de independencia del organismos y capacidad de autogestión, aunque despiertan el interés de la gente.
- La relación con ADRA se hace de manera informal, sería buenos que ADRA se reuniera con todos. Sólo para el Mitch se acercó a la Iglesia Bautista.

###### ***Iglesia católica***

Lo atiende el Padre Julio y está en Estelí.

###### ***Alcaldía***

- La relación con ADRA ha sido positiva, con buenos resultados, hacen acuerdos. ADRA apoya las comunidades con los proyectos de alimento por trabajo y ha disminuido la desnutrición en niños, también en las embarazadas. Con ADRA, Canadá y la comunidad se aprobó un proyecto de agua con fondos de contravalor. Hay coordinación con promotores para hacer los planes y mejorar la red vial por alimento.
- Las coordinaciones con ADRA se por medio de los alcalditos, con reuniones, información, diagnóstico actualizado de las microregiones. Orlando les ha informado del proyecto de salud, alimentación a las mujeres lactantes y se acompañan con el responsable del proyecto.
- ADRA ha venido a aportar algo que el gobierno no tiene a su alcance, a contribuir con salud, a elevar el nivel de vida, costumbres. Para el Mitch ADRA tuvo mucha participación.

- El organismo ha venido mejorando sus proyectos, con mejor participación de los beneficiarios ej cómo construir su propia letrina dirigido por el promotor y ellos valoran sus propios esfuerzos.
- Los brigadistas y promotores tienen bastantes conocimientos y lo transmiten a los beneficiarios y eso es lo que sostendrá en salud y la educación que el proyecto dé. Hay avances en salud.
- Ojalá que ADRA, Alcaldía y otras instituciones se den a conocer y cumplan las metas en coordinación.

## **MINSA**

- En Murra, se percibe el trabajo de ADRA como bueno en general específicamente del proyecto de Supervivencia Infantil. ADRA trabaja en función de hacer un cambio en salud mejorando el conocimiento comunitario para una buena salud. Se informa, se educa en los dos niveles comunitarios al grupo de promotores y Brigadistas y a la población en general a través de éstos. ADRA busca un cambio con el auto cuidado a mediano plazo. Tenemos buena relación triangulada ADRA – MINSA – Brigadistas.
- El apoyo de ADRA al MINSA se ha materializado mediante:

Organización de comité y darles su IEC, está fortaleciendo las acciones del MINSA.

Charlas constantes al personal (otro personal, líderes, maestros, pastores) y a la población en general.

Nos han apoyado con información y propaganda al momento de hacer nuestras Jornadas de Vacunación. Nos han apoyado con algún (poco) transporte en este tipo de actividad.

- Referente a los cambios en los indicadores de Salud, estos han variado relativamente poco, aquí voy a ser amplio aunque esto se puede hablar en la pregunta #4.

Hablemos de Salud Materna: nosotros esto lo trabajamos en el Centro de Salud, puestos y parteras entrenadas. Hay un equipo adicional que ADRA tiene en el Comité, pero este no realiza transferencias al Centro y puestos a como esperamos.

Mejorar niveles de Nutrición, tampoco por que el alimento que brindan lo comparten con su familia y hasta con animales, no van al blanco deseado que es el desnutrido. (Aquí se necesita un fuerte capítulo de capacitación y educación, lo dije en la evaluación a medio término). No nos hemos sentado a evaluar el informe trimestral y ver que acciones se pueden hacer. Hay 2 trabajadores en el Municipio y su supervisor Nunca llegó para coordinar alguna acción. Así que mejorar algún indicador como los del PAI, algo a lo que puede atribuirse mejoras sería por el apoyo a Jornadas, que es una acción de impacto del momento, pero al sistemático que es al que magnificamos no tenemos transferencia por vacunas (demostrable con el archivo) aunque no enfatizo que ellos (Comité) no hallan dado alguna charla donde orienten hacerlo.

Seguridad alimentaria : es igual.

- Al referirnos a la sostenibilidad de las acciones por los promotores comunitarios responden, que el Municipio cuenta con 53 comunidades y una área urbana, por lo que deben haber 53 Comités funcionando, el MINSA no siente esto, lo siente el 40%. Estos comités tienen una constante rotación( renuncias al Puesto del Comité) esto implica nueva capacitación, además existe poca coordinación por falta de liderazgo. Al MINSA, esto le trae problemas por que un brigadista que coincidió con ser COLVOL, lo capacitamos y por un problema renuncio y se fue. Hemos detectado que sus problemas vienen al momento de repartir alimentos, ropa, etc.

Ellos se sienten brigadistas de ADRA, y me consta que el Proyecto no ha educado así, esto es un problema propio de los brigadistas y el puesto de salud no ha sabido capitalizar este recurso, llamarlo atraerlo, que es importante para nosotros.  
En el Municipio estamos conscientes que al irse ADRA, no hay comité funcionando, sentimos que solo quedara nuestra vieja estructura.

- Las relaciones entre Minsa y brigadistas son buenas, entre ADRA y MINSA existen diferencias no nos vemos como aliados cada quien con su problema.
- Los promotores no son vistos como lideres, hay algunos que movilizan personas a cambio de algo conscientemente los buenos se les han ido cuando no pueden modificar algunas "líneas duras".  
Además en esta zona de pobreza nadie puede dedicarse a tiempo completo a las actividades, son pobres y necesitan trabajar. A veces no pueden diferenciar y hacer coincidir todo para realizar las acciones, horarios inadecuados, zona geográfica larga entre las casas, climáticos y de coordinación.
- Las enseñanzas dejadas por el Proyecto son:
  - Que se trabaja bien con el que conoce sus responsabilidades.
  - Coordinar mas las acciones
  - Cuando construyan su Proyecto tomen en cuenta la realidad de salud del Municipio y esto quien lo sabe mejor es el MINSA, no solo la población por que ellos en cada comunidad quieren un Centro de Salud.
- El MINSA reconoce que hay buenas capacidades en los brigadistas y hay que capitalizarlo.
- El MINSA no se considera parte de las estrategia de ADRA por que no analizamos los resultados, cada quien por su camino.
- El AIEPI comunitario es funcional, estamos casados con la idea , listos para implementarlo, el MINSA está capacitado, ADRA lo hizo pero no lo ha implementado.
- Del componente de seguridad alimentaria sentimos que no hay siempre iguales niveles de desnutrición. No están utilizando la estrategia adecuada, dar alimentos ya hechos no es lo adecuado, mejor dar los insumos para las personas( No des el pescado hacho- mejor enseñara pescar).
- El proyecto ADRA debería de implementar en el componente de seguridad alimentaria un fuerte componente de IEC:
  - Huerto Familiar
  - Como cocinar un producto nuevo de la zona, como soya y enseñar recetas
  - Mejorar el sistema de información en coordinación ADRA/MINSA
- La coordinación con ADRA a nivel local es cordial, con el supervisor, sub sede y sede es la no adecuada.
- Las recomendaciones que daría al proyecto ADRA, al escribir su próximo proyecto son la siguientes:
  - Consultar al MINSA local, buscando la información oportuna.
  - Diseñar una estructura funcional con el MINSA.
  - Escribir que van a hacer cada tanto tiempo.
  - Mejorar su calidez con el MINSA.
  - Se deba dar a conocer los aportes locales del Municipio para el proyecto los últimos tres años dio oficina y luz.

El proyecto debe manejar doble información y tener mayor seguridad de las donaciones, para evitar sustracción de estas.

Capacitar a todos los trabajadores del proyecto para que todos manejen como está diseñado el proyecto, a veces el desconocimiento de esto trae fricciones con el MINSA.

#### **4.2 Mozonte**

##### ***Iglesia Evangélica***

Representado por el Pastor Sr. Francisco Montiel, de la Iglesia Bautista. El es presidente de la escuela y dirige la alimentación a dos turnos escolares debido a la identificación de niños que son enviados a la escuela sin comer y otros que no son enviados por pena de que manifiesten mucha hambre, ya han ocurrido desmayos de niños por falta de alimento.

- ADRA ha hecho un trabajo muy importante, no sólo en salud, es la organización más fuerte en Nicaragua y en otros países. Sin embargo desconoce si en Mozonte ADRA está trabajando.
- La influencia de ADRA se enfoca, según sus conocimientos, en brindar alimento a los niños, proyectos de agua y brindar medicina. Un hecho ocurrido que debería alertar a ADRA es que este año se les dió galletas descompuestas, con moho, como una tela blanca. Por este motivo la ayuda no fue usada y se destinó a animales.

##### ***Iglesia católica***

Ante la ausencia de un padre que sea exclusivo de Mozonte para la Iglesia Católica, se entrevistaron a las Hermanas Franciscana de la Inmaculada Concepción. Ellas manejan un dispensario y farmacia popular en la Casa de Retiro. También apoyan la agricultura con malos resultados este año por la pérdida del frijol y maíz; así como técnicas de abono orgánico.

- Para la congregación, ADRA beneficia a la comunidad con proyectos de saneamiento. Su vinculación para el MITCH con ellos, permitió el almacenaje y distribución de alimentos, ya que el local de ellas sirvió de comedor. Además ADRA donó el alimento para pagar el levantamiento de la tapia de la Casa de Retiro.
- Aunque los habitantes de las comunidades no le han hablado directamente de los proyectos de ADRA, sabe que hay nuevas intervenciones en agua. del proyecto de salud conoce las casas bases que han desarrollado junto con el MINSA. Les gustaría tener contacto con ellos, ya que ellas desearían coordinarse con ADRA, aunque conocen a Juanita es la promotora de ADRA que conocen, muy querida por los pobladores.

##### ***Alcaldía***

La Alcaldía de Mozonte se representó por la Alcaldesa María Asunción Hernández en su oficina.

- La Alcaldesa tiene la percepción de que ADRA trabaja independiente, aunque la alcaldía ha apoyado su participación y han hecho reuniones de programación y capacitación, pero se alejan en la intervención de las comunidades. Por otro lado, ADRA sólo trabaja en las zonas rurales obviando las necesidades y la pobreza en las cabeceras municipales.
- Reconoce a ADRA como el organismo que ayuda a la alimentación de las madres y niños lactantes. El Huracán Mitch los hizo coordinarse, pero no conocen los nuevos proyectos y de los trabajadores reconocen a Ena.

- El alimento por trabajo impulsado por ADRA fue aprovechado ante la falta de control, para establecer duplicidad en las listas y beneficiarse algunas familias.
- La sostenibilidad del proyecto radica en la coordinación que ADRA haga con el MINSA, pero el rol del MINSA es más para apermisar su entrada en salud, más que un trabajo conjunto a la par.
- La existencia de promotores capacitados darán continuidad a las acciones comunitarias, ya que ellos permanecerán en las mismas. ellos son promotores y brigadistas de la comunidad y no del proyecto como tal.

## **MINSA**

- En el municipio de Mozonte, se percibe el trabajo de ADRA, es muy bueno, ya que a través de los Comités de Salud Comunitario, se ha impulsado la educación sanitaria a la población en general, y es a través de la entrega de alimentos que la población tiene el atractivo de cambiar algunos hábitos que perjudican la salud de la población principalmente en los niños.

Con la promoción del AIEPI Comunitario, se viene a fortalecer las acciones que el MINSA viene promoviendo a nivel institucional y comunitario. Sin embargo, se debe fortalecer este esfuerzo a través de la coordinación interinstitucional, con el fin de obtener mejores resultados sobre todo con el Sistema de Referencia y Contra Referencia y los comités comunitarios de salud.

- El apoyo de ADRA al MINSA se ha materializado mediante el fortalecimiento de la red comunitaria a través de elevar el nivel educativo de brigadistas, colaboradores, parteras, sin embargo existe la creencia de éstos líderes, que trabajan en función de ADRA y no por la comunidad, presentándose en ocasiones controversias en puntos de vistas “ Yo soy Brigadistas de ADRA” y por lo tanto hace lo que ADRA oriente”.

Esto a veces provoca malestar entre los otros líderes, que no se ven identificados como tal.

Otro de los aspectos es que ADRA ha apoyado durante la ejecución de J.N.S, a través de vehículo y/o combustible.

La capacitación y la visita de la red de B.P.S. se ha venido ejerciendo a través de los promotores.

- Referente a los cambios en los indicadores de Salud, en algunos como la atención prenatal y fertilidad humana ha habido cierta mejoría, en cuanto a que la población acude a demandar los servicios de salud. Sin embargo en la reducción de la mortalidad Infantil no hay mejoría, puesto que ésta va en aumento año con año, y es durante este ultimo año cuando mas ha aumentado.

Estableciendo que las madres ah veces no les dan mucha importancia a los signos de peligro o de alarma; llegando de manera tardía a las unidades de salud y en condiciones críticas y algunas veces prefieren quedarse en sus casas.

Esto nos ha venido ha contribuir al aumento de la Mortalidad Infantil, a pesar de haber aumentado la cobertura de salud en el Municipio.

- Al referirnos a la sostenibilidad de las acciones por los promotores comunitarios responden que Sí, ya que algunos de estos promotores han sido B.P.S, formados por el MINSA y han venido desarrollando su trabajo desde hace mas de 10 años, ejerciendo su labor comunitaria por la comunidad.

Actualmente mejorando su nivel científico técnico, podrían desarrollar mejor su labor de líderes de salud y con el seguimiento por parte del MINSA, se puede capitalizar este recurso comunitario, que para nosotros es de vital importancia, para desarrollar y promover actividades de salud, en las comunidades en donde viven.

- Las relaciones entre trabajadores de la salud, promotores y el personal de ADRA son excelentes, con actitudes de cooperación y con el espíritu de mejorar las capacidades y conocimientos de los líderes comunitarios y buscando alternativas de mejorar su organización comunitaria.

Sin embargo persiste aun la creencia de que estos pertenecen a la organización creadora o que los capacita, creando dificultades para la coordinación de actividades y choques de actividades.

Otro de los inconvenientes es la entrega de remuneraciones, lo que provoca que cuando esta se deja de dar este no quiere participar<<<<<8se pierde la voluntariedad del líder comunitario.)

- Los promotores son vistos como líderes, estos son natos de la comunidad, conviven en ellas y se identifican como tal.

Pero con los estímulos monetarios se pierde esta característica, ya que cuando esta ya no sea posibles, no le dedicaran este mismo esfuerzo, que se ha caracterizado hasta ahora.

Se debiera de establecer otra política para incentivarlos a desarrollar el trabajo voluntario de ellos. Sin embargo algunos de ellos ya caracterizados conservaran siempre la característica de desarrollar el trabajo comunitario por el bien de su comunidad.

- Las enseñanzas dejadas por el Proyecto son:
  - La organización de Comités de Salud comunitarios.
  - La promoción del AIEPI comunitario.
  - La capacitación de líderes comunitarios.
  - La conformación de promotores de salud que visiten a los Comités comunitarios.

En todo momento se debe aclarar que aunque sean formados por ONG's, MINSA, etc.. no pertenecen a ninguna organización, si no a la comunidad.

Establecer en todo momento la sensibilización de estos líderes a su voluntariedad, y no hacerlos llegar a través de entrega de materiales, alimentos, etc..

Establecer políticas de estímulos a estos líderes diferentes a los establecidos.

- El MINSA reconoce el conocimiento de los líderes comunitarios en el AIEPI.
- El MINSA se considera parte de las estrategia de ADRA, pero cree que debieran mejora la coordinación entre ambas instituciones.
- El AIEPI comunitario es funcional, pero se necesita fortalecer aun mas.
- Del componente de seguridad alimentaria podemos decir que muy poco ha disminuido la prevalencia de la Desnutrición, ya que existen otros factores que contribuyen con ella y que no es atacada. La desnutrición no se mejora sólo con entregar alimentos que la población no está acostumbrada a consumir.

- El proyecto ADRA debería de establecer y conocer la costumbre de la población y establecer causales para promover cambios que vengan a favorecer o a mejorar los estilos de vida de la población.
- La coordinación con ADRA ha sido difícil, en algunas actividades se ha establecido a través de los promotores con muy buena coordinación. A veces no acuden a las invitaciones que el MINSA hace a ellos.
- Las recomendaciones que daría al proyecto ADRA son la siguientes:

Establecer la sensibilización de los líderes comunitarios en la labor voluntaria.  
 Sensibilización de la población en la importancia del VPCD y no por la alimentación que recibe.  
 Seguir fortaleciendo el AIEPI comunitario, el sistema de referencia y contrarreferencia .  
 Mejorar la coordinación intersectorial.  
 Dar a conocer planes de trabajo.  
 Compartir información.  
 Fortalecer la organización comunitaria.  
 Elaborar planes en conjunto.

#### **4.3 El Jícaro**

##### ***Iglesia evangélica***

Fue entrevistado el pastor Fredy José Sáens de la Iglesia Castillo de Dios de la Asamblea de Dios.

- En relación a su apreciación del trabajo de ADRA, refiere que él es un pastor con poco tiempo en el Jícaro pero ha podido darse cuenta de la triste realidad del Jícaro y de salud. No trabajan coordinados con ADRA y la única comunicación que han tenido es para ir a un seminario de planificación familiar.
- Los pobladores le han transmitido que ADRA ha apoyado la nutrición en embarazadas y niños. Es necesaria la unidad de las organizaciones y solo así se puede llegar a lograr algo fuerte y duradero, ADRA no puede lograrlo solo, ya que son muchos los proyectos que ejecuta, y unidos se beneficiarían más las comunidades.
- Sería bueno que ADRA pensara en ayudar a las personas en cuanto a la violencia familiar, ya que esto repercute en toda la familia y a la sociedad.

##### ***Iglesia católica***

Representado por el padre Juan Natonio Elias el cual es nuevo en el lugar.

- Lo poco que maneja de ADRA es que es un servicio bueno que beneficia a la comunidad.
- Ellos tienen bastante influencia en la comunidad por la proyección humanitaria que los caracterizan.
- El cree que deben haber más proyectos en salud de ADRA y en educación para alfabetizar.

##### ***Alcaldía***

El Alcalde de Jícaro es el Sr. Reynaldo Rocha Benavides, el cual acepto gustoso hablar de ADRA.

- Opina que ADRA maneja proyecto que son importante por lo que se diferencia de otros organismos ya que beneficia directamente a las comunidades.
- Si ADRA no existiera en la comunidad la población sufriría más necesidades y se hundiría en más pobreza; ya que los proyectos que se manejan son necesidades como letrificación, construcción de puentes, caminos, comida por trabajo. Esto ha llevado a elevar el nivel de vida de la población.
- El apoyo brindado por la Alcaldía a bigadistas y promotores se ha caracterizado por mutuos acuerdos , respeto y estrecha comunicación, se respaldan, se informan y se coordinan para mutua ayuda.
- Sin embargo la Alcaldía no ha ameritado dar un apoyo más directo a promotores y brigadistas, pero en casos aislados lo ha hecho, como regalar arena para las letrinas, prestarles bodegas para almacenamiento de alimento u otros. La relación podría mejorar mucho más con el acercamiento y relación con la comunidad.
- Algunos proyectos tendrán que continuar y los tendrá que seguir la comunidad, ésta y el gobierno municipal tendrán que retomarlos.

#### **MINSA**

En el municipio de el Jícaro , se percibe a ADRA como la Agencia Adventista para el Desarrollo, una ONG que ha venido trabajando en este municipio desde hace varios años, que surge por la problemática que existe en el territorio (87 comunidades) donde los problemas de mortalidad infantil y materna son los principales. ADRA apoya a 1/3 de estos ochenta y siete comunidades y su estrategia se basa en la participación comunitaria, donde la misma comunidad está sensibilizada en los problemas de salud y desarrollo de la misma. Nuestra percepción es de que es un pilar fundamental en nuestro trabajo coordinado, viene a ocupar un espacio que nosotros teníamos debilidad. Se ha fortalecido la referencia comunitaria en las 43 comunidades, se ha cambiado el perfil de los problemas de salud. Nuestra percepción es que ha existido un cambio positivo.

- ? El apoyo de ADRA al MINSA es muy significativo, la contribución con nuestra red de servicios (10 puestos de salud), red comunitaria que incluye Brigadistas, Parteras, Líderes Comunales, etc. todo junto hemos enfrentado y mejorado los problemas de salud que históricamente perjudicaban a la población de estas comunidades.

ADRA le ha dado capacitación al personal comunitario. Estos manejan la información de los distintos programas como VPCD, APN, Planificación Familiar, etc., cotejándola con la información del personal de salud encargada de la comunidad; facilitan las labores del MINSA, como inmunización, Brigadas Médicas Móviles y restos de programas; además de garantizarle a la población en riesgo de desnutrición, un paquete alimenticio, sufragando la economía de las comunidades.

- Referente a los cambios en los indicadores de Salud, diríamos que si, se ha mejorado la supervisión y evolución de las enfermedades prevalentes en la infancia, ha cambiado la tendencia de estas enfermedades a lo positivo, lo mismo que en la salud materna, las muertes en las comunidades que ADRA interviene son menores y en las ocurridas se han hecho mejores análisis, existe una mejor captación y vigilancia en el CPN y la información es fiel y la población es retroalimentada con la misma.

- Al referirnos a la sostenibilidad de las acciones por los promotores podemos decir que estos han demostrado a lo largo de estos años, motivación suficiente para mantener las mismas acciones por que en primer lugar la comunidad los apoya, el trabajo es coordinado, están suficientemente capacitados, los problemas los enfrentan y los resuelven, además el MINSA los ha tomado en cuenta y seguirán siendo los pilares fundamentales de la red comunitaria, tomándolos como ejemplo del resto de promotores por tanto creemos que se podrán mantener con el seguimiento del MINSA.
  - Las relaciones entre trabajadores de la salud, MINSA y promotores fue muy buena, la coordinación del trabajo en los tres componentes antes mencionados la comunidad junto al promotor identificando problemas de salud, priorizándolos y dando las primeras respuestas, refiriéndolos al nivel de resolución superior, también facilitando las labores del trabajador de la salud, convocando a la población al momento de una intervención de salud, por parte del MINSA, todo esto contribuyó a mejorar indicadores, además captación y seguimiento de los distintos programas de atención.
  - Los promotores de salud de ADRA son los que mas saben de Salud, la comunidad los mira como líderes que pueden tomar decisiones en pro de la misma siendo ellos la comunicación hacia el MINSA, además muchos de ellos históricamente antes de ser promotores eran líderes y algunos conservan el liderazgo, entonces nosotros los miramos como líderes de salud.
  - Los mensajes positivos a lo largo de estos años son los que se ven plasmados en la comunidad, el cambio que salta a la vista, lo mejor en la salud. Uno de los mensajes es la coordinación que hemos mantenido, la transparencia y el manejo de información. Sin el aporte comunitario no se podrían llevar a cabo los proyectos de salud que se implementan, por que es la comunidad la que tiene la última palabra, pienso que se debe seguir trabajando en este sentido hasta que lo podamos perfeccionar y poner en práctica el resto de las comunidades.
  - El MINSA reconoce capacidades en los brigadistas en el nivel de resolución que se ha alcanzado, en la capacidad de manejar información y tomar decisiones de acuerdo a los resultados de la misma, la coordinación con el personal de salud, la capacidad de retroalimentar a la comunidad de sus problemas y al mejoría de los mismos, también la comunidad los escucha y confía en ellos.
  - El MINSA se siente parte de esta estrategia ya que esto, ha venido a fortalecer nuestras debilidades, nosotros no miramos a los promotores de ADRA como algo aparte sino como nuestros promotores, nuestros brigadistas y siempre los tomamos en cuenta en la actividades de salud que se implementaron, por que todas las estrategias tienen el mismo fin, la misma mira que el MINSA; lo que ha potencializado nuestras labores y los resultados han sido mejores en calidad, cantidad, con impactos positivos.
  - El MINSA con su personal de salud, no tiene que hacer suyos los problemas de salud, estos no deben ser institucionalizados por que las estrategias que se implementan no darían resultados aceptables; por tanto si tenemos una Red Comunitaria capacitada, empapada de los problemas de salud; recibiremos el aporte y llegaríamos hasta donde el MINSA solo no llegaría.
- El personal comunitario capacitado en AIEPI y mirando al niño de una forma integral; poniendo en práctica estos conocimientos y coordinando actividades con el MINSA, mejora significativamente el comportamiento histórica de los problemas de salud, por tanto consideramos que es funcional
- La estrategia de seguridad alimenticia ha venido a dar opciones de alimentación en la población infantil y mujeres embarazadas, ya que la población con sus múltiples problemas socioeconómicos que existen han desmejorado su nutrición.

- La seguridad alimentaria aprovecho en tiempo y forma la alimentación, ha mejorado la nutrición de los niños hay menor número de niños mal nutridos.
- Además de esta estrategia es necesario, proyectos de desarrollo comunitario; como una estrategia para no ser dependientes y sea sostenible.
- La estrategia que debería implementar algunos de ellos podrían ser:
  1. Proyectos de desarrollo auto sostenibles
  2. Opciones de alimentación con los recursos existente
  3. Variedad de cultivo según el tipo de territorio
  4. Y lo que se ha venido implementando como alimento por trabajo.
- La coordinación ha sido buena; el municipio no tiene quejas en relación al trabajo; los resultados que hemos tenido se han revuelto internamente.
- Extender con sus proyectos y estrategias a todo el municipio.

También que sea más flexible con relación a las necesidades que afronta el Ministerio de Salud.

#### **4.4 Wiwili**

##### **MINSA**

- Aunque aún no tenemos la experiencia y la oportunidad de contar con el aporte de esta organización en nuestra localidad, hemos observado y conocido de los valioso de su contribución a la mejoría de los aspectos de salud en los que dirigen sus programas, porque permite combinarse con la Atención Integral que el Ministerio de Salud promueve y ofrece a la población de los grupos priorizados (madres (MEF y Emb) y niños < de 5 años), dando como resultado el obtener mejores resultados con calidad, calidez en la promoción de la salud de estos grupos, el que es valorado aún más porque está dirigido a sectores de la población con mayores niveles de pobreza, con problemas de accesibilidad a los servicios de salud y que son más vulnerables a las enfermedades infecciosas y por ende aportan mayores tasas de incidencia tanto de morbilidad como de mortalidad.

Nuestra valoración en general, indican que este tipo de proyectos podría brindar un aporte sustancial a nuestros indicadores de salud en nuestro municipio porque las características y condiciones de nuestra población son las áreas más sensibles que éstos apoyan. Esperamos contar con su presencia en el territorio en un futuro a corto plazo.

- Por el conocimiento del Programa de ADRA que realiza en otros Municipios, el apoyo brindado está destinado a 3 grandes áreas en general:
  1. AIEPI Comunitario
  2. Salud Materna
  3. Seguridad Alimentaria.

Estos aspectos son mejor explicados y llevados a la práctica en el lugar donde las actividades de salud se potencializan: EN EL TERRENO / TRABAJO DE CAMPO, en donde los aportes del proyecto el MINSA en general son:

- a) Captación de Niños < 5 años con VPCD no subsecuente o sin él.
- b) Captación de niños con controles en desnutricional (estado nutricional deficiente).
- c) Apoyo con alimentos (nutrientes) a estos niños.
- d) Captación de madres embarazadas ( con o sin CPN).
- e) Mayor accesibilidad al CPN y captación de ARO en las localidades con mayores riesgos.
- f) Promoción del control de crecimiento y el parto institucional.
- g) Captación a líderes comunitarios (promotores, parteras, etc.) en aspectos de AIEPI.
- h) Mejoría de la salud comunitaria.
- i) Promoción de casas maternas a mujeres embarazadas.
- j) Apoyo a las salidas integrales (Brigadas médicas móviles).
- k) Indico que todo esto se conoce en general en las 3 áreas que desarrollan este proyecto.

➤ Con sinceridad, lamentablemente en esta localidad, no contamos con datos específicos por que aún no hemos realizado o desarrollado el proyecto en este municipio. Ante esto, si conocemos en aspectos apoya, inferimos que los indicadores a elevar, disminuir o mejorar serían los siguientes:

- a) Aumento de captación de embarazadas (CPN, bajo riesgo y ARO).
- b) Aumento de captación de niños para control de crecimiento.
  - VPCD 1ra vez
  - VPCD sub-secuente
  - VPCD Riesgo
- VCPD Desnutrición
- c) Disminución de incidencia de CPVD con déficit nutricional
- d) Aumento de captación de niños con déficit psico-motor
- e) Disminución de incidencia de enfermedades prevalentes en infancia
- f) Aumento de las referencias y contrarreferencia de los niños con enfermedades prevalentes para su manejo oportuno.
- g) Disminución de la morbilidad infantil
- h) Disminución de la mortalidad infantil y maternas.

➤ Por la experiencia de trabajo con ONG's  
En el terreno: Si es posible mantener la viabilidad de las acciones por las capacitaciones y el trabajo constante de estos promotores.

En el aspecto de seguridad alimentaria: No sería posible ya que no es sostenible el garantizar siempre el paquete alimentario que se brinda y dudo que a través del gobierno se podría brindar algún sostenimiento de este tipo a largo plazo.

➤ A través del proyecto, aún no hemos tenido relaciones con los promotores de ADRA en nuestra localidad.

Conocemos que en algunos municipios que reciben los beneficios del programa, en algunos las relaciones son buenos, pero en otros ha habido falta de coordinación y comunicación.

➤ Sabemos que el proyecto contrata a Promotores o capacita Promotores de la misma comunidad a beneficiarios.

Generalmente estos Promotores son líderes dentro de sus comunidades. Nuestra visión es fortalecer aún más esa capacidad de liderazgo y así consideramos que el desarrollo propio de los Programas alcanzarían los niveles adecuados, traducidos en mayor beneficio a la población.

Sólo me gustaría mencionar que en algunas localidades, los Promotores a tienden algunas comunidades que son límites de este municipio y en algunas de ellas se han observado inequidad en la atención y quejas de la población beneficiaria, pero no he tenido la oportunidad de expresárselo a algún funcionario de ADRA.

➤ En concreto:

Lecciones a aprender ( en Wiwili)

1. Mejor coordinación institucional
2. Aprender de errores, para no cometerlos y mejorar
3. A nivel comunitario; priorización de las necesidades en base a datos e indicadores de salud.

No repetir:

1. Falta de comunicación
2. Falta de coordinación
3. Falta de apoyo directo

Mejorar:

1. Potencializar los recursos humanos (de salud y comunitarios)
2. Integralidad de las acciones
3. Comunicación y coordinación Inter.-institucional

➤ Aún sin experiencia directa con ADRA, al capacitar a un líder comunitario, se reconoce:

- a) Capacidad de convocatoria
- b) Deseos de superación
- c) Comunidad con mayores niveles de información de salud
- d) Mayor nivel de referencia y contrarreferencia
- e) Asistencia continua

➤ Quisiéramos sentirnos parte de ella, por la sencilla razón de que estos componentes mejorarían los niveles de salud, de nuestra población, con la que trabajamos a diario.

De nuevo esperamos contar con su presencia a corto plazo

➤ El AIEPI es una estrategia que está elaborada para aportar aspectos sencillos a reconocer en las enfermedades de la infancia y establecer las pautas para que este sea funcional.

En nuestro municipio aún no contamos con capacitación en AIEPI comunitario, pero estamos en función de mejorar este importante aspecto.

Consideramos que ADRA nos brindaría un apoyo muy importantes, para desarrollar esta estrategia en nuestra localidad.

➤ En nuestro municipio por supuesto lograríamos aportar un cambio en la salud infantil de nuestra población en especial en nuestras localidades en las que estamos fortaleciendo nuestro programa de CPN, VPCD, etc, mejor dicho Atención Integral a la mujer y Niñez.

➤ Estrategia de seguridad alimentaria

1. Priorización de comunidades inaccesible
2. Entrega directa al beneficiario

3. Coordinación con el MINSA con la estrategia de salidas integrales
4. Control periódico de la asistencia del beneficiario a los programas de salud ofertados por el MINSA.
5. Capacitaciones conjuntas (MINSA, ADRA, líderes comunitarios)
6. Apoyo en actividades propias (ONG's, etc)

Entre otras, podría depender del o los factores propios de las comunidades coincidir, el que permite orientar una estrategia local propia.

- Como es un programa , proyecto dirigido a la salud, la coordinación entre nuestras instituciones tienen que ser efectivas, continua y directa para ir resolviendo los problemas y la dificultades que e podrían ir encontrando para su resolución y mejoría del desarrollo del proyecto.

Desearía plantear y recomendar a este proyecto: en el municipio de Wiwili de nueva Segovia, las representaciones del Ministerio de Salud y de nuestro SILAIS, estamos con la plena disposición y nos ponemos a la orden para contar con este programa, para poder desarrollarlos en nuestras localidades para aportar un poco de beneficios en las salud de nuestros pobladores, los esperamos pronto.

#### 4.5 Macuelizo

##### ***Iglesia evangélica***

No hay iglesia evangélica

##### ***Iglesia católica***

Padre Martín Gadea B. Se encontraba en Estelí

##### ***Alcaldía***

Se entrevistaron a dos funcionarios de la Alcaldía, Karla Moncada y Carlos Aguilar, los cuales trabajan en proyectos de la Alcaldía.

- La relación de trabajo con ADRA ha sido de coordinación, avanzando los proyectos, alimento por trabajo y al inicio de la ejecución de los mismos. No hay muchas reuniones de planificación, ni se juntan para diseñar proyectos conjuntos. Al inicio la alimentación para los niños se entregaba en coordinación con la Alcaldía, pero ahora sólo se tiene el conocimiento de donde estan dando alimento a las madres.
- La Alcaldía no apoya mucho a brigadistas y promotores, esta relación se da más con el MINSA para salud. Con ellos es más para agua, letrina y reparación de caminos. Ellos aprecian de que ADRA trabaja alejado del MINSA.
- La opinión acerca de ADRA es que un organismos que trabaja bien pero debe acercarse más a la Alcaldía y no sólo pasar informes a éstas. Ej. El trabajo con la niñez y embarazada ha sido un eje priorizado por la Alcaldía y ADRA, la planificación conjunta y el intercambio de experiencias y lograr mayor impacto. Otro ejemplo es con las casas bases que quedaron a mitad de construcción, lo cual es un desperdicio. Ayuda en Acción va a contruir nuevas casas bases envés de terminarlas, ADRA las podría reconsiderar.
- Los promotores de las comunidades donde ADRA ha apoyado son muy capaces, son disciplinados, pero no se reúnen con todos los organismos.
- Se recomienda que ADRA sea más abierto, pues hay veces es difícil contactarse con los trabajadores de campo. Actualmente la Alcaldía está elaborando una memoria de gestión en la niñez y a pesar de haber invitado a ADRA a enviar su experiencia, aún no la tienen y

no será reflejado su trabajo en estas memorias. El técnico de ADRA debe estar más comprometido con la Alcaldía.

## **MINSA**

➤ Mi percepción del trabajo de ADRA de manera general ha sido buena, ya que aunque no es la solución a los problemas de la población, sí ha sido apoyo para ésta, contribuyendo en la mejoría de la situación nutricional en los niños y niñas y contribuyendo a la vigilancia de la situación de salud a través del seguimiento a madres y las principales enfermedades en la infancia.

➤ En el municipio de Macuelizo se ha apoyado de diferentes maneras a través de capacitación de recursos comunitarios y en algunas ocasiones personal del MINSA, vigilancia del estado inmunitario de los niños y niñas en las comunidades, su peso, el cumplimiento de las citas VPCD que el MINSA anota en su tarjeta de vacuna, ya que cuando ésta no está actualizada es reportado a la unidad de salud, *vigilancia del seguimiento o cumplimiento periódico del control prenatal a las madres en la comunidad*, promoción de la planificación familiar, intercambio de información sobre todo con los controles de peso y estado inmunitario en los niños y niñas. También se ha apoyado con préstamo de medios audiovisuales y material didáctico para capacitaciones, apoyo con medios de transporte para cubrir salidas a terreno.

➤ Si ha habido cambios en los indicadores de salud, pero no quiere decir que sólo sea debido a la intervención de ADRA, ellos han contribuido con el proyecto a mejorar estos indicadores sumado al esfuerzo del MINSA y instituciones y organismos que trabajan en salud en el municipio.

Se ha logrado mantener la tasa de mortalidad en cero

Reducción de las muertes infantiles por diarrea.

Aumento en la cobertura de VPCD, PAN y PAI.

➤ En su totalidad, ya que muchos de las acciones dependen del apoyo financiero de ADRA.

Pero por la capacitación que estos promotores tienen y el hecho de que muchos de ellos están trabajando con el MINSA como brigadistas de salud, la vigilancia del estado de salud en la comunidad puede mantenerse.

➤ Las relaciones se dieron a través del intercambio de información, reporte de casos, capacitaciones con una periodicidad mensual.

➤ Muchos de ellos son educadores o brigadistas de salud, líderes comunitarios, que siempre han mantenido ese liderazgo a través del trabajo conjunto con la comunidad.

➤ Se ha logrado trabajar en conjunto, la identificación del promotor comunitario como tal y no como trabajador de ADRA.

No se debiera permitir el cambio de personal asignado al municipio.

Mejorar la relación de la población a beneficiar, ya que algunas comunidades no son beneficiarias por el hecho de haber un puesto de salud aunque este cerrado.

➤ Esta capacitada en la identificación de los principales problemas de salud, EDA, IRA, capacidad de gestión con su comunidad para abordar algunas dificultades.

Interpretación de información en salud.

- Sí, por que las acciones se han dado en coordinación con el MINSA.
- Si, sobre todo en municipios como Macuelizo, donde la mayoría de la población es rural, donde no hay medios de transporte y el personal del MINSA es limitado, le permite a la población responder y tratar los problemas de salud en los ancianos y niños y buscar soluciones oportuna.
- Si a contribuido a mejorar la salud infantil, por que en algunos lugares la alimentación del niño, niña depende de este proyecto.
- Mayor seguimiento al uso adecuado del paquete alimentario entregado.
- La coordinación se ha dado en el intercambio de información, análisis de los registros que ellos tienen con los que tiene el MINSA.

Se ha permitido aportar sugerencias durante las evaluaciones del proyecto, lo que permitió mayor coordinación en la planificación de actividades de forma general se ha tenido buena relación.

- Extender el proyecto a más tiempo y mayor población.

#### 4.7 Ocotál

##### **MINSA**

- El equipo que coordina ADRA en Nueva Segovia, considero que es muy competitivo, a pesar que no tenemos cobertura en Ocotál, hemos tenido apoyo en relación a equipos de apoyo a la Jornada Nacional de Salud y otras actividades. Si es en la participación a nivel de instituciones en la localidad ha logrado su espacio muy merecido por la participación en el desarrollo de las comunidades.
- En el municipio de Ocotál, ADRA desarrolló un proyecto habitacional, esto viene a mejorar el nivel de vida y por ende la salud en el municipio. Por otro lado el desarrollo de los componentes de los programas de alguna manera, tiene su impacto en el municipio de Ocotál. Ya hay una población migrante de otros municipios y esto ya viene con algún conocimiento de salud.
- Considero que el avance es poco a poco en el área social se avanza lentamente análisis departamentales por municipio los indicadores de disminución de muertes por EDA y IRA, aumento la cobertura programa VPCD, mejor manejo del uso de antibióticos IRA, EDA, disminución del índices de desnutrición.
- Si hay y se sigue manteniendo el apoyo por parte del Ministerio de Salud considero que se mantendrán las acciones preventivas y su participación, ya que no tendrán ayuda monetario y tendrían que buscar otras fuentes de sobrevivencia.
- Como Director de Municipio valoro que la coordinación es la base fundamental y el apoyo del brigadista del promotor de salud es fundamental en el desarrollo de actividades de campo.

- Al líder le gusta participar, sobresalir en la comunidad si han estado participando en todo estos años creo que se han apropiado de la importancia de su trabajo.
- Positivo; enseñar a todos los niveles lo que es AEIPI, esto estratégico es positivo para mejorar los indicadores de salud principalmente.
 

Considero que se debe mejorar que el apoyo alimentario sea únicamente para la pareja que esta en el programa de planificación familiar estricto.
- Ser líder
  - Reconocer los problemas comunitarios
  - Reacción activo ante el problema
  - Referir a las unidades de salud de una manera oportuna
- El MINSA como un todo y que ADRA también responde a los objetivos y metas en salud, como son los más sentidos, mortalidad materna e infantil, desnutrición. También el MINSA trabaja en esa dirección unificando recursos en una sola estrategias.
- AIEPI comunitario funcionó ya que los promotores asumen su papel de detector oportunamente y referirlo a la unidad de salud más cercana.
- Hay algunos patrones culturales es difícil cambiar en poco tiempo, de alguna manera ha mejorado la salud infantil ya que la nutrición es la base fundamental del desarrollo del cuerpo humano.
- Alimentación complementario exclusivamente a pareja que están planificando su familia.
  - a) Alimentación complementario a preescolares y primaria hasta 4to grado.
  - b) Alimentación complementario a la alfabetización del adulto.
- La coordinación siempre existió y las solicitudes de apoyo siempre se realizaron y lo bueno fue que siempre hubo una buena contestación si se pudo y sino se puede por qué.
- En relación al proyecto de ADRA que se desarrolla en los municipios siempre dejan en el presupuesto un componente para apoyo a otras actividades que estén fuera del municipio.

#### **4.8 Dipilto**

##### ***Iglesia evangélica***

No hay evangélicos

##### ***Iglesia católica***

Padre Martín que los atiende vive en Ocotal

##### ***Alcaldía***

- La relación de trabajo de la Alcaldía de Dipilto se ha dado en los proyectos de construcción de letrinas y miniacueductos. Roger los visita para desarrollar los proyectos.

- Conocen a Ignacia y otros líderes, con los cuales se coordinó para la construcción de un comedor infantil que ADRA abriría y la Alcaldía le proporcionó la información requerida.
- ADRA es un organismo con información actualizada de las comunidades, impulsan la construcción de letrinas, pero han tenido problemas con los pozos y abren como el Lomas Frías en donde no sacaron agua y gastaron un montón.
- Los promotores tienen un buen futuro en las comunidades, ya que si están preparados funcionarán con o sin ADRA, ellos plantan la semilla, los promotores los multiplican y se recogerán los frutos.

### **MINSA**

- ADRA en el municipio de Dipilto ha realizado trabajo el cual ha venido contribuyendo a la mejoría en la situación de salud, es necesario reconocer que a través de la coordinación con el MINSA, los esfuerzos realizados en conjunto con el MINSA, los esfuerzos realizados en conjunto poco a poco han tenido y van teniendo impacto en la salud. Es de mi opinión que se deben tener o mejor dicho consolidar aún más el trabajo realizado, por medio de coordinación, la cual debe de ser en tiempo y forma.
- De manera directa a través de la participación de los diferentes representantes de ADRA a tenido en el municipio, a través de capacitación al personal voluntario, por medio de visitas domiciliarias a pacientes que no asisten a los diferentes programas, apoyo logístico en algunas actividades como durante la ejecución de las jornadas nacionales de salud, ya sea este con vehículo en una ocasión y con combustible en 2 ó 3 ocasiones.

Posterior al MITCH ADRA ayudó a través de entrega de cierto material para algunos botiquines en la comunidad, más que todo el material entregado de reposición periódica, también ayudo a través de la entrega de alimentación a la población en general.

- Se han presentado ciertos cambios pero no lo que en realidad deberían existir por que no es necesario que se tengan mejores coordinaciones con el personal comunitario existentes en el municipio, ya que ellos tienen mejores conocimientos sobre la problemática que existe en cada una de las comunidades. Con esto no estoy negando que hay que capacitar al personal comunitario nuevo; pero para esto tenemos que tener mucho tacto con el personal comunitario. Es mi opinión que hay que tener más cuidado con la capacitaciones sobre AIEPI al personal comunitario, ya que mucho personal cree que recibiendo la capacitación en ese instante ellos estarán autorizados de prescribir los diferentes tipos de medicamentos y por ende ellos los deben de tener en sus respectivas casas. *Creo necesario que se debe dar mayor importancia en la referencia oportuna a las diferentes unidades de salud por parte del personal comunitario.*

- Algunos promotores pueden mantener la viabilidad de las acciones por que son líderes comprometidos con la comunidad y de una y otras forma ellos trabajan sin esperar ninguna recompensa de ninguna organización, sino sólo por ver a su comunidad que día a día se esta desarrollando.

Algunos promotores de ADRA existente en el municipio se quejan que ellos son los que ejecutan y realizan las acciones en la comunidad sin importarles que le brindan algún apoyo monetario y los que en realidad tienen ese apoyo sólo llegan donde ellos a recoger la información.

- A través de visitas directas a las diferentes unidades de salud y posteriormente a través de capacitación que el MINSA ha realizado a los brigadistas de salud, los cuales se deben de dar de forma mensual y bimensual.

- Algunos se sienten líderes en sus comunidades y son líderes, otros solamente se sienten líderes pero la comunidad no los reconocen como líderes por que les falta elevar el liderazgo a la práctica, comenzando con su propia casa y familia, ejemplo; planteaba un brigadista de una comunidad del municipio que la población le expone a él que como le podía llegar a decir que limpiara el solar, si él promotor parecía basurero.

Mi opinión es que hay que formar a los promotores como un apoyo al brigadista líder que ya existe en la comunidad que ambos deben de trabajar por la comunidad para el beneficio de este.

- Se trabaja mejor a través de una buena coordinación ya que los recursos humanos no se desgastan sin ver aún que se apoco algunos resultados.

Todo trabajo que se realiza debe de contar con un objetivo alcanzable y mediable. Hay que estar bien organizado para realizar buenas coordinaciones.

- *Capacidad de organizarse y organizar a su comunidad*  
Capacidad de realizar autogestión  
Capacidad de fortalecer algunas acciones en salud. Ejemplo; Dar a conocer al MINSA algún problema que este ocurriendo en su comunidad.

- Si por que de una y otra forma se ha estado presentando en las diferentes capacitaciones que ellos han impartido al personal comunitario. Además han tenido previa coordinación para realizar algunas actividades en el municipio.

- Si, siempre y cuando se toma en cuenta personas comprometido con su comunidad, antes funcionaban ligo parecido a AIEPI por que de una a otra forma los brigadistas han realizado acciones para el mejoramiento de vida a la población infantil, mujeres tanto embarazadas como puerperio.

Creo necesario el seguimiento del personal comunitario capacitado en dicho, por que creo que es mejor contar con 4 brigadistas de salud, por ejemplo que contar con 40 de los cuales sólo lo implementan 10.

- No pienso que la población no hemos sido buenos educadores para transmitir en que consiste una alimentación nutritiva.

- Supervisión en la entrega y consumo de los diferentes productos. Que la entrega sea a través de los registros existentes en el MINSA, o sea que se priorice a las madres cumplidoras , y a las que llevan a los niños(as) en tiempo y forma a la cita de los diferentes programas.

Adecuarse al consumo de ciertos alimentos que existen en la comunidades.

- Como en todo proceso , se han tenido en algunas ocasiones buenas relaciones, pero en cierto momento se han perdido esas relaciones por que creo necesario que como funcionarios (MINSA- ADRA) debemos de realizar críticas constructivas personalmente o sea hacer reuniones y plantear los diferentes puntos de vista y no realizar críticas a espaldas de funcionarios (MINSA) no van ayudar en nada y más bien puedan empeorar esas relaciones que pudieron consolidarse con críticas constructivas.

- Quiero realizar el tema que anteriormente para que el personal encargado de ADRA en el municipio se plantean los problemas que existen o que ellos tienen en la dirección para una mejor coordinación en bienestar de toda población.

#### 4.9 Santa María

### ***Iglesia evangélica***

Se entrevistó a Manuel Orlando Escobar Irías, con 8 años de vivir en Santa María y pastor de la Iglesia de Dios, Pentecostal Misión internacional.

- Reconocen a ADRA como un organismo no gubernamental que realiza construcciones de letrinas, reparación de caminos, construcciones de pozos, con remuneración de alimento. Imparten talleres de planificación familiar.
- Tienen muy poca relación con ADRA, hubo una reunión hace poco y no fue invitada la Iglesia Bautista.
- Los brigadistas desarrollan en las comunidades actividades de aseo, recolección de basura y vacunación. Son visto como líderes de las comunidades ya que se destacan en sus labores.
- Los brigadistas y promotores tienen cualidades, son dinámicos y hacen que la gente se preocupe por el cuidado de la comunidad y de su gente. Tienen disposición para el trabajo, interesados en alcanzar cambios positivos y en salud se preocupan por la vacunación. ADRA tiene influencia pero tienen poco tiempo en el municipio.
- Hay que agradecer a ADRA su participación en el municipio, y sugiere que sigan fortaleciéndolo sin distinciones políticas y trabajo conjunto. Ojalá no desaparezca su ayuda.

### ***Iglesia católica***

Ante la ausencia del padre Francisco Valdivia reside en Ocotol en la Iglesia Católica de Nuestra Señora de la Asunción, se entrevista al jefe Pastoral de la zona 6 Marvin Vásquez.

- El proyecto es bien visto, sobre todo el componente de alimentación. ADRA se ha interesado por áreas como la salud y alimentación en la niñez éste es el que más conocen. En cuanto a salud no conocen bien pero se sabe que trabajan en vacunación. En lo que no están de acuerdo con ellos es en cuanto a la sexualidad pues parece que la dirigen a dar métodos anticonceptivos o sea a promoverla hasta jóvenes. Pero tienen proyectos sociales buenos como el agua, reparaciones de caminos, llevar alimentos. Es poco lo que conocen de ADRA pero la opinión es positiva.
- No existe relación entre la iglesia católica y ADRA, no hay acercamiento ni para coordinarse. ADRA tiene que acercarse a ellos.
- A los brigadistas les falta más acercamiento a las comunidades, solo tienen dos promotores, aunque son capaces, inteligentes, de fácil interacción con la comunidad. Sin embargo les falta más liderazgo en todas las comunidades.
- Sugiere que deberían haber más promotores y ampliar la atención a todas las comunidades por igual. Este año hubo mucha hambre no de manera gratuita pero si consiguiéndoles trabajo.

### ***Alcaldía***

No se encontraba

## **MINSA**

- A lo macro, los fines del ONG, ADRA en cuanto ha fortalecer los componentes de salud que "desarrollan" o la intención de desarrollarlo es positivo, y fuese provechoso para este sector poblacional, pero basado en estadísticas de salud del municipio, el esfuerzo que hacen las agencias donantes a este organismos es negativo ya que indicadores trazan (mujer, niños,) en relación a lo que pretende, su intervención es negativa, de la misma manera siendo ellos un organismo que va trabajando paralelo al órgano rector de la salud, su comportamiento de trabajo se percibe independiente, obviamente son vendedores de imágenes con la estrategia AIEPI y proyectar mayor superioridad de conocimiento científico técnico que el personal de salud a través de la entrega de raciones alimenticias a la población, sin ningún control en el uso racional de éstos, por lo que en la población beneficiada deberían de inculcar hábitos del uso racional de los mismos con la finalidad de que no se comercialicen los productos.
- Jornada Nacional de Salud con 15 galones de diesel.
- En cuanto a seguridad alimentaria se ha observado cambios pero de forma negativa ya que el problema de desnutrición va en accenso en grupos priorizados por el programa.
- En relación a salud materna cambios de transformación que tengan una relevancia no, si ha habido cambios pero es a través de las diferentes estrategias del MINSA.
- No creo que ellas reciban un salario por parte del organismo, diferentes al de los brigadista populares de salud, colaboradores voluntarios y parteras.
- Existe una relación de forma esporádica en base a la planificación del MINSA municipal.
- No son líderes comunitarios, ya que los líderes realizan con el alcaldito, ya que un líder tiene que presentar un conjunto de actividades.
- Ninguno, todo el trabajo que ha desarrollado en el municipio.
- Si, mejorar conocimiento y voluntariedad al ser convocados a desarrollar actividades.
- El MINSA como néctar de salud planifica y diseña estrategias en base a las normas de la organización mundial de la salud, y la atención y prevención de las enfermedades de la niñez. Datan desde finales de los 70 y se han venido fortaleciendo en la medida que se venido modernizando el sistema de salud, de la misma manera la atención a la mujer, por lo que somos parte de la estrategia de su implementación y no desde mediados de la década de los 90.
- No en la manera y forma que se desempeña.
- No ya que los indicadores de desnutrición van en aumento en grupos priorizados.
- Personal profesional en el ADRA y post una organización de táctica y estrategia.
- Es estéril, tanto con su representante como su sede ya que se percibe en ellos órgano independiente, acercarse al MINSA por la coordinación de su proyecto ya que quien maneja condiciones de salud del municipio es al dirección.

- Que contraten personal capacitado o profesional para poder realizar análisis estadísticos de los problemas de los grupos priorizados por el gobierno.

#### **4.10 San Fernando**

##### ***Iglesia evangélica***

No hay iglesia evangélica

##### ***Iglesia católica***

No se encontró

##### ***Alcaldía***

Fue entrevistado el Sr. Sommer D'tournil.

- El opina que los proyectos de ADRA han sido un brazo derecho en el desarrollo social, ya que la Alcaldía no podía sólo, desde hace cuatro años vienen trabajando y el impacto ha sido positivo.
- Ellos ayudan en los lugares donde la Alcaldía no puede hacer pozos y con los huertos. También hay proyectos de comedor infantil, apoyo a las casas bases y pesaje de los niños.
- En construcción de letrina es excelente, ni nosotros hemos podido hacer tan buenos como en Santa Clara. Se vislumbra otro proyecto ADRA , el cual ahí nadie ha podido entrar más que la Alcaldía en el aspecto de letrificación, agua y saneamiento.
- La relación con ADRA es prácticamente buena, les damos las necesidades y ello van y trabajan en coordinación ya que el Alcalde se debe dar cuenta de todo. Se va iniciar un proyecto de reparación de 50 km de carretera en el El Ural.
- El apoyo que podemos dar a promotores y brigadistas es decirle que las puertas de la Alcaldía están abiertas, pero en realidad poco se les apoya, pero la disposición a la cooperación siempre está en el almacenamiento
- Los protores tienen que continuar trabajando en las comunidades ya que son gente muy capacitada.

#### **MINSA**

- Es un trabajo con un enfoque integral sobre todo al binomio madre – niño lo cual es un aspecto en común con el MINSA y que por lo tanto esto facilita y/o sirve como un co – factor de ayuda en la búsqueda de soluciones a los problemas que en esta pareja encontramos.
- En salud DRA nos ha apoyado de la siguiente manera :
  - a) Promoción de salud y prevención de enfermedades mediante capacitación a personal comunitario que son el apoyo fundamental para las diferentes actividades que el MINSA debe de realizar en cada uno de las comunidades.

b) Aplicación del AIEPI lo cual al final de cuenta son parte del protocolo de atención a los infantes por parte del MINSA.

c) En cuanto a la atención de la mujer tenemos la Consejería oportuna para la atención y realización de diferentes atención en salud como es; planificación familiar , citologías, atención pre natal.

d) En seguridad alimentaria encontramos que ADRA nos ha apoyado con el abastecimiento en algunas comunidades y en algunos momentos con distribución de raciones alimentarias, además capacitación sobre uso de alimentos nutricionales que se encuentran en la comunidad.

- Consideramos de que si ha habido algunos cambios sobre todo en el sentido de cambio de actitudes ya que muchos indicadores algunas veces basta con un cambio de actitud para mejorarlo, por ejemplo; indicadores que han mejorado como; captación y concentración de VPCD, APN y en planificación familiar.
- Si se dejan totalmente solos pero como para eso está el MINSA dándole seguimiento y capacitación a los recursos comunitarios como son los brigadistas de salud, parteras, Col-Vol, ya que estos promotores en determinado momento estuvieron de una forma directa relacionados con el MINSA; aunque una variante que va influir en estos recursos es que en determinado momento, ellos recibieron algún tipo de ayuda por ADRA, siendo esto poco factible para el Ministerio.
- Dichas relaciones fueron producto de la necesidad de dar soluciones a problemas de salud e las comunidades, pero algo que debemos olvidar es que el persona comunitario, promotores de salud, antes de todo fue un recurso que ayudó a la comunidad pero rectoreados por el MINSA.
- No, los promotores en las mayorías de las veces no son líderes comunitarios pero fueron escogidos muchas veces como tal por su nivel académico.
- Considero que como positivo es el llamado a los cambios de actitudes, para mejorar la salud en la población y lo que no se debe repetir es la utilización en el aumento de embarazos y disminuir la planificación familiar.
- La capacidad de seguir ayudando a la comunidad pero de manera voluntaria, ya que en caso de cambiar el brigadista esta posición es en futuro es un elemento negativo.
- Consideramos que más bien ADRA es parte de la estrategia del MINSA como es la atención integral al binomio madre-hijo.
- Si es funcional ya que el AIEPI comunitario al final lo que trata es de dar respuesta a los problemas de la niñez como lo ha sido siempre para nuestro ministerio.
- Ha habido logros de manera transitoria ya que cuando el proyecto ejecuta dicha actividad los hace en momentos oportuno.
- La no administración de alimentos de tal manera que esto promueva el aumento de embarazos.
- La coordinación considero que es de una manera pasiva ya que mientras no haya alguna actividad relevante que realizar ninguno de los dos busca como realizar dicha comunicación.

- Promover entre sus promotores y brigadistas a realizar cada una de las actividades en función de la comunidad y no de ADRA.

#### **4.11 Ciudad Antigua**

##### ***Iglesia evangélica***

No hay iglesia evangélica

##### ***Iglesia católica***

Padre Julio anda en Estelí

##### ***Alcaldía***

- La Alcaldía ha tenido buena relación de trabajo con ADRA, mediante proyectos de alimento por trabajo, reparación de caminos (ej Telpaneca y Jícaro), pozos, letrinas y letrificación. ellos siempre le presentan los proyectos a la Alcaldía.
- La Alcaldía apoya a los brigaistas y promotores de ADRA con información y préstamos de la bodega para guardar alimento.
- La opinión de ADRA es buena, es gran cosa lo que ellos hacen pues las Alcaldías son muy pobres. Sus obras son siempre necesarias y oportunas.
- Ellos conoen a los promotores de ADRA (Aristides) y creen que se va a mantener la red comunitaria pues están capacitados y siempre vendrá otro organismo con el que se tengan que avocar en las comunidades.

##### ***MINSA***

- ADRA es un Organismo que dentro de sus proyectos abarca muchos campos de salud y además tiene otro componente como es Agua y Saneamiento, que han sido básicos en el Municipio de Ciudad Antigua porque no tenemos otros organismos que nos apoyen y algunos promotores son los que han establecido muy buenas coordinaciones. Ha mejorado la prevención de enfermedades en salud, especialmente en niños.
- El apoyo de ADRA ha sido en casas bases, esto ha sido fundamental, carecemos de está infraestructura de algún equipamiento que ellos suministraron, mejorando la atención a la población completando las brigadas móviles que el MINSA realiza.
  - Capacitación a personal comunitario en AIEPI, salud materna, seguridad alimentaría.
  - Mejorar registros contribuyendo a información fidedigna.
  - Agua y saneamiento construcción de pozo, letrinas ya que en el área urbana desde el huracán no tenían un sistema adecuado de agua, con la letrificación mejoraron las necesidades básicas y evitar contaminación y disminución de enfermedades.
- Los brigadistas comunitarios están capacitados y hace visita casa a casa esto les permite abordar muchos aspectos de salud junto con la coordinación del MINSA.
- Considero que es posible, se han interesados por su comunidad, estímulos de cualquier índole, existe muy buena coordinación con el MINSA, juegan un roll humanitariamente.

- Las relaciones giran alrededor de coordinar brigadas móviles para trabajar en conjunto, en capacitación, registros y apoyo en jornadas de salud.
- Si, en el caso de Ciudad Antigua el promotor ha sido líder de la comunidad y anteriormente ha venido trabajando como brigadista popular de salud, es responsable, capaz, muy buen gestor de proyectos, con excelente coordinación con el MINSA, alcaldía.
- Lo más importantes es el formar promotores de la misma comunidad de conocimiento y cuiden de su salud.  
Quiero expresar que algunos trabajadores de ADRA empañan la imagen de este valioso proyecto y que deben ser muy selectivo o hacer encuentros cuando haya cambio de estos a los pobladores comunitarios.
- Muy importante que estos brigadista se sientan que son de la comunidad y no hay división en decir que unos son del MINSA y otros son de ADRA, este tema lo hemos abordado muy claro en reuniones.

Están capacitados en AIEPI, salud materna y como MINSA los hemos capacitado en problema epidemiológico que azotan a las comunidades como malaria, dengue, leishmaniasis y en saneamiento como medición de cloro residual, ellos son muy integrales en salud, parte de ellos forma los comité de agua comunitario.

- Si, por que van dirigido a fortalecer la educación, mejorar conocimiento, prevenir enfermedades , mejorar la alimentación de las familias, como Ministerio es parte de nuestra estrategia fortalecer la atención integral comunitario y está estrategia es fundamental en las necesidades o indicadores de salud que hemos tenido.
- El AIEPI comunitario es funcional por que los brigadistas han sido capaces de detectar problemas de salud en niños menores de 5 años y los refieren a la unidad de salud, además los registros son completos como parte del AIEPI y están de acuerdo a los registros que el MINSA maneja, se continua fortaleciendo la lactancia materna.
- Aquí hay diversidad de factores, había que hacer estudios más profundos porque tiene que ver mucho la tradición, cultura, hábitos alimentarios, ha habido implementación de huertos familiares.

En lo relacionado a alimentación a través del PMA se ha abastecido pero requiere otro estudio.

- Hacer evaluaciones muy individuales de cada niño, mujer que cubre seguridad alimentaria, establecer coordinación con otros proyectos que se encuentran en el municipio.

Para aunar esfuerzo y tratan de ir haciendo cambio paulatino en hábitos alimentarios, hacer sostenible los proyectos de huerto familiar.

En este componente no deben trabajar aislados de otros sectores que apoyan el sector agrícola.

La mejor coordinación ha sido con los promotores que ellos han asignado. Esto depende como expresa la pregunta anterior del recurso trabajador de ADRA que llegue al municipio, de forma general si nos hemos coordinado.

Selección de los recursos trabajados ADRA que se encuentra en los municipios para que exista mejor coordinación.

En mi opinión los sectores que atiende son ideales, son sectores muy sensibles y que dan mucho apoyo.

#### 4.12 Jalapa

##### **MINSA**

➤ La percepción a nivel institucional ha sido muy positiva, dada las características propias de ADRA y las características de su trabajo.

➤ Organización del trabajo comunitario  
Apoyo institucional (Jornada Nacional de Salud)  
Apoyo capacitaciones (Apoyo logístico)  
Fortalecimiento de la capacidad comunitaria para enfrentar los problemas de salud.

➤ En mi experiencia personal se han mejorado los indicadores de salud materna, AIEPI, Seguridad Alimentaria.

Pero los mejores cambios que percibo son los cambios de actitud y aptitud del personal comunitario y comunidad para resolver sus problemas de salud basados en la organización de los comités de salud y autoestima.

➤ Es posible y cuando ADRA o el MINSA continúe con los promotores un proceso de seguimiento para monitorear y evaluar el trabajo.

➤ Las relaciones han sido muy fraternas tanto laborales como institucionales, ambas persiguen un objetivo en común y con la misma visión.

➤ El Promotor no siempre lo ven como un líder comunitario, sino como un facilitador, un consejero o un encargado de velar por la salud de la comunidad. Hay ciertas comunidades que persiguen al promotor como un líder, todo depende de la actitud del promotor.

➤ Lecciones aprendidas: Organización comunitaria, Liderazgo de ADRA, Disciplina y relaciones laborales fraternas, Facilitadores del trabajo comunitarios.

Dominio del AIEPI y dominio del sistema de referencia y contrarreferencia, al igual que programas del Ministerio de Salud que las comunidades pocas perciben.

Actualmente en mi municipio, no hay intervención de ADRA, pero mi experiencia personal (4 años de relaciones laborales) considero que existió una plena identificación laboral entre ambos organismos.

➤ Funcional y práctico siempre y cuando exista un proceso de seguimiento y de monitoreo a la estrategia AEIPI, al igual que evaluaciones concurrentes.

➤ Actualmente por no existir en mi municipio esta estrategia, es difícil una verdadera repuesta, pero es útil que con datos estadísticos pre-intervención y post-intervención podríamos valorar un impacto rural.

➤ Apropiarse más de los cultura alimenticia de nuestra región y de esa manera dirigir la estrategia.

- Reconozco de muy positiva la coordinación al igual que el apoyo en la práctica ADRA nos ha brindado, considero que mantiene el liderazgo en relación a otros organismos que trabajan en salud en nuestro departamento.
- De ser posible evitar la exclusión de municipios con altos indicadores de daño.
  - Apoyar de ser posible a la institución MINSA en el apoyo logístico.
  - Apoyo con capacitaciones.

#### **4.13 Quilalí**

##### ***Iglesia evangélica***

Representado por el Pstor Oficial Feliciano Martínez Jimenes, el cual se dedica a la venta de literatura cristiana y venta de ropa usada, de 36 años.

- Conoce a ADRA como un organismo, que tiene proyectos de ayuda en salud, reparación de caminos, alimento por trabajo y capacitación en salud.
- ADRA invita a los líderes religiosos a ser brigadistas y a la presentación de los planes y evaluaciones, al menos a él.
- El trabajo de ADRA se percibe como bueno, ellos penetran donde no ha habido atención y es fuerte ej en Santa Ana estaba abandonado y ahí hicieron mucho, capacitaron, llevaron medicina y se coordinaron para reunirse con la iglesia y entregarla.
- El habla con Angel de los programas para la crianza de gallinas y tipos de cultivos en zonas que antes eran de ganado.
- La influencia de ADRA ha sido grande, las expresiones son positivas, a veces sustituyen a las autoridades en la atención, los impactos son positivos.
- El recomienda que se mejore la comunicación con las personas claves, coordinar las actividades y que se consulten a las comunidades para que los proyectos nazcan desde abajo.
- Antes no se metían con ADRA pues se creía que los programas era de anticristo, y él tuvo que aclarar y ayudar a que se acepten. ADRA debe ayudar más en planificación familiar. Como seres espirituales que somos pensar que los pobladores tienen otras necesidades que enfrentar.

##### ***Alcaldía***

Se entrevistó a Denis Gerardo Ortiz Galeano, Area de Servicios Municipales. Teléfonos 07355004 - 07355100.

- Ellos conocen los proyectos de ADRA desde hace varios años, los cuales ejecutan proyecto con participación comunitaria, con la niñez, desnutrición, favorecen a las comunidades con letrina, caminos, en coordinación con ellos evitando redoblar esfuerzos.
- Tanto la Alcaldía como la gente se siente beneficiada con la presencia de ADRA ya que resuelven problemas reales y descongestionan la cartera de proyectos sociales y de salud.

- ADRA forma parte del Comité de desarrollo y es uno de los más importantes organismos del municipio. Esta coordinación se hace en el terreno de las comunidades, sin embargo las reuniones se hacían con ellos mensuales y ahora son esporádicas.
- Los promotores y brigadistas tienen una metodología de trabajo descentralizado, pero la presencia de Comités en las microregiones y juntas comunales la Alcaldía les abastece de información. No tienen coordinación en presupuesto, ni la Alcaldía tiene posibilidad de apoyarles económicamente, ni ADRA les apoya con presupuesto. Por lo que la coordinación se reduce por parte de la Alcaldía a entregar información, coordinación y atender demandas o entregas de avales para los proyectos de ellos.
- En relación al futuro de los promotores y la continuidad de las acciones comunitarias, la opinión es que mientras estén y queden capacitados podrán seguir trabajando y apoyando otros proyectos. Las municipalidades pueden seguir apoyando en la medidas de sus posibilidades pero se debe mantener motivados.

### **MINSA**

- Es un Organismo No Gubernamental sin fines de lucro que ejecuta proyectos de intervención dirigidos a los grupos, priorizados y vulnerables en el área rural (mujer y niñez). Su misión está basada en las políticas establecidas por el Ministerio de Salud, por eso en el municipio coordinan sus actividades íntimamente con el personal y de igual forma con agentes comunitarios están muy identificados y coordinados con personal del MINSA. Es uno de los organismos catalogados en el municipio con mucha responsabilidad, profesionalismo y manejo técnico de su trabajo.
- A cerca de los servicios de atención a la madre y niñez a través de la capacitación y el seguimiento de brigadistas de salud y resto de agentes comunitarios. Algo muy importante sensibilizando e identificando a la comunidad con sus problemas de salud.
- Es difícil poder evaluar algunos indicadores que si se han modificado pero que también ha existido un trabajo coordinado y en conjunto con otros actores. Sin embargo algunos indicadores modificados significativamente son: cobertura de inmunización en el niño < 5 años y mujer embarazadas, agentes comunitarios capacitados y trabajando en función de la salud por población, coberturas de programas AIMNA, APN, reducción mortalidad por IRA, EDA , disminución del déficit nutricional, disminuir muertes maternas directas en la comunidad, etc.
- Actualmente no, considero que hace falta todavía trabajar un poco en la sensibilización de los agentes de que la salud es responsabilidad de todo ciudadano. Creo que existe una incipiente proceso de empoderamiento.
- Se analizan la cobertura de los programas y se monitorea la situación epidemiológica del municipio semanalmente siempre esta presente el equipo de ADRA para coordinar y evaluar actividades a realizar, son fieles colaboradores y parte del equipo del sistema de salud.
- Son excelente líderes. Lo han demostrado por la capacidad de convencimiento y convocación de la comunidad cuando se realizan actividades. Además toda la comunidad conoce la presencia de ADRA en las comunidades.
- La promoción, educación y prevención que sirven como eje en la salud comunitaria que promueven. Además aprendimos la importancia que tiene el trabajo involucrado de la comunidad.

- AIEPI comunitario, seguridad alimentaria, son temas que los brigadistas lo manejan con mucha seguridad. La capacidad de los club de madres y el manejo de la estrategia en lactancia materna exclusiva.
- Claro que sí, generalmente nuestra opinión se toma en cuenta, repito que esta estrategia se coordina y responde a las políticas del MINSA.
- Sí, es funcional. Tenemos una sistema de registro del sistema de referencia y contrarreferencia comunitario que funciona con los brigadistas capacitados y esto ha sido fundamental en la modificación de los indicadores de forma positiva.
- Es difícil valorar ya que el PMA también funciona en el municipio,. Pero ya se notaban cambios en el déficit institucional previo al ingreso del PMA.
- Mayor educación a la comunidad para mejorar los hábitos alimenticios para una adecuada utilización de los recursos con que se cuenta. Pienso que una buena estrategia puede ser el brindar seguridad alimentaria al niño enfermo que requiere de atención médica de hospitalización.
- La relación directa con la institución no esta efectiva ni fluida como lo es con promotores y brigadistas en el nivel local. Nunca ha existido mayor acercamiento ni coordinación con las autoridades a cargo.
- Me parece que el proyecto de ADRA es de los mejores con que contamos en el municipio. Esta muy bien orientado a la parte débil que el Ministerio de Salud tiene como institución basada en una paradigma tradicional.

Pienso y recomiendo a las autoridades de ADRA fomentar y promover mayor coordinación y planificación conjunta anual o semestral con evaluaciones periódicas con directores municipales y SILAIS. Probablemente podríamos brindar mayor información y elementos técnicos que puedan ser útiles para la ejecución y elaboración de sus proyectos.

Además quiero recomendar que continúen con ese interés trabajando en mi municipio.

#### **4.13 SEDE SILAIS**

##### **MINSA**

Director SILAIS

- Considero que ADRA ha orientado el proyecto de supervivencia infantil hacia las comunidades donde presentaban problemas de desnutrición infantil, condiciones de extrema pobreza y áreas rurales. Lo que sí es importante este proyecto respondió a las necesidades de esta población. También fue importante el hecho que trabajó directamente con los líderes de las comunidades, fomentando la participación comunitaria.
- ADRA ha trabajado coordinadamente con este SILAIS y con las direcciones municipales, no solamente para la ejecución del proyecto, sino que para las demás

actividades que el MINSA orienta. De tal manera que ha apoyado en el fortalecimiento de la institución.

Ha incrementado el nivel de conocimiento en la población, lo que indirectamente favorece las acciones del MINSA.

- De manera global el departamento ha experimentado un mejoramiento cuali-cuantitativo en sus indicadores de salud. Tanto mortalidad materna, mortalidad infantil, enfermedades diarreicas agudas, cólera, pero no así desnutrición infantil y enfermedades respiratorias agudas, las cuales se notan un incremento en el presente año.

Ha ayudado mucho en el conocimiento del AEIPI en nuestro departamento, pero necesariamente tenemos que fortalecer el monitoreo y supervisión.

- Con respecto a los promotores de ADRA, el conocimiento adquirido no se les va a olvidar fácilmente, son personas que también colaboran con el MINSA, el inconveniente es que algunos de ellos creo que recibían un apoyo económico, lo cual permitió subsanar ciertos problemas familiares. Por lo que pienso que ahora tendrán que laborar en algo que les permita subsistir, pero creo que ha quedado sensibilizado para seguir apoyando al MINSA y algunos de ellos si tenemos nosotros la oportunidad podemos contratarlos como educadores de salud.

- Estas relaciones fueron muy cordiales, en el marco del respecto de la institucionalidad de cada uno. Aunque hubieron algunos problemas de coordinación y creo que se ha sentido un poco en este año. Donde no ha habido conversaciones o reuniones acerca de las proyecciones de ADRA.

Creo de manera general algunos de estos promotores fueron trabajadores del MINSA o eran líderes de la comunidad que trabajaban con el MINSA y tenían algún grado de afinidad por el área de salud.

De hecho muchos de ellos han trabajado con equipos de trabajo, con grupos de personas en la comunidad, han apoyado al MINSA en sus convocatorias y han participado en las actividades de terreno que se han realizado.

- Es importante trabajar con la comunidad y desde la comunidad.  
Dirigir las acciones a los sectores más vulnerables  
Ejecutar acciones que si van a tratar o a resolver los problemas que la población tiene.  
Apertura de otros actores sociales  
Reconocimiento que el MINSA es el rector de la salud y no competir con la institución.  
El MINSA sea parte de su evaluación.  
Hay que mejorar en la comunicación y dar a conocer a la dirección del SILAIS cual es la proyección de ADRA, hacía donde quiere llegar en este departamento.  
Es necesario conocer otras instituciones que están realizando sobre salud ambiental, viviendas, etc.

- Sobre la capacidades de los brigadistas es indiscutible que durante estos años ha experimentado un mejoría en sus conocimientos, pero no en sus costumbres y hábitos, claro que no es en todos, sino que en algunos de ellos lo han tomado como una oportunidad de obtener algo a cambio, pero otras se les nota que han experimentado cambio en sus actitudes y hábitos.

- Yo creo que en este sentido ha sido lo contrario ADRA ha sido parte del MINSA, dado que todas nuestras preocupaciones han sido retomadas por ADRA, enmarcadas en los problemas de salud que tenemos y sobre los cuales intervenimos. La orden del MINSA en todo los municipios como parte de un accionar integral.

10

? Creo que el AEIPI comunitario es una estrategia en la que la comunidad interviene y ese campo ADRA lo ha potencializado par que su proyecto sea un éxito, sin embargo no se puede obviar que es necesario que el MINSA intervenga para el monitoreo y seguimiento de esta estrategia.

Además es necesario decir que con el reto que tenemos de reducir la mortalidad infantil en un 30% al año 2002 esta estrategia es primordial para lograrlo.

11

? Seguridad alimentaria siento que no ha tenido mucho impacto, dado que este componente tiene que caminar a la par del desarrollo social de la comunidad, el nivel de educación y los cambios de actitudes y prácticas. Algunos cambios han sido temporales, pero no siento que se ha logrado mejorar las prácticas de los hábitos alimenticios.

12

- ? 1) Primero trabajar en las prácticas de alimentación de acuerdo a la provisión local de productos que adquieren o pueden obtener.
- 2) Dirigir acciones con enfoque de riesgo a las comunidades que mayormente presentan altos índices de desnutrición infantil.
- 3) Monitorear, evaluar y controlar el uso de alimentos adicionales.
- 4) Fomentar el trabajo cotidiano de la familia para que ellos se provean sus productos.
- 5) Trabajar con los gobiernos locales en proyectos de autosostenibilidad que genere empleo que indirectamente incidirá en la adquisición de productos.
- 6) Trabajar con el MECD a nivel de escuelas y con los maestros.

13

? Durante varios años ADRA ha mantenido estrecha relación de cooperación con el MINSA.

Ha habido información que hemos manejado en el SILAIS.

Sin embargo creo que en los últimos años ha decaído esta comunicación con respecto al SILAIS. Yo mencionaba antes que era necesario conocer cual es la proyección de ADRA para los próximos años.

➤ Es importante siempre conocer su estructura funcional de acuerdo a la ejecución de cada proyecto.

Mantener las sesiones de análisis con los directores municipales y equipos de SILAIS de la ejecución del proyecto.

Contar con la opinión del MINSA departamental y principal implementación de estrategia aún cuando se hagan coordinaciones a nivel nacional.

#### **4.14 SEDE MINSA EPIDEMIOLOGIA – AIMNA**

➤ Es un trabajo bueno, organizado ha tenido impacto, pero se necesita una mayor coordinación con el Ministerio de Salud.

➤ Es el componente comunitario.

- Se ha adquirido mayor conocimiento en salud por parte de la población
- Sí por que ellos ya tienen los conocimientos y orientaciones en el área de la salud, pero es necesario que ADRA oriente de manera concreta que el al Ministerio de Salud a quien ellos mantendrán una información fluida y coordinada sus actividades y de esta manera ser retroalimentado.
- La relaciones con el SILAIS han sido muy pobre
- Los promotores que trabajan con ADRA inicialmente eran brigadistas de salud y líderes de la comunidad, pero con el seguimiento que ADRA les ha brindado se ha fortalecido.
- El seguimiento que se da por el promotor de la comunidad de AEIPI comunitario no sabemos que esta haciendo.
- Fortalecimiento de sus conocimientos
- La estrategia de AIEPI comunitario la implementó e impulsa el Ministerio de Salud, apoyando está por los organismos a nivel local. El Ministerio de Salud como rector de la salud.
- Si, es funcional, por que es parte del costo en salud que aporte la comunidad, con su debido seguimiento y un trabajo conjunto.
- Como SILAIS no podemos afirmar que ha habido cambio
- Lactancia Materna exclusiva fortalecerla, desarrollar la parte productiva a nivel familiar (huerto familiares).
- A nivel municipal depende de los representantes (Director municipal y del representante de ADRA a nivel local.
- - 1) Mantener una fluidez de comunicación, coordinación.
  - 2) Desarrollar estrategias de valoración y seguimiento del niño en vigilancia de su crecimiento y desarrollo versus percepción del alimento por ADRA.
  - 3) Elaborar estrategia con los promotores de ADRA para garantizar sostenibilidad son el apoyo económico.
  - 4) Desarrollar los elementos básicos para llevar un registro, abordaje, seguimiento de AIEPI comunitario a nivel del municipio SILAIS y ADRA.
  - 5) Reconocemos la labor educativo e informativa que ADRA a realizado en la comunidad.

