

INTERNATIONAL EYE FOUNDATION

In Partnership with:
Centro de Promoción Agropecuaria Campesina (CEPAC)

*"Capacity Building for Quality Child Survival
Interventions: the CEPAC/IEF PROPOSAL"*

CS XV
Ichilo Province, Bolivia
Cooperative Agreement No.: FAO-A-00-99-00039-00

SEPTEMBER 30, 1999 - SEPTEMBER 29, 2003

Final Evaluation

September 2003

Prepared by:

Renee Charleston, Consultant

Table of Contents

A. Summary	1
B. Assessment of Results and Impact of the Program	3
1. Summary Chart	3
2. Technical Approach	5
a. Overview	5
b. Progress by <u>intervention area</u> .	6
c. New tools or approaches	13
3. Cross-Cutting Approaches	
a. Community Mobilization	14
b. Communication for Behavior Change	16
c. Capacity Building Approach	18
(i) Strengthening the PVO Organization	
(ii) Strengthening Local Partner Organizations	
(iii) Health Facilities Strengthening	
(iv) Strengthening Health Worker Performance	
(v) Training	
d. Sustainability Strategy	23
C. Program Management	25
1. Planning	25
2. Staff Training	25
3. Supervision of Program Staff	26
4. Human Resources and Staff Management	26
5. Financial Management	27
6. Logistics	27
7. Information Management	28
8. Technical and Administrative Support	29
9. Management Lessons Learned	30
D. Conclusions and Recommendations	30
E. Results Highlight	35

ATTACHMENTS:

- A. Team members and their titles
- B. Assessment methodology
- C. List of persons interviewed and contacted
- D. Results of the Evaluation
- E. Special reports (KPC, HFA)

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

AN	Auxiliary Nurse		
ARI	Acute Respiratory Infection		
BCC	Behavior Change Communication		
BTC	Belgian Technical Cooperative		
BV	Buena Vista Municipality		
CAI	Committee for Analysis of Information		
CEPAC	Centro de Promocion Agropecuaria Campesina		
CORE	Child Survival Collaborative and Resource Group		
C-IMCI	Community IMCI		
CS	Child Survival		
CSP	Child Survival Project		
CSTS	Child Survival Technical Support Project, Macro International		
DCM	Diarrheal Case Management		
DIP	Detailed Implementation Plan		
DOSA	Discussion Oriented Self-Assessment		
EPI	Expanded Program of Immunizations		
FE	Final Evaluation		
HF	Health Facility		
HFA	Health Facilities Assessment		
HIS	Health Information System		
HQ	Headquarters (IEF Bethesda, MD)		
IEC	Information, Education, Communication		
IEF	International Eye Foundation		
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness		
KPC	Knowledge, Practices and Coverage Survey		
MOH	Ministry of Health		
MSH	Management Sciences for Health		
MTE	Mid Term Evaluation		
MU	Mobile Unit		
NGO	Non-Governmental Organization		
ORS	Oral Rehydration Solution		
ORT	Oral Rehydration Therapy		
PCM	Pneumonia Case Management		
PROCOSI	PVO/NGO Network in Bolivia (Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil Organizaciones No Gubernamentales)		
PVO	USAID Registered, Private Voluntary Organization		
QI	Quality Improvement		
RPS	(<i>Responsable Popular de Salud</i>) Community Health Volunteer		
SC	San Carlos Municipality		
SCM	Standard Case Management		
SUMI	Bolivian national insurance coverage for women and children		
TA	Technical Assistance		
TB	Tuberculosis		
TT	Tetanus Toxoid		
USAID	United States Agency for International Development		
WHO	World Health Organization		
WRA	Women of Reproductive Age		
Y	Yapacani Municipality		

A. Summary

The International Eye Foundation, in partnership with CEPAC, implemented a four year Child Survival Project (10/99 to 9/03) in the Department of Santa Cruz, Bolivia. The goal of the project was to improve the delivery of child survival (CS) interventions and make these changes sustainable. The partnership was able to make substantial progress towards achieving the project goal by: 1) improving the managerial capacity of CEPAC, and 2) improving coverage and quality of each Child Survival intervention. Interventions were: 50% of resources dedicated to nutrition (including breastfeeding and micronutrients), 20% to immunization, and 15% dedicated to both diarrhea and pneumonia.

The project worked with a total population of 61,553 in the province of Ichilo (consisting of three municipalities: Yacani - 31,464; San Carlos - 18,156; Buena Vista - 11,933). This includes approximately 25,000 in urban areas (towns with a population > 2,000), with a target population of 14,773 women of reproductive age and 9,233 children under five.

This document presents the results of a participatory final evaluation (FE) which was held September 7-19, 2003. The evaluation team included representatives from CEPAC, IEF, Ministry of Health, communities, and an external consultant.

The main strategies for implementing the interventions were:

- Strengthen THE skills of Ministry of Health (MOH) Rural Auxiliary Nurses (AN)
- Expand the use of Mobile Units (MU) which visit specific communities
- Facilitate community education through festivals, mass media and education sessions
- Enhance the network of community volunteers (RPS)
- Focus on the quality of interventions
- Implement a system of Supportive Supervision
- Coordinate with the 3 municipal governments and the District Health Office (DHO)

The main strategies for strengthening CEPAC were:

- Technical assistance from IEF and contracted consultants
- Use of a capacity building assessment to guide concrete activities

The CS project has met, or made substantial progress in meeting, the majority of indicators as outlined in the DIP; 21 of the 29 indicators were successfully completed. The project has been able to successfully implement most activities. The major successes of the CS project were:

- o Close coordination with the MOH
- o Nascent coordination with municipalities
- o Affecting a positive change in staff attitude toward quality of services, thus successfully improving the quality of health services
- o Affecting additional attitudinal changes in the perception of the role of supervision, and the value of health volunteers
- o Strengthening the managerial capacity of CEPAC
- o Successfully implementing clinical IMCI

The CSP made excellent progress in overcoming logistical problems, thus enhancing the use of Vitamin A and iron supplements and the retention of children's growth cards. The quality of care in MOH facilities was improved as measured by a number of indicators. The project also saw an overall improvement in home treatment for children with diarrhea, but did not meet the targets for improved health seeking behaviors. Most capacity building indicators for CEPAC were met, however, the sustainability indicator was not reached.

The most significant project weaknesses were: the lack of a sustainability plan, unclear budgetary responsibilities (due to the lack of a unified activity-based budget focused on clearly defined activities), a weak nutrition education component, and lack of a clear vision of Behavior Change Communication.

The relation between IEF and CEPAC is generally good, but some problems exist due to lack of clarity as to partner's roles. There have been unclear expectations on both sides of the partnership, particularly in helping with fund raising and the sustainability plan. CEPAC staff feel that IEF has been instrumental in motivating them and MOH staff, in addition to facilitating major attitudinal changes in staff. Partnerships are always difficult, requiring continuous efforts. While disruptions in staffing on both sides have caused some challenges, new individuals hired have brought together a more effective team which has greatly strengthened the IEF-CEPAC relationship.

The most important Lessons Learned from this project are:

- IMCI is a very effective strategy for improving the diagnosis and treatment of illness in children under five but, as with all new methodologies, it requires a complete system of follow-up and support.
- Effective nutrition education takes time, counseling skills, and clear precise messages tailored to the caretaker's current practices and food availability.
- The combination of continuous Quality Improvement coupled with Supportive Supervision was extremely effective in changing the attitude of the MOH staff toward quality of care, and in measurably improving services in MOH facilities.
- The Cost Analysis study was an effective way to introduce a different point of view resulting in a marked improvement in the Mobile Unit strategy.
- Solutions to problems should come from the experiences and resources of the community.
- The recognition of the RPS as a valuable resource greatly enhances the impact of health activities and aids in reaching MOH goals.
- The transmission of messages is not sufficient to obtain a change in practices of the population.
- Effective project programming and implementation can only be accomplished through continuous coordination and joint effort between the health network and municipalities. This coordination must be at all levels and during all stages of planning, implementation, and evaluation.
- The presentation of a joint health activities budget elaborated by NGOs and the MOH for inclusion in municipal annual plans is the most effective strategy for sustainability.
- It is impossible to divorce program management from budget management. The budget is a tool which should be used for continuous monitoring of project activities and for planning future activities.

B. Assessment of Results and Impact of the Program (Targets of shaded indicators were met)

1. Summary Chart

Indicator	Baseline	Target	LQAS	Final
Immunization				
Increase % of children 12- 23 months of age fully immunized	40% (Y) 25% (SC/BV)	75%	69% (Y) 80% (SC/BV)	65%
Increase % of children 12- 23 months of age with 3 doses of Polio & DPT (Pentavalente) before 1 year of age	14% (Y) 12% (SC/BV)	50%	72% (Y) 83% (SC/BV)	75%
Increase % of women with a child <2 who have received at least two TT vaccinations reported on maternal health card	30% (Y) 25% (SC/BV)	60%	UK	70%
Increase availability of all vaccines at health facilities	BCG-2%, Measles-29%, Polio-42%, DPT/Pentaval- 42%, TT-42%	80%	90%	95%
New MOH Vaccine/Cold Chain Supervisor visits each facility quarterly and present a report and checklist data to Ichilo Province partners	0	100%	16%	0
Nutrition				
Increase coverage of VA (2 doses) in children 12-23 m as verified on health card	3%	75%	26% (Y) 47% (SC/BV)	77%
Increase coverage of VA to women with a child <2 who received post-partum VA (<1 mo) as registered in the Vit A book or reported by the mother	1% (Y) 2%(SC/BV)	60%	16% (Y) 40% (SC/BV)	59%
Increase % of children 6-24 months of age who consume vegetables rich in VA from: (a) at least twice in 24 hours or (b). at least five times in 7 day period	43% (Y) 29% (SC/BV)	70% (Y) 60% (SC/BV)	11% (Y) 34% (SC/BV)	53%
	43% (Y) 48% (SC/BV)	70%	48% (Y) 71% (SC/BV)	61%
Increase % of women with a child <2 who received iron tablets during pregnancy as verified on health card	16%(Y) 13% (SC/BV)	60%	68% (Y) 95% (SC/BV)	96% (1
Increase exclusive breastfeeding in children 0-5 months of age	43%(Y) 17% (SC/BV)	70% (Y) 50% (SC/BV)	74% (Y) 63% (SC/BV)	UK
Increase % of women continuing to breastfeed at 20-23 months (2)	40%	60%	74% (Y) 64% (SC/BV)	64%
Increase % of children initiating breast-feeding within 1 hour after delivery	64% (Y) 45% (SC/BV)	80% (Y) 65% (SC/BV)	66% (Y) 74% (SC/BV)	69%
DCM				
Increase % children < 2 yrs with diarrhea that receive the same or more breastmilk	24% (Y) 16% (SC/BV)	50% (Y) 40% (SC/BV)	UK	76%
Increase % of children < 2 yrs with diarrhea that receive the same or more food	7% (Y) 19% (SC/BV)	40%	58% (Y) 47% (SC/BV)	55%
Increase % of children < 2 yrs with diarrhea that receive the same or more fluids	39% (Y) 44% (SC/BV)	40%	79% (Y) 74% (SC/BV)	77%
Increase use of ORT in children with	27% (Y)	60%(Y)	68% (Y)	

diarrhea	17% (SC/BV)	50% (SC/BV)	74% (SC/BV)	56%
Increase % of mothers taking child to health facility (hospital, private clinic & health post) for diarrhea	56% (Y) & 58% (SC/BV)	80%	UK	66%
Increase % of health workers treating diarrhea using SCM	30% (est.)	60%	98% (Y) 97% (SC/BV)	98%
PCM				
Increase % of mothers seeking care from a trained provider (hospital & health post) when child has signs of pneumonia	44% (Y) 47% (SC/BV)	80%	UK	72%
Increase % of health workers using SCM for treating pneumonia	30% (est.)	80%	80% (Y) 96% (SC/BV)	96%
IMCI				
Increase the coverage of communities with a RPS	40% (49/122)	80% (98/122)	66%	80%
CEPAC health and MOH counterparts trained in clinical IMCI	UK	90%	80% (Y) 90% (SC/BV)	90%
RPSs trained in all four of the project interventions	UK	90%	UK	95%
Institutional Strengthening				
Advance CEPAC's abilities as measured by the 35 MSH management categories to the "mature stage"	3 in the initial stage, 22 in the growth stage and 10 in mature	MTE self evaluation 1 initial, 15 growth, and 19 mature	UK	UK
Increase the average number of visits made by a supervisor (MOH or CEPAC)	2 per year	5 per year	66%	100%
Improved financial systems in place: a. no cash shortages for monthly payments in one year period and, b. no duplicate entries between field and HQ	UK	30%	100%	100%
Implement QA system for continuous improvement and monitoring of CS project; at least 3 QA assessments completed by end of project	0	100%	UK	100%
Improve CEPAC's ability to present information and proposals to donors as follows: CEPAC website in place At least one proposal submitted and accepted by new donor At least one partnership developed with private corporation that provides funding or in-kind assistance	0	100%	UK	100%
Sustainability				
Percentage of operating costs recovered from user fees/micro enterprise or other resource-generating scheme increased from unknown to 30%.	UK	30%	UK	2%

(1) As reported by the mother

(2) Baseline was measured as 18-23 months

UK = Unknown

Y = Yapacani; SC = San Carlos; BV = Buena Vista

The baseline KPC conducted two samples (Y & SC/BV) of 300 interviews each, the final KPC combined the two areas and only conducted one survey of 300 interviews. For this reason the baseline is expressed in separate areas, while the final is not.

2. Technical Approach

a. Overview

Since October 1999, IEF (the International Eye Foundation), in partnership with CEPAC (Centro de Promocion Agropecuaria Campesina), has been implementing a four year Child Survival Project (CSP) in Ichilo Province of the Department of Santa Cruz, Bolivia. The goal of the project was to improve the delivery of child survival interventions and make these changes sustainable. The partnership made substantial progress in achieving this goal by: 1) improving the managerial capacity of CEPAC and 2) improving coverage and quality of each Child Survival (CS) intervention.

In the DIP, the total population estimated was 62,153. There have been wide discrepancies in population estimates, depending on the source. The original project design called for project activities in 210 communities but this was later reduced to 122. Communities were selected based on a size that justified an investment in training a community volunteer (RPS), mobile unit (MU) visits, and other project activities. It was suggested during the MTE that CEPAC clearly identify the target population and include a list of communities and their population in the third annual report. This has been clarified, giving a total population of 61,553 (Yapacani - 31,464; San Carlos - 18,156; Buena Vista - 11,933). This figure includes approximately 25,000 in urban areas (towns with a population > 2,000). These revised figures give a target population of 14,773 women of reproductive age (WRA) and 9,233 children under five.

Before the CSP began, CEPAC was serving a total population of about 21,700 people in the area of Yapacani. The CSP expanded coverage to the entire Province of Ichilo, including the 3 municipalities (or “areas”) of Yapacani (Y), Buena Vista (BV) and San Carlos (SC). Recently San Carlos was divided into two municipalities so that the project now works with four municipalities, the new one called San Juan. The project focused 50% of its effort on nutrition (including breastfeeding and micronutrients), 20% on immunization, and 15% each on diarrhea and pneumonia interventions.

The CSP worked with 24 health posts, 5 area hospitals, 23 Auxiliary Nurses (AN), 8 physicians and 98 RPSs. The total budget for the four years was \$1,333,000, \$1,000,000 from USAID and \$333,000 of counterpart funds from IEF. The budget was spent as planned.

The main strategies for implementing the interventions were:

- Strengthen skills of Ministry of Health (MOH) Auxiliary Nurses (AN)
- Expand the use of Mobile Units (MU) which visit specific communities
- Community education through festivals, mass media and education sessions
- Enhance the network of community volunteers (RPS = Responsable Popular de Salud)
- Focus on the Quality Improvement (QI)
- Implement a system of Supportive Supervision
- Coordination with the 4 municipal governments and the MOH Health Network of Ichilo

The main strategies for strengthening CEPAC were:

- Technical assistance (TA) from IEF and contracted consultants

- Use of a capacity building assessment to guide concrete activities

This document presents the results of a participatory final evaluation (FE) which was held September 7-19, 2003. The evaluation team included representatives from CEPAC, IEF Bolivia, IEF headquarters (HQ), the MOH, and an external consultant, the principal author of this document. See Attachments B, C, D for more information on the evaluation methodology. Specific lessons learned are underlined throughout the document and summarized in the final section. A summary of the FE team results is included in Attachment E, including detailed conclusions and lessons learned.

b. Progress report by intervention area.

The CSP has met, or made substantial progress in meeting, the majority of indicators as outlined in the DIP, and modified during the MTE; 21 of the 29 indicators were successfully completed. The project has been able to successfully implement most activities, with a few exceptions that will be pointed out in the body of this document. The major successes of the CSP were:

- o Close coordination with the MOH
- o Nascent coordination with municipalities
- o Affecting a positive change in staff attitude toward quality of services, thus successfully improving the quality of health services
- o Affecting additional attitudinal changes in the perception of the role of supervision, and value of health volunteers
- o Strengthening the managerial capacity of CEPAC
- o Successfully implementing clinical IMCI

The most significant project weaknesses were: the lack of a sustainability plan, unclear budgetary responsibilities (due to the lack of a unified activity-based budget focused on clearly defined activities contributing to a comprehensive CS focused program), a weak nutrition education component, and the lack of a clear vision of Behavior Change Communication.

IMCI (Integrated Management of Childhood Illnesses)

While IMCI is not a separate intervention, it does encompass the four interventions of this Child Survival project. Project indicators for IMCI include:

- Increase the coverage of communities with a RPS from 40% (49/122) to 80% (98/122).
- 90% of CEPAC health staff and MOH counterparts trained in clinical IMCI.
- 90% of RPSs trained in all four of the project interventions.

All of these indicators were met during the project. The total number of communities, and consequently the number of RPS, was revised, as was previously discussed.

One of the main strategies of the CSP is the use of mobile units to visit rural communities. MUs are responsible for; immunization, growth monitoring, nutrition and breastfeeding counseling, vitamin A and iron distribution, reproductive health (family planning, Pap smears, prenatal

visits), follow-up of tuberculosis patients, education sessions (primarily to women), and home visits (newborns, no-shows for immunizations, etc.). The MU is also responsible for supervising the RPSs. Due to the expansion of areas made possible by the CSP, and changes made after the Cost Analysis study, the MUs have increased from one unit before the CSP began to three during the CSP.

CEPAC staff report that the three MU teams work with 115 communities, of these 33 are visited monthly, while the rest are visited every 2 months. Visits to larger towns are still made on a monthly basis. At the beginning of the CSP, the MU was perceived by MOH staff as competition, mainly due to the lack of coordination between CEPAC and the MOH. The MU now meets regularly with the MOH for planning, and participates in the Committee for Analysis of Information (CAI) at the area level, in addition to having their offices in each area hospital. A great deal of improvement has been made, with much greater coordination at all levels.

The Mobile Unit strategy has been successful due to coordination and joint planning with the MOH and RPSs, a greater assumption of responsibility for community activities by ANs, visits to more isolated communities, available transportation, and a better trained, more integrated team utilizing IMCI.

Clinical IMCI

IMCI in Bolivia follows WHO standard case management and all training has been conducted by the MOH, according to national policy. One of the strategies of implementation, which was reported by ANs to be very effective, was exchange visits by rural ANs to the area hospitals. A MOH team was also formed in each area to retrain and reinforce the use of IMCI.

During the FE it was found that some improvement has been made in the availability of basic materials necessary for the implementation of IMCI. The HFA at baseline showed less of a problem with the knowledge levels of ANs, and more of a problem with logistics. Logistics management has been an important activity during the CSP, and the results were notable. Improvement was seen during the FE in having a working cold chain, vaccines, iron supplements, child growth cards and ORS at the health facility level.

The growth card/maternal card/vaccine records are important for all interventions as tools for educating mothers, registration and follow-up for health staff, and as a means of evaluating project impact. A concerted effort was made by the CSP to ensure that all families have a child growth/vaccine card; this effort was very effective as 92% of mother interviewed during the KPC had a card in the home. At the time of the MTE, the CSP was providing a plastic cover for the growth card as an incentive for the mother to retain the card. Some municipalities have now expanded this strategy and are providing plastic covers with the identifier “Healthy Municipality”.

The CSP has implemented a very successful focus on quality of services based on the IMCI approach. Quality checklists have been developed, as well as quality standards. The activities related to quality are discussed further in Section B.1.c of this document.

Some unplanned effects of the implementation of IMCI have been:

- During the FE, MOH staff observed that people bring their children into health facilities earlier, resulting in fewer serious cases.
- An increase in the rational use of drugs, including a reduction in the over use of antibiotics for respiratory infections that are not pneumonia. Overuse of medicines is a big problem in all interventions. Patients identify quality service as whether or not drugs are given and they frequently pressure MOH staff to give them drugs. Further strengthening is needed in communicating with caretakers as to why drugs are not necessary.

During an interview as part of the FE, the MU team felt that:

- IMCI helps to identify more problems with children under 5, such as anemia, parasites and skin problems
- IMCI fits in very well with SUMI, the national insurance coverage for women and children.
- IMCI was effective in preventing disease through better education to caretakers
- User satisfaction is high, mothers are pleased with IMCI because they perceive their child is getting a more complete exam.

The most critical ongoing issue is the use of IMCI by some staff only with sick children, not all children under five. IMCI is a very effective strategy for improving the diagnosis and treatment of illness in children under five but, as with all new methodologies, it requires a complete system of follow-up and support.

Community IMCI (C-IMCI)

The implementation of IMCI at the community level was difficult to implement because during the first three years of the project the MOH was unable to reach consensus on the role of the RPS. Pilot projects have been implemented in various areas of Bolivia. In 30 communities (8 sectors), CEPAC began implementing some aspects of C-IMCI, specifically focusing on the use of information by the community to make health decisions. The MOH materials for RPSs, developed with technical assistance from BASICS, have recently been finalized in Bolivia. Most of the MOH and RPSs were trained in C-IMCI, but without having the finalized instruments, the use of algorithms was never implemented.

As a methodology to teach mothers about the 16 basic health messages, a local CEPAC strategy called Integrated Child Development (ICD) was introduced in the 30 communities. Local teachers were trained in the methodology to work with mothers of children under five, in monthly meetings to teach child development skills and basic messages. This was reinforced through home visits by ANs to measure age appropriate developmental skills and see if health practices were changing. Unfortunately, it was not possible to evaluate this methodology as it consists of a 12 month training cycle, of which only five were presented before the end of the project.

Diarrhea Case Management (DCM)

Project indicators for this intervention include:

- Increase % children < 2 yrs. with diarrhea that receive the same or more breastmilk from 24% to 50% (Y) & from 16% to 40% (SC/BV).
- Increase % of children < 2 yrs. with diarrhea that receive the same or more food from 17% (Y) & 19% (SC/BV) to 40% in all areas.
- Increase % of children < 2 yrs. with diarrhea that receive the same or more fluids from 39% (Y) & 44% (SC/BV) to 40% in all areas.
- Increase use of ORT from 27% to 60% (Y) & from 17% to 50% (SC/BV)
- Increase % of mothers taking child to health facility (hospital, private clinic, or health post) for diarrhea from 56% (Y) & 58% (SC/BV) to 80%.
- Increase % of health workers treating diarrhea using SCM (Standard Case Management) from 30% (est.) to 60%.

All project indicators were met with the exception of mothers taking their child to a health facility when they have diarrhea, (the target being 80% and the final KPC measurement reflecting 66%). As the question in the KPC measures all diarrhea, it is quite possible that most children had mild diarrhea which did not warrant a visit to the health facility. An increase in the use of ORT in the home from 27% in Yapacani and 17% in San Carlos/Buena Vista to 56% during the final KPC may have prevented the need for further action.

During the MTE, all Health Facilities (HF) visited had ORS, but only 4 of 13 RPS (31%) had ORS. During the FE 4/7 RPSs (57%) had ORS. At the time of the MTE, 13 RPSs were interviewed and asked what signs they would use to determine if a child should be referred to a HF. Six mentioned dehydration, 7 did not know or gave an incorrect answer, and none mentioned prolonged diarrhea or bloody stools. During interviews with RPSs at the FE, 100% identified dehydration as a symptom of severe diarrhea, only 1 mentioned blood in the stools (1/7, 14%) and none mentioned prolonged diarrhea. (One RPS mentioned a “twisted tail,” a cultural belief referring to the tailbone.) It was of even greater concern that in the HFA only 7% (2/27) of ANs mentioned prolonged diarrhea as a danger sign, and 11% (3/27) mentioned blood in the stool.

A complementary program, SODIS, was introduced in some CSP communities. This is a good strategy for the prevention of diarrhea by improving water quality through solar heating. The activity consists of filling clear plastic bottles with water and placing them on the roof of a house during sunny days. An added benefit of the activity is that it recycles bottles that would normally just be thrown away. According to studies by the University of Cochabamba, Bolivia, a sufficient temperature is reached to effectively disinfect the water. Laboratory tests of available water in 30 pilot communities showed that 70% of the samples were contaminated. This information was used during community meetings (CAI-C) to convince communities that their water was contaminated and that they had three possible solutions: to boil water, chlorinate it, or use SODIS. Many communities are starting to use the solar technique, but it has yet to gain widespread popularity.

Pneumonia Case Management (PCM)

Project indicators for this intervention include:

- Increase % of mothers seeking care from a trained provider (hospital, private clinic or health post) when child has signs of pneumonia from 44% (Y) and 47% (SC/BV) to 80% in all areas.
- Increase % of health workers using SCM for treating pneumonia from 30% (est.) to 80%.

The project was able to make a measurable change in the quality of services offered, but this did not translate into reaching the target of 80% of women with a child with signs of pneumonia seeking health care. An appreciable increase was seen from 44% in Yapacani and 47% in San Carlos/Buena Vista to 72% during the final KPC. Barriers to meeting the target identified during the FE included:

- Distance and cost of transportation to health facilities
- Lack of danger sign recognition
- Lack of confidence in health personnel, exacerbated by staff not speaking the local language or understanding the culture, combined with frequent changes in MOH staff.

RPSs are taught home care for Acute Respiratory Infections, recognition of danger signs for referral, and follow up of cases through home visits. In interviews with seven RPSs during the FE on danger signs, six identified rapid or difficult breathing, two mentioned chest indrawing, and one could not identify any danger signs. Cough and fever were also mentioned as signs of pneumonia. During the final KPC, 25% of women interviewed could not mention any of the danger signs for pneumonia.

At the time of the initial HFA in 2000, 69% of facilities reported having cotrimoxazole syrup, only 31% reported having cotrimoxazole tablets. A supply of cotrimoxazole tablets was found in 83% of health facilities during the MTE in 2001, versus 100% of health facilities in the FE.

The PCM intervention was implemented in accordance with MOH and international standards, and essentially as outlined in the DIP. Good progress has been made in improving treatment, but further effort is needed in the recognition of danger signs and improving health facility use through a more client-based approach.

Nutrition, including Micronutrients and Breastfeeding

Project indicators for this intervention include:

- Increase coverage of VA (2 doses) of 12-23 month olds from 3% (KPC) to 75% as verified on health card.
- Increase coverage of VA to women with a child <2 who received post-partum VA (1 mo.) from 1% (Y) and 2% (SC/BV) to 60% in both areas as registered in the Vit. A book and reported by the mother.
- Increase % of children 6-24 months of age who consume vegetables rich in VA from: (a.) at least twice in 24 hours, 43% (Y) and 29% (SC/BV), to 70% (Y) and 60% (SC/BV).
- (b.) At least five times in 7 day period, 43% (Y) and 48% (SC/BV), to 70% in both areas.

- Increase % of women with a child <2 who received iron tablets during pregnancy from 16% (Y) & 13% (SC/BV) to 60% as verified on health card.
- Increase exclusive breastfeeding from 43% to 70% (Y) and from 17% to 50% SC/BV in children 0-5 months of age
- Increase % of women continuing to breastfeed at 20-23 months from 40% in all areas to 60%.
- Increase % of children initiating breast-feeding within 1 hour after delivery, from 64% (Y) and 45% (SC/BV), to 80% (Y) and 65% (SC/BV).

Dramatic increases were seen in the supplementation of vitamin A and iron for both women and children. These increases result from improvements in the logistical system, as well as in a positive change in practice. Similar increases were not seen, however, in changing nutritional practices in terms of food intake. The KPC showed a marked increase in children with two doses of Vitamin A from 3% to 77%. A similar improvement was seen in women receiving Vitamin A postpartum, from 1-2% to 59%. While not a project indicator, children receiving iron also increased to 63%, even though there were logistical problems in obtaining sufficient quantity of iron syrup. Any change in exclusive breastfeeding was not conclusive due to an error in the wording of the question for measuring this indicator in the final KPC. Of all children in the KPC, 98% had received breastmilk at some point, and 69% within the first hour.

Even though the nutrition intervention comprised 50% of project effort, it remains the weakest activity. The nutrition education component is inadequate. Staff do not have clear ideas as to what the basic nutritional problems are and consequently tell mothers to give malnourished children more fruits and vegetables. This message does not take into consideration the principal cause of malnutrition in Bolivia, which is a deficiency of calories. The nutrition counseling observed during the FE took place during a MU visit, when staff were weighing and measuring babies, vaccinating, screening pregnant women, and any number of other activities. It was observed that very vague messages were given, even after a child had lost weight for three consecutive months. The main message was to feed the child better. No specific information was given on feeding frequency, the amount of food, active feeding, or the additional of oil (except to children who were given Vitamin A oil). Also specific information was generally not elicited from the mother as to how she was currently feeding the child.

Effective nutrition education takes time, counseling skills, and clear, precise messages tailored to the caretaker's current practices and availability of foods.

The same problems with weak nutrition education were also evident with RPSs. When asked during the FE what advice they would give a mother with a malnourished child, none of the RPSs could articulate a clear message. Five of the seven RPSs (71%) said to take the child for growth monitoring (which is carried out by health staff). The most common message was to feed the child better; one RPS said he would advise giving better quality food, but less quantity.

During the MTE only 7 out of 13 (54%) of the RPSs could define exclusive breastfeeding. This remained essentially unchanged as 4 out of 7 (57%) RPSs were able to define exclusive breastfeeding during the FE. The definition of exclusive breastfeeding is not clear to some staff.

Some MOH staff reported that they ask whether the mother is giving breast or bottle, or both. Exclusive breastfeeding is defined if the mother responds only breast.

A Nutrition Assessment was conducted in early 2001 to serve as input for developing a strategy for the nutrition intervention. The survey was well designed and implemented jointly by IEF and CEPAC. The assessment helped strengthen CEPAC's skills and increased awareness of operational research, but the use of this assessment for tailoring nutrition activities appears to be very limited. This limited use can be attributed to a fragmentation of staff's time and energies as a number of other activities were being simultaneously implemented.

All children's length/height was measured monthly on a length board, even children over the age of two. The quality of the measurements was very weak, usually taken by only one person. In reviewing growth cards, there were significant variations in weight from one month to the next, an indication that weights are inaccurate and not measured with sufficient quality control. According to the MOH District supervisor, MOH policy used to be to measure height twice a year; this was recently changed to once a month. Monthly height/length measures are of limited value, especially since they are not put into any context by graphing them in comparison with standards. The supervisor said she would work to change this back to twice a year.

CEPAC was able to access technical support with LINKAGES through their involvement in PROCOSI as part of a national effort to improve breastfeeding and complementary feeding practices during the first half of the CSP. Agricultural extensionists of CEPAC were also trained in breastfeeding and complementary feeding, to be included in their community education programs. Training has been provided, but follow-up to insure quality implementation is lacking.

Immunization

The Immunization intervention was implemented in accordance with MOH and international standards and essentially as outlined in the DIP. Project indicators for this intervention include:

- Increase % of children 12- 23 months of age fully immunized from 40% (Y) & 25% (SC/BV) to 75% in all areas.
- Increase % of children 12- 23 months of age with 3 doses of Polio & DPT (Pentavalente) before 1 year of age from 14% (Y) & 12% (SC/BV) to 50% in all areas.
- Increase % of women with a child <2 who have received at least two TT vaccinations reported on maternal health card from 30% (Y) & 25% (SC/BV) to 60% in all areas.
- Increase availability of all vaccines at health facilities to 80% (current levels: BCG—22%, Polio—42%, DPT/Pentavalente --42%, Measles--29%, and TT--42%).
- New MOH Vaccine/Cold Chain Supervisor visits each facility quarterly and presents a report and checklist data to Ichilo Province partners (IEF/CEPAC, Belgian Technical Cooperation (BTC))

Three of the five project indicators were met during this CSP. Even though the target for the primary indicator of children with complete vaccination coverage was not met, very good progress was made as coverage in San Carlos/Buena Vista increased from 25% to 65%. Targets were reached for TT and vaccine availability. A supervisor for vaccinations was named by the

MOH District for a short period of time, but this was later rescinded. Cold chain monitoring is covered through increased supervision visits by area MOH staff. This is also monitored through the QI strategy.

Major improvements have been made in this intervention. The principal activities for reaching the indicators were:

- Use of the MU to improve coverage
- Purchase of cold chain equipment, in conjunction with the Belgian Technical Cooperation (BTC), to make immunizations accessible year-round, not just during national campaigns
- Improve vaccine card retention to document vaccine coverage
- Training of MOH staff in EPI and logistics management
- Supervision at the sector level

Several problems still exist, namely:

- No one performs regular maintenance on the cold chain or supervises at the area level;
- Some sectors are unable to buy gas for the refrigerators due to a lack of communication of proper procedures; and
- ANs are dependent on the MU for making community visits.

c. New tools or approaches

Two interesting approaches were implemented in this CSP: a focus on quality and a cost analysis study.

Quality Improvement (QI)

Three training sessions were planned as part of a comprehensive strategy for improving quality of care at MOH facilities. During the first training, supervision checklists were developed but did not focus on IMCI. The second course developed quality standards, with a focus on IMCI, and a third course was scheduled during 2002 to look at customer satisfaction, but was never held.¹

The strategy consists of continuous improvement through measurement of indicators on a monthly basis by CEPAC/IEF staff, the corresponding MOH Area Supervisor, and occasionally the area doctor. Monthly meetings also take place to discuss QI results with the MOH. QI started with monthly measurement of all project indicators. The number of indicators monitored was reduced as targets were met. The MOH staff also added some indicators of their own, mainly focusing on client satisfaction.

During QI implementation, the CSP also simultaneously trained staff in Supportive Supervision, affecting a change in the definition of supervision from a policing action, to a team approach for

¹ The third training will take place in October of 2003, supported by private IEF funds.

training and problem solving. The combination of the two strategies has improved supervision and has been effective in solving problems through training and improved logistics.

The QI strategy has been remarkably effective. Even though the project did not complete the last phase before the end of the project, the effects were very obvious to all stakeholders. Results from this work were very positively reported by both CEPAC and MOH staff. The tools developed have translated “quality” from a theoretical framework to concrete steps at the HF level.

The MOH has thoroughly adopted this strategy and the results have really shown how dramatic a change can occur with regular supervision, on-the-spot training and problem solving, and clearly defined expectations. The staff have clearly been motivated by this approach as everyone interviewed during the FE spoke very favorably about “Quality.” This strategy should be used at all levels, for example with RPSs, and within CEPAC to improve other activities.

Unexpected results of QI were that:

- MOH staff were better able and willing to advocate for materials and supplies (versus before when they passively accepted what was given to them; now they take a more proactive role because they know exactly what they need and how to get it.)
- QI was shared by the Ichilo MOH with colleagues in other provinces, who were also pleased with the results.
- QI is a good strategy for dealing with the ever present problem of continuous staff changes within the Bolivian MOH. QI provides a rapid and concise way to orient new staff by clarifying the most important skills and supplies.
- Positive competition grew between sectors to attain the “best score.”

Some of the lessons learned during the implementation of QI include:

QI is an effective way to improve relations with the MOH, as it involves them in the process of developing standards and indicators to measure progress.

QI identifies problems with inputs as well as with the process of implementation, which assists in the search for feasible solutions.

The combination of continuous Quality Improvement coupled with Supportive Supervision was extremely effective in changing the attitude of the MOH staff toward quality of care, and in significantly improving services at MOH facilities.

Cost Analysis

A Cost Analysis study was conducted in 2001. Key findings from the cost analysis were the following:

- Reduction in the frequency of visits by the MU team to each community would allow the same resources to serve more people.
- Reduction in the size of the MU team would reduce the cost of providing care by 85%, while greatly improving the health of the overall population.

- Clinic cost recovery mechanisms should be explored to improve clinic efficiency and sustainability.
- Data collection and reporting systems of CEPAC should be updated and standardized for optimal, efficient use.

After reviewing the conclusions of the Cost Analysis, CEPAC took steps to double the number of communities visited by the MUs. This led to more efficient use of resources and improved coverage rates. CEPAC also changed the composition of the MU. Before the study, the MU team consisted of 1 doctor, 1 nurse, 1 AN for Reproductive Health, 1 AN for CSP, and a driver. That has now been reduced to 2 nurses and 1 doctor. The nurses were taught to drive and thus there was no need to hire drivers. Now the MU goes out with an MOH doctor and the AN from the nearest health facility.

The problem of MU sustainability continues. The cost for vehicle fuel has been added into municipal budgets, but maintenance and replacement of vehicles is not funded, and thus long-term sustainability is questionable.

The Cost Analysis study was an effective way to introduce a different point of view resulting in a marked improvement in the Mobile Unit strategy.

3. Cross-Cutting Approaches

a. Community Mobilization

The involvement of the community was very weak during the first half of the CSP. Following the MTE, a greater effort was made to involve the community. Perhaps the most powerful impact the project had was to motivate communities to link with municipal authorities. Through decentralization efforts in Bolivia, the municipalities have substantial control and resources for health, education and infrastructure. Community advocacy is an important pillar in directing municipalities to invest funds according to local needs.

The other important CSP strategy for mobilizing communities was in strengthening the work of the RPSs. The role of the RPSs in the Bolivian health system is still being debated, but despite this ambiguity, good progress has been made in supporting RPSs. During the MTE, few communities demonstrated that they understood the role of the RPS. During the FE, however, this had changed and communities expressed their viewpoint that training and support of the RPS was one of the most important activities of the CSP.

The demand for health activities was evident during community visits as part of the FE process. Communities identified better coordination with the municipality and inclusion of priority activities within the municipal budget as their sustainability plan.

Perhaps the most important lesson learned by all partners was: Solutions to problems should come from the experiences and resources of the community. This lesson was selected by the FE team as one of the priority lessons, and demonstrating an important attitudinal change from the traditional view of helping poor communities who “can not solve their own problems.” Another important attitudinal change had to do with the relative importance of the RPS as a member of

the health team. This change within the MOH has greatly enhanced the sustainability of the RPS as a trained human resource within the community. CEPAC/IEF has been able to influence the MOH staff in Ichilo to take a greater interest in public health, strengthening the RPS network, and recognizing the value of the RPS in improving health coverage and education. The recognition of the RPS as a valuable resource greatly enhances the impact of health activities and aids in reaching MOH goals.

CEPAC estimates an annual 10% turnover rate for RPSs. There is no system in place for tracking individual RPSs, except through a chart at each area hospital documenting whether or not they present reports, attend meetings and refer patients on a monthly basis. (RPSs are supposed to present a monthly reporting form to the MOH on their activities.) The majority of the RPSs were trained in the four project interventions, plus 81 were trained in C-IMCI, 98 in reproductive health, including intra-family violence, and 24 in essential medicine, including rational drug use.

Motivating RPSs

In order to sustain volunteers, a satisfactory incentive system needs to be developed for the RPSs. Focus groups, which were planned in the DIP to develop the best long-term strategy for recruiting and motivating the RPSs, were not conducted. This leaves a large gap in the CSP's ability to motivate and retain volunteers. RPSs continue to be underutilized during MU visits and for community education.

There have been numerous attempts to motivate volunteers, but a long-term plan is needed to guide isolated activities. Many RPSs want to learn more about traditional medicine, as an alternative service they can offer to communities. The BTC has provided scholarships for some to study, as well as providing a 2-day training course on traditional medicine. The BTC also offers training for some RPSs to become Auxiliary Nurses. RPSs received bicycles for transportation (actually given to the community, not the individual) from the British Mission program. This was a good coordination effort which served to motivate the volunteers, nevertheless a more concerted, long-term plan should be developed.

Community volunteers (RPSs) "belong" to the community, not to any organization or project.

All projects need a plan for motivating the volunteer, including joint supervision and monitoring of RPS activities by the MOH and the CSP. All agreements for motivating RPS's should be recorded in a written document.

CAI (Committee for Analysis of Information)

The CAI system was developed as part of the Health Reform in the 1990's and is planned to take place at all levels of health action: community, sector (health post), area (usually a municipality), province, and department.

The CSP has developed a very positive strategy for implementing CAI-C (CAI at the community level) as part of the implementation of IMCI-C. The strategy involves having the RPS identify cases of illness, death, birth, etc., which can be shared with all of the community on a community map. This information is then analyzed by the community in a session facilitated by the AN or CEPAC staff. The analysis culminates in the development of an action plan for solving priority

problems. This strategy has great potential as a tool for empowering communities to take responsibility for their own development.

During the FE, a CAI-C session was observed. While the strategy is based on a solid concept and employs good materials, it needs further modification to make it a better tool for community analysis and action planning. In the observed session, too much information was analyzed, requiring too much time (e.g. more than 3 hours). The result was an uncreative, superficial analysis, dependent on outside agencies for problem resolution. The session was also not carried out in the local language, Quechua, thus sidelining some women and men from fully participating. The activity also failed to provide continuity with prior CAI-C sessions, by not evaluating the action plan previously developed.

A limitation in the CAI-C system is that resources are not available for infrastructure projects (water systems, bridges, etc.), resulting from the CAI-C planning. CEPAC is working with the BTC and municipalities, and is using some funds from a food security project to complete some projects identified by communities. A minimal percentage of the needed funds are also provided by the communities themselves.

During June of 2003, CEPAC/IEF, in conjunction with USAID, CORE, PROCOSI and the MOH sponsored a seminar on the use of information at the community level, with a focus on the CAI system. CEPAC and other NGOs presented information on their methodologies for conducting CAI-C. The MOH is in the process of selecting an official national methodology to analyze information at the community level, but this process has been very lengthy and so far inconclusive.

The Sector CAI is an excellent opportunity for the indirect supervision of all RPSs, including the identification of those RPSs who need a direct visit. The Sector CAI is being used in a few areas. It should receive more support and be scaled up.

b. Communication for Behavior Change

CEPAC/IEF have four principal actions for education at the community level:

- Community education sessions
- Festivals
- Mass media
- Integrated Child Development (ICD)

Festivals

The use of community festivals as a strategy for transmitting messages has been very well received and seems to be effective in generating interest on health issues, as well as increasing knowledge. The activity involves teachers, leaders, and RPSs in actively providing information to the communities during the festival. The cost for festivals is high, and none were held during the last year of the project. The methodology was so popular, however, that communities began planning their own “fairs” on a much simpler scale, but with good effect. CSP and MOH staff helped with the organization and provided direct education and support to RPSs. As communities

have started assuming responsibility, this methodology has become much more sustainable, but its affect on changing behaviors has not been evaluated.

Integrated Child Development (ICD)

The CSP introduced an educational methodology which has been used by CEPAC in other projects to teach mothers of children under five development skills, as well as the 16 basic health messages of IMCI. The ICD involves local teachers who are trained to use the curriculum. Materials are provided, as well as handouts for the mothers at each session. The curriculum includes 12 sessions, coupled with home visits made by ANs to measure behavior change.

During a visit to an ICD session, one of the main messages was the importance of celery as a source of iron (which is not a very good source). The session lasted almost two hours (excluding time for a snack), which is a long time for children under 5 to pay attention. The “snack” was really more a meal, consisting of rice, yucca, chicken and vegetables. The mothers prepared the meal and provided a locally produced starch, while CEPAC provided the chicken and vegetables.

ICD is not very effective as a Behavior Change Communication (BCC) strategy. It is not focused on a defined target group and transmits messages about all 16 IMCI behaviors, rather than a select few in an effort to change a few behaviors. There is a strong focus on child development but, unfortunately, the mother has a passive role in observing activities conducted by the teacher. At no time does the mother actually practice the desired behavior.

Due to the high cost of implementing this methodology, the ability of the MOH to sustain it is doubtful.

Other Information, Education and Communication (IEC) Activities

Education sessions are generally conducted by the MU or MOH during monthly or bimonthly visits. RPSs reported during the FE that they do home visits and some do group education at monthly community meetings, involving both men and women.

Health messages and jingles were also disseminated through local radio programs, but CEPAC staff mentioned that while this may be a good means of reaching urban populations, few people in the rural areas have radios and of those who do, few have the time to listen.

Evaluation of IEC

No evaluation has been carried out on the impact of IEC. CEPAC acknowledged that this was a weakness requiring technical assistance (TA) during the MTE. This TA was never arranged and subsequently no methodology exists for measuring if the methods being used had the desired impact of changing health practices.

Teach to Teach

The CSP utilizes the cascade approach to training, but RPSs and MOH staff were never trained to train. All training courses should include a focus on how to replicate the information at the next level. RPS and MOH training should not only be on technical content, but should also develop the skills necessary to work effectively with groups and communicate for behavior change.

There is a lack of a clear understanding as to what BCC consists of and staff focus on the delivery of basic messages. In September of 2003, CEPAC/IEF in coordination with USAID and PROCOSI sponsored a forum on community BCC to clarify definitions and begin to develop a new paradigm for community education. The transmission of messages is not sufficient to obtain a change in practices of a population.

d. Capacity Building Approach

(i) Strengthening the PVO Organization

The CSP has enhanced IEF's abilities in four crucial areas:

1. Programming- Because the CSHP demands a high level of rigor and technical competence, IEF has been able to increase their capacity in CS programming. IEF has improved the use of results frameworks, Monitoring & Evaluation (M&E), and new strategies and approaches through the Bolivia CS project. This has had a positive impact on the entire organization as these important skills have been used to improve the use of M&E within IEF, outline desired project impact in other IEF projects more clearly, and increase institutional experience in community-based programs that have application to other programs.
2. Professionalization- The CSHP supports a full time position at IEF headquarters (HQ) and has provided training opportunities to IEF staff, at both HQ and in the field. Technical resources provided by the CSHP have increased the knowledge and skills of IEF and CEPAC staff.
3. Partnership- The CS grant has strengthened IEF's ability to form partnerships with organizations, such as CEPAC. The project has taught IEF that goals and expectations must be clearly defined from the beginning of a project and that constant effort must be expended to ensure priorities and needs are clearly communicated between partners. The experience of this CSP has given IEF better criteria for selecting partners in the future and a better understanding of the importance of team building.
4. Networking- This grant has effectively connected IEF with other PVOs involved in health and Child Survival, facilitating the exchange of information, ideas and experiences. It has also increased institutional learning by facilitating participation in inter-institutional collaborative activities such as CORE, CSTS and other groups. These opportunities have been very important in designing and implementing IEF's other CSP in Malawi.

IEF completed a DOSA (Discussion Oriented Organizational Self-Assessment) assessment in 1998 and again in early 2001. IEF staff also employed the technique of Appreciative Inquiry to further enhance their understanding of institutional needs in order to develop a concrete plan for institutional capacity building. IEF plans to conduct a follow up DOSA at the end of 2003.

(ii) Strengthening Local Partner Organizations

The Capacity Building Indicators included in the DIP were:

1. Advance CEPAC's abilities as measured by the 35 MSH management categories to the "mature stage"
2. Improved financial systems in place:
 - a. no cash shortages for monthly payments in one year period and,
 - b. no duplicate entries between field and HQ.
3. Implement QI system for continuous improvement and monitoring of CS project; at least 3 QI assessments completed by end of project.
4. Increase the average number of visits made by a supervisor (MOH or CEPAC) from 2 to 5 per year.
5. Improve CEPAC's ability to present information and proposals to donors as follows:
 - a. CEPAC website in place
 - b. At least one proposal submitted and accepted by new donor
 - c. At least one partnership developed with a private corporation that provides funding or in-kind assistance.

Of the five capacity building indicators, only the first one was not reached. The question of the effectiveness of these indicators in measuring capacity building should be considered. The first indicator, for example, is not very realistic, as few if any, organizations would receive a perfect score in 35 categories. The second indicator is difficult to measure and may not really reflect the health of the financial system. The third and fourth indicators were extremely easy to meet as at least 10 QI measurements were taken in the majority of health facilities, not to mention that five supervisory visits per year is extremely low. The final indicator did help CEPAC to monitor progress and clearly measure three important steps forward: the website is in place, CEPAC has presented a proposal and received funding from a new donor (Bill and Melinda Gates Foundation through an umbrella grant managed by Save the Children), and CEPAC has been able to enter into an agreement for funding from a private sector partner (TransRedes, a gas/oil distribution company).

Some of the principal effects that the CSP had on CEPAC were:

- Logistical support- for vehicles to expand the MU strategy.
- Cost Analysis study- helped to redefine the MU and to make the decision to close the CEPAC health clinic in Yapacani. This clinic could not compete financially with MOH services since the implementation of national insurance provides free health care for many maternal-child health services.
- Expansion - Gave CEPAC the ability to expand to all of Ichilo province, expand more into health and CS, and enhance the reputation of CEPAC within Bolivia.
- Staffing - CEPAC was able to contract a full time Human Resources Director. This person helped to develop job descriptions, formalize personnel policies in a written manual, and update the salary schedule.
- Institutional Structure – a consultant assisted the organization to define institutional structure, to define vision and mission statements, institutional values, and a strategic plan. (Staff reported that the development of the strategic plan has improved coordination within CEPAC as different sector projects now have a unified calendar to avoid duplicating visits and to promote coordination.)

- Training - Training opportunities as detailed in the Staff Training section. Technical skills of the MU and other staff have been improved through training opportunities and technical support and follow-up to training by IEF.
- Organizational Development - Development of a CEPAC website (Some problems still exist as no one has the responsibility for up-dating the web site).
- Environment - IEF has been instrumental in motivating CEPAC and MOH staff and have been able to make some major attitudinal changes in staff.
- Networking - CEPAC became a member of PROCOSI, a network of Bolivian NGOs, which has helped strengthen their technical expertise, as well as increase access to funding. CEPAC is an active member of PROCOSI, participating on its Board of Directors, and helping to define the network's strategic plan.

Factors that limited the capacity building efforts included:

- The main strategy for capacity building was the completion of four workshops by IEF for CEPAC, including web site development, resource development and public relations, proposal writing, and strengthening the Board of Directors. Only two of these workshops were completed.
- Internal problems have plagued the Board of Directors for the entire four years of this project. There have been several reorganizations during this time. The TA offered by IEF for board strengthening never materialized.
- CEPAC's slow shift away from direct services to integrated CS approaches.
- The lack of true bonding between IEF and CEPAC as partners, due in part to poor communication, very different work styles, very different concepts of health programming, and different expectations for the CSP.

Integration with MOH/Other NGOs

During the FE, the evaluation team determined barriers and errors committed during the implementation of the CSP. As the team consisted mainly of the principal actors during the implementation period, they were best able to identify past mistakes. The most commonly perceived error was the lack of coordination, either with the MOH or municipal authorities. CEPAC staff commented on how much more effective project activities were once proper coordination was achieved. The most important lesson learned comes from this process of self-evaluation: Effective project programming and implementation can only be accomplished through continuous coordination and joint effort with the health network and municipalities. This coordination must be at all levels, and during all stages of planning, implementation, and evaluation.

CEPAC coordinated well with the Belgian Technical Cooperation (BTC) the other main NGO working in Ichilo province. During the first two years of the CSP, the Britannic Mission was also active in the area. Many health interventions are coordinated between the three organizations. The British Mission provided bicycles to most of the RPSs in the region, thus allowing CEPAC to use the funds which had been budgeted for bicycles for other purposes. BTC and CEPAC

worked together to purchase cold chain equipment for both Ichilo and neighboring Sara Provinces. The MOH and all NGOs working in health in the province coordinated efforts and presented a joint budget for health activities to municipal authorities for inclusion in the annual budget.

CEPAC also has strategic alliances with Save the Children and CARE for project expansion in other parts of Bolivia, namely Potosí, Tarija y Chuquisaca.

Institutional Assessment

In 1997, Management Sciences for Health (MSH) was contracted by PROCOSI to conduct a baseline assessment of its member NGOs. This assessment was used as the baseline from which to evaluate CEPAC's growth. This assessment was repeated at the MTE as a self-evaluation, and was not repeated as part of the final evaluation. The baseline assessment classified 3 aspects as being in the initial stage, 22 in growth stage and 10 in the mature phase. The midterm assessment found 1 initial, 15 growth, and 19 mature indicators. It was impossible to measure if the indicator for institutional strengthening had been reached, but there is general agreement on the part of CEPAC management that important progress has been made in all of the MSH categories.

(iii) Health Facilities Strengthening

The two main strategies for improving management and services at MOH health facilities were supportive supervision and QI. The combination of these two activities has had an extremely positive influence on MOH services. Other important activities included: training of MOH staff in IMCI, improving cold chain equipment, and improving support to the ANs by the MU. Clinical IMCI has been accepted by staff and is being used at all clinics. A system of monitoring quality indicators has been developed to assess clinical services, which has been very effective. Monthly verification visits for QI and supportive supervision have provided the support necessary for health staff to clarify their responsibilities and acquire the skills necessary to complete their jobs. This in turn has motivated staff.

The project has achieved a change in MOH attitude. At the time of the MTE there was a notable resistance to the implementation of IMCI. MOH staff now embrace the strategy, understanding the benefits IMCI presents to them, mothers and children. MOH staff have also improved coordination with teachers (through ICD) and RPSs.

Demand/Use of Services

While the targets for increased use of health services for cases of diarrhea and pneumonia were not reached, the FE team learned through qualitative methods that communities perceive that the quality of health services has improved. MOH staff also reported that there was an increase in the use of services resulting in part from improved quality due to project activities. There are several other important factors that had an impact on the use of services namely, the simultaneous implementation by the Government of Bolivia of a national insurance scheme for many maternal-child health services (SUMI), and an improvement in the referral system as part of the implementation of IMCI.

The work accomplished during the four years of the CSP is very sustainable at this level. IMCI is a national policy and there is strong support for continuing implementation at the national level. MOH supervisors have completely adopted the QI strategy, as well as supportive supervision.

(iv) Strengthening Health Worker Performance

A Health Facility Assessment (HFA), modeled on a tool developed by BASICS, was used to measure improvement in health facilities. A comparison was made between 2000 and 2003, demonstrating that substantial improvement was made in supervision. A copy of the HFA results is included in Attachment F. The HFA in 2000 demonstrated that health workers visited villages on an average of three days per month; in 2003 the average had increased to six. Eighty-five percent of the people interviewed had received supervisory visits in 2003 (with an average of 3.3 visits in the last six months), compared to 47% in 2000 (with an average of 2.1 visits in the last six months). In 2003, 100% of the people who received supervision also received feedback from the supervisor, compared with only 65% in 2000.

Several important factors affect the impact and sustainability of strengthening health worker performance:

- According to the HFA in 2003, 63% of the MOH staff were new since the HFA in 2000. High staff turnover within the MOH is common in Bolivia, thus training and re-training for new staff is a constant requirement.
- The level of education of the AN has changed during the last 4 years, from more empirically trained nurses, to more professionally trained nurses.
- A critical issue is the population increase in the province of Ichilo. Population increase translates into greater demand for services, and overworked staff who are harder to motivate to make changes. Staff have seen the benefits of using IMCI, but due to work pressures, many report still only using IMCI for sick children, instead of all children.

The principal strategies for supporting MOH staff were QI, Supportive Supervision and training. (QI was previously discussed and training will be covered in the next section.)

Supportive Supervision

A course in supportive supervision by Nur University in Santa Cruz was instrumental in providing a framework for improving supervision. Some IEF, CEPAC and MOH staff received the initial training, and then replicated the information to all MOH staff. It was reported by the MOH that it was best to use a multi-disciplinary team, with technically knowledgeable members who can do on the spot training and problem solving. Everyone needs to give the same message during supervision visits. A continuing problem is that the departmental level of the MOH (SEDES) has an alternate, mandated system of supervision. Effort needs to be made to negotiate the use of Supportive Supervision instead of the MOH system, or a compromise solution. The problem of having parallel systems has yet to be resolved.

The format developed during the training with Nur University was considered by the MOH to be too long, requiring too much time to use. As a result, it is only used once every 3 to 4 months. QI on the other hand is implemented once a month, providing staff with additional support.

(v) Training

The strategy of workshops for training has been overused in the past by the MOH and NGO projects and due to lack of follow-up, has been relatively ineffective. The CSP changed the strategy to have more on-the-job training using a system of supportive supervision and exchange visits. By using quality checklists, a supervisor can identify weaknesses and enter into a dialogue with the supervisee as to the causes of the deficiency. If lack of knowledge or skills is identified as the problem, the supervisor provides on the spot training. Exchange visits to area hospitals were also very effective in training ANs.

A training team has been developed for each area, consisting of CEPAC and MOH staff. The team implemented C-IMCI, as well as other training topics. Training guides have been developed which has helped the doctors on the team to use more participatory methodologies. In addition to IMCI, MOH staff were trained in QI, Supportive Supervision, and ICD. The training has successfully changed skills and knowledge, as measured by the QI strategy.

Quote from Hilari, RPS on the FE team after a visit to one community: "I felt bad when I visited the community because the women were very passive and didn't talk. I used to be one of those women, I was very passive and even though I had strong feelings, I didn't express them."

Q- What was it that changed you?

Hilari- "When the educators told me that I knew more than they did, that my knowledge was valuable. I wasn't afraid to talk anymore."

d. Sustainability Strategy

The Sustainability Indicator included in the DIP was:

Percentage of operating costs recovered from user fees/micro enterprise or other resource-generating scheme increased from unknown to 30%.

This indicator was not met during the four years of the CSP, but as with the capacity building indicators, the selection of this indicator should be questioned. Few, if any, NGOs self-generate 30% of their operating costs. IEF defines sustainability as **the ability of a program to meet its operational costs through funding from consumers/beneficiaries while maintaining its orientation to the poor** and uses a model for financial sustainability that is based on eye care hospitals selling services. This model may not be appropriate for an NGO not selling curative services. IEF recognizes that capacity building of its own organization, of local NGOs, MOH structures and community-based institutions is essential to creating the systems necessary for sustainable development to flourish.

In the DIP a three step plan was presented for sustaining CEPAC as an organization:

1. Generate awareness about sustainability. It was stated that CEPAC had to define what it is they wanted to sustain and how they planned to move from a traditional, donor-driven organization, to a self-sufficient, income-generating organization.

2. Establish a solid business plan and improve cost management. Taking measures to improve productivity, lower costs, and diversify sources of funding were also necessary to improve CEPAC's financial sustainability.
3. Develop CEPAC's capacity to generate self-earned income. The more earnings that CEPAC can generate, the more flexibility, independence, and control they will have over resources, leading to more long-term sustainability.

It appears that the vision of sustainability was never truly shared between IEF and CEPAC. Few NGOs generate sufficient funds from clients to sustain themselves; most are dependent, at least partly, on funds from major donors. IEF envisioned CEPAC generating funds for health services, which may not be realistic in the current political context. The definition of sustainability should be broad enough to include sustainable human resources, management systems and community structures, in addition to cost recovery.

Sustainability of CEPAC

CEPAC has a broad donor base, mainly small projects, which complicates management, but CEPAC uses many of the same methodologies (festivals, ICD, CAI-C, RPS) in various projects. Other projects include: European Union food security project (which is also ending), project for the solar disinfection of water, a World Bank project in childhood development, a joint project with Save the Children for neonatal care with Bill and Melinda Gates Foundation funding in Potosi, and a number of USAID projects channeled through PROCOSI.

Several strategies have been discussed, and some put into place for the economic sustainability of CEPAC. These include:

1. Development of a business plan which includes agricultural production, not health services (i.e. production of honey, rice.)
2. Generating funds by renting out the CEPAC Training Center in Yapacani to other organizations.
3. "Selling" packaged methodologies (e.g. IMCI, QI) in specialized services such as festivals and staff consultancies.

Sustainability of Health Activities

In completing the analysis of information during the FE, one of the principal strategies presented for sustainability was the inclusion of CS activities within the municipal annual budget. This included expenses such as fuel for the MU vehicles (vehicles would be provided by the MOH areas), maintenance of vehicles, and RPSs and MOH staff training costs. Notable improvements have been made in this area. Although national decentralization has been in effect in Bolivia for about ten years, further steps have been taken to decentralize through the elimination of district level health services and the increased direct involvement of the municipalities in health programming. The division of San Carlos municipality into two; San Carlos and San Juan has also complicated work with municipalities.

The project has generated a change in attitude of the MOH and communities in understanding their role in advocating for health and preparing a realistic budget for their needs. This will be an area of continuous struggle, as funds are limited and there are many interest groups fighting for the same funds. The MOH has succeeded in inserting health priorities into most municipal

budgets, and they are actively involved in the formulation of new budgets and municipal strategic health plans. The MOH feels they can sustain the MU with funds from the SUMI Insurance scheme and the municipalities, but the feasibility of this needs to be realistically analyzed. The presentation of a joint health activities budget elaborated by NGOs and the MOH for inclusion in municipal annual plans is the most effective strategy for sustainability.

Sustainability Planning

- No sustainability plan was developed by the CSP. A sustainability specialist, David Green was scheduled to review the existing project and evaluate both cost recovery within the CSP and revenue generating projects that could exist outside the CSP. A sustainability plan was to be developed for CEPAC, and presented to USAID by the mid-term of the project. This TA was never completed.
- No exit strategy was developed. The third year report stated that it was premature to develop an exit strategy; this evaluator would differ with that opinion.

Sustainability planning and an exit strategy should be in place from the beginning of a project, not added in at the end.

C. Program Management

1. Planning

The original planning process of the CSP was weak, due in part to the new relationship between IEF and CEPAC. The DIP was not approved in its original form and was resubmitted and approved almost a year after the start of the project. IEF felt the DIP was overly ambitious and did not have a clear results framework or clear capacity building indicators. IEF has since taken steps to improve their management of results frameworks. The DIP was a valuable instrument for IEF, especially for new local staff hired after the first two years of the project. They found it to be a good orientation and a guide to project implementation. The DIP was only translated into Spanish shortly before the MTE and distribution was minimal once it was translated, so it was of limited use to partners. This CSP followed the DIP very closely; few deviations were observed except for planned technical assistance.

CEPAC has an good planning system, beginning and ending with an annual institution wide meeting to evaluate yearly progress and develop a new annual plan. Each sector team develops their plan to present to the larger CEPAC group which aids integration. The plan is reviewed by the entire organization every 6 months and adjusted if necessary. A monthly meeting is held in each team for evaluation and planning based on a review of individually scheduled activities.

The planning process has aided the implementation of the CSP, but lacks a comprehensive information system for organizing project information.

2. Staff Training

CEPAC, as a small local NGO with limited resources, sees that the value of their organization lies in the capacity of their staff. As a member of PROCOSI, CEPAC has access to numerous

training opportunities, and uses training as a means of rewarding and motivating staff. An annual training plan is developed based on institutional needs and personal interest. Training received by CEPAC and IEF/Bolivia staff included: organizational development (involving the definition of a vision, mission, institutional values, and a strategic plan); English language classes; computer instruction; an orientation to gender issues; and training in QI, IMCI, LQAS, SUMI, ICD, supportive supervision, and CAI. Several CEPAC staff have also been able to complete their Masters in Public Health during the last few years. CEPAC provides a supportive environment for continued education. Training for MOH staff was discussed previously in the Training section. There is good evidence that many of these training opportunities have been put into practice, particularly QI, Supportive Supervision, IMCI and LQAS.

3. Supervision of Program Staff

Even though the CSP has been able to develop an excellent system for Supportive Supervision, this has not spilled over into the CEPAC organizational structure. Direct supervision is limited and no formal tool exists which is used on a regular basis. Some MU staff report that they received supervision using a checklist with an action plan, once or twice a year. Supervision is mainly indirect, conducted through monthly meetings. The monthly meetings are part of the institutional planning process previously described, and are attended by CEPAC's director, health program director, (occasionally someone from administration), and all health field staff. Field staff reported that they feel this is sufficient as most have been doing their job for a number of years. There is also a good rapport among staff, so that if they need help, they ask for it and problems are solved. The supervision of RPSs and ANs was discussed in previous sections.

CEPAC's personnel policies call for staff evaluations every six months. This has not been completed. Administration is currently working on a new evaluation system based on performance. It is not clear when the system will be put into place.

4. Human Resources and Staff Management

IEF suffered from problems with staffing during the first two years of the project, which adversely effected project implementation. Staff were not in place during the first year, and the CS Advisor only worked one year before leaving for another position. The IEF Country Director, located in La Paz, was of questionable value to the CSP and was no longer supported during the third year of the project. After the MTE, two competent professionals were hired by IEF who provided technical assistance and support to CEPAC to implement a successful project. The impact during the first two years of the project, however, was very limited.

Since the MTE, CEPAC has developed a personnel policy manual and revised their salary schedule. The morale, even with the instability caused by the ending of this project, was high. Staff work together as a team and there has been little turnover in the last four years. Most staff have been with CEPAC for over four years, some were rotated into the CSP from other projects, but this caused little disruption as there was considerable cross-training and use of similar methodologies among projects. This is contrasted with MOH personnel as results from the HFA showed that compared to 2000, 63% of MOH field staff were new in 2003. The stability of CEPAC's personnel is a good indication of the cohesiveness and the level of professional staff

development and, as a result, higher quality project implementation. CEPAC will absorb as many people as possible into other projects in the coming months, while actively seeking funds for new projects.

The CSP has been instrumental in supporting improvements in human resources management by funding a staff position. CSP funds were also used for training in organizational development, leading to a clearer institutional definition and the formulation of a Strategic Plan.

5. Financial Management

In general, the management of the CSP budget had many shortcomings. Expectations between IEF and CEPAC in terms of financial reporting were not clearly communicated. This improved somewhat during the second half of the project, but continued to be a problem particularly with timely financial reporting by CEPAC. There was a lack of coordination and integration between the CEPAC subgrant and the IEF/Bolivia budget with substantial differences in how IEF and CEPAC saw the program itself and the financing. Local control of the overall CSP budget by IEF/Bolivia was lacking, as the current IEF/Bolivia CS Advisor had very limited budgetary responsibilities. IEF states that a redesign of the budget should have taken place, reconfirming commitments and strategies, and redeveloping an activity-related budget.

There were no budget modifications made and 100% of USAID portion of the budget will be spent by the end of the fiscal year. IEF overspent their match portion of the budget mainly due to poor project design, an overly ambitious project, and the lack of a contribution from CEPAC for matching funds. As of the 31st of August, CEPAC had spent 82% of their subgrant budget and anticipated spending 100% by the end of the fiscal year. CEPAC has both an internal system of auditing, as well as annual external audits

CEPAC has reportedly overcome internal issues of fiscal management as measured by the capacity building indicator (#2). Improved financial systems in place: a. no cash shortages for monthly payments in one year period and, b. no duplicate entries between field and HQ. But other reported problems occurred including a lack of timely reporting to IEF, segregation and documentation of CS expenses from overall CEPAC expenses, and a lack of a consistent information flow between CEPAC and IEF.

No agreement has been signed with the Bolivian Ministry of Culture and Foreign Relations to legalize the status of IEF in the country. Attempts were made, but a lack of coordination between the Country Director in La Paz, IEF HQ and IEF's Bolivia office, in addition to changes in legal assistance sought, resulted in persistent delays. The consequence has been that IEF does not have a tax-free status and thus paid taxes on the shipment of personal belongings of expatriate staff and on the purchase of vehicles. Because IEF has never been formally recognized in Bolivia, CEPAC contracted and paid IEF Bolivian staff. This has caused a number of problems. It was an error on IEF's part to not normalize their legal status.

6. Logistics

One of the positive outcomes of the CSP has been an improvement in logistics management as part of MOH strengthening. The QI strategy has made a big difference in strengthening logistics, and well as training on the MOH logistics system. The system has the potential to operate efficiently, if staff are properly trained to support operations and activities. Logistics within CEPAC has been well organized, without any major problems during the four years of the project.

7. Information Management

The management information system was adequate for evaluating impact, but was weak on the ability to monitor activities. The original project design and the lack of clear process indicators are to blame for this. During the FE, it was not possible to obtain information in a usable format concerning the number of people trained, the turnover rate of RPSs, and other important information which should have been monitored. Budgetary information should also be used to monitor project activities. The person who was assigned to manage the information system left CEPAC in May of 2001 and CEPAC did not replace this position. This person would have been responsible for managing, monitoring and evaluating CEPAC's epidemiological surveillance system, receiving 35% of their salary from CS funds.

A group exercise carried out during the FE with women and men of CS communities demonstrated that communities have a very clear understanding of what the program has achieved. This same exercise was repeated with MOH personnel, which also validated an understanding of CSP strategies and impacts. A matrix of results from group discussions during the FE is included in Attachment E.

The CSP's information system has four main components:

- KPC survey which is the main instrument for evaluating impact indicators
- Monthly epidemiological surveillance system which is part of the MOH Health System
- CAI national information analysis system based on MOH data
- Other surveys (e.g. HFA, QI)

MOH Health System

Information from CSP direct service activities are included in the MOH national health system (SNIS) at the sector level. All activities carried out by the MU are included in the MOH system. The use of this data for management decision-making is weak.

HFA (Health Facility Assessment)

Two HFAs were conducted during the life of the project, one in July of 2000 and the other in August of 2003. This has been a good tool for measuring project impact. The tool was developed based on the BASICS model.

QI (Quality Improvement)

Monthly measurements of quality indicators have been a very effective tool for monitoring improvement in IMCI implementation at the clinical level. This was the method used to measure some project impact indicators for use of Standard Case Management in treatment of illness.

CAI

Bolivia has an excellent national system for the analysis of health information called CAI (Committee for Analysis of Information). The system is designed to function at all levels of data collection: community, health post (sector), municipality (area) and province. At all levels regular meetings are supposed to take place to examine the information collected through the MOH information system and to use it for decision-making. The system is functioning with mixed success at the sector and area levels. A good mechanism was developed by CEPAC to conduct a CAI at the community level once per quarter in pilot communities. This has increased understanding of health issues and local decision-making ability to some extent. The process could be simplified by including less information to analyze in each session and building the analysis process on previous action plans.

KPC

A standard 30-cluster KPC survey was conducted as the baseline and as part of the final evaluation. Thirty-two indicators were presented in the DIP and later modified during the MTE. The majority of the indicators were measured through the KPC. The project needs to develop an improved matrix for project objectives and indicators, including the use of process indicators. None of the IEF or CEPAC staff that conducted the final KPC had received formal training as was recommended during the MTE. This oversight negatively affected the quality of the KPC.

Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) was used by the CSP during the third year of the project with good results. Results were included in the Third Annual Report. LQAS provided a low cost method for monitoring project impact, and was effectively used to identify weak areas and refocus project priorities. CEPAC and IEF staff received training from PROCOSI in the methodology.

8. Technical and Administrative Support

The CSP received the following Technical Assistance (TA) throughout the 4 years of the project.

- 2 Trainings in Quality Improvement- Tom Davis, consultant, and Jorge Hermida, Quality Assurance Project
- Supportive Supervision- Nur University, Santa Cruz
- Web Site Development and Proposal Writing- Kirk Leach, former IEF/Bolivia Advisor
- Budgeting and Partnership Issues - IEF in visits by John Barrows and Ed Henderson
- TA on information system, complementary feeding, a computerized financial system, developing job descriptions, and a salary schedule – PROCOSI, Bolivia
- Cost Analysis Study- Jim Clement, MBA, consultant.
- LQAS Training – PROCOSI, Bolivia
- Breastfeeding and Complementary Feeding – Linkages, Bolivia

Staff reported that all of the TA was helpful, but identified QI, Supervision, and Cost Analysis as the most effective and useful. TA recommended during the MTE included:

- BCC methodologies to help define future directions for CEPAC

- The third quality improvement workshop
- A sustainability study
- Supportive supervision by NUR University in Santa Cruz, Bolivia
- KPC methodology and Epi-Info training
- Measuring the impact of IEC strategies

The third Quality Improvement workshop and sustainability study were specific activities included in the DIP and were not completed before the end of the project. (The third QI workshop will take place in October of 2003 with private IEF funds). With the exception of Supportive Supervision, none of the other recommended technical support was provided.. Not receiving this TA had a negative effect on the project, particularly in meeting the sustainability objective and conducting a quality KPC.

Gwen O'Donnell, CS and Vitamin A Coordinator for IEF/HQ received training in TOST KPC during the last two years, as well as attended IVACG meetings and CORE meetings. John Barrows, IEF Director of Programs has also attended CORE meetings. Gwen is active in CORE's Nutrition Working Group and John in the M&E Working Group. Gwen visited the CSP in May of 2002 to follow-up on the Nutrition Survey and project indicators, and to visit project communities. She also returned in September 2002 to prepare the Third Year Annual Report and an extension proposal. Teresa Mendoza, IEF/Bolivia CS Advisor, visited IEF HQ in January 2002 for a week-long orientation after she was newly hired. John Barrows and Raheem Rahmathullah, IEF Director of Sight Reach Management, visited the CSP in September 2002 to make an analysis of the feasibility of an optical clinic or shop, a model IEF has successfully used in six other countries. Gwen dedicated 35% of her time to this CSP and John 15% of his time.

9. Management Lessons Learned

Project activities should not be dependent on the specific skills of one person, because when staff turnover occurs without a contingency plan, resources are not available to carry out planned activities.

The geographic, climatic, and political reality of Bolivia should be taken into consideration in planning from the beginning, including the rainy season when roads are impassable, and the continuous rotation of MOH staff for political reasons, especially following an election.

It is impossible to divorce program management from budget management. The budget is a tool which should be used for continuous monitoring of project activities and for planning future activities.

D. Conclusions and Recommendations

The CSP has met, or made substantial progress in meeting, the majority of indicators as outlined in the DIP, and modified during the MTE; 21 of the 29 indicators were successfully completed. The project has successfully implemented most activities. The major successes of the CSP were:

- o Close coordination with the MOH

- Nascent coordination with municipalities
- Affecting a positive change in attitude of staff toward quality of services, and thus successfully improving the quality of health services
- Affecting additional attitudinal changes in the perception of the role of supervision, and the value of health volunteers
- Strengthening the managerial capacity of CEPAC
- Successfully implementing clinical IMCI

The most significant project weaknesses were: the lack of a sustainability plan, unclear budgetary responsibilities (due to the lack of a unified activity-based budget focused on clearly defined activities contributing to a comprehensive CS focused program), a weak nutrition education component, and lack of a clear vision of Behavior Change Communication.

Management of the CSP has been weak in three important areas: budget management, information management and technical assistance.

- Budget management - Communication between IEF and CEPAC on planned expenditures was weak. Budget management for the overall CSP budget is centralized in IEF/HQ. IEF/Bolivia has very limited budgetary responsibility and information about the budget.
- Information management- The systematic collection and flow of information for monitoring project activities and decision-making is lacking.
- Technical assistance - In several critical areas, even though the need was identified, the TA was never completed.

Perhaps the biggest change promoted by the CSP has been a genuine transformation in attitude within the ANs of the MOH. During a FE workshop the ANs laughed at themselves, saying they initially thought IMCI entailed more work for them without any added value. Now they fully embrace IMCI (although some admitted to only using IMCI for sick children, not all children under 5), recognizing its overall value. Another major attitude change has been in the definition of supervision, not as a policing action, but as a supportive, teaching methodology. The perception of the role of the RPS in the health system has also changed dramatically. The ANs now know the RPSs in their area and regularly meet with them, involving them in a greater number of activities. Continued effort is required in all three of these areas, but substantial progress has been made in changing attitudes, a difficult challenge for any project.

The relation between IEF and CEPAC is generally good, but some problems exist due to lack of clarity as to partner's roles. There have been unclear expectations on both sides of the partnership, particularly in helping with fund raising and the sustainability plan. CEPAC staff feel that IEF has been instrumental in motivating them and MOH staff, resulting in some major attitudinal changes in staff. Partnerships are always difficult, requiring continuous efforts. While disruptions in staffing on both sides have caused some challenges, new individuals hired have brought together a more effective team, greatly strengthening the IEF-CEPAC relationship.

In the beginning of the project, not all of CEPAC's health strategies and methodologies were CS-oriented. Developing awareness for the need to make changes in the strategies was difficult at first. Tremendous progress has been made over the past two years, however, in terms of

CEPAC's strategic thinking. This progress has resulted in decisions by CEPAC not to invest in a financially unsustainable clinic, and to reorient mobile health team services from general services to targeted child health services. One of the real strengths of the CSP is CEPAC's ability to completely integrate CS activities into ongoing institutional strategies, such as festivals, radio programs, and MU activities.

The CSP is underutilizing the synergistic effect of coordinating with other organizations, i.e. Curamericas (who also receives USAID CSP funding and is located in an adjacent geographical area) and Plan International. Due to the geographic separation between Santa Cruz (IEF/CEPAC's office) and La Paz (site of most PVO/NGO offices and USAID), contact has been limited. Meetings were held with USAID/Bolivia in May 2002 and November 2002 to discuss an extension proposal, and in September 2003 to discuss a new proposal.

The relationship with municipalities and municipal health committees (COMUSA) require continuous care, as there are frequent changes in politicians every year. Another challenge CEPAC and other NGOs face are constant changes in Ministry of Health personnel, especially in election years. IEF/CEPAC staff have worked hard to meet with new people and debrief them on project activities. Efforts to continue constantly reorienting new personnel to the importance of health prioritization should continue.

Lessons Learned

1. The Mobile Unit strategy has been successful due to coordination and joint planning with the MOH and RPSs, a greater assumption of responsibility for community activities by ANs, increased visits to more isolated communities, available transportation, and a better trained, more integrated team utilizing IMCI.
2. IMCI is a very effective strategy for improving the diagnosis and treatment of illness in children under five but, as with all new methodologies, it requires a complete system of follow-up and support.
3. Effective nutrition education takes time, counseling skills, and clear, precise messages tailored to the caretaker's current practices and food availability.
4. QI is an effective way to improve relations with the MOH, involves them in the process of developing standards and indicators to measure progress.
5. QI identifies problems with inputs as well as with the process of implementation which assists in the search for feasible solutions.
6. The combination of continuous Quality Improvement coupled with Supportive Supervision was extremely effective in changing the attitude of the MOH staff toward quality of care, and in measurably improving services in MOH facilities.
7. The Cost Analysis study was an effective way to introduce a different point of view resulting in a marked improvement in the Mobile Unit strategy.

8. The solution to problems should come from the experiences and resources of the community.
9. The recognition of the RPS as a valuable resource greatly enhances the impact of health activities and aids in reaching MOH goals.
10. Community volunteers (RPSs) “belong” to the community, not to any organization or project.
11. All projects need a plan for motivating the volunteer, including joint supervision and monitoring of RPS activities by the MOH and the CSP. All agreements for motivating RPSs should be recorded in a written document.
12. RPS and MOH training should not only be on technical content, but should also develop the skills necessary to effectively work with groups and communicate for behavior change.
13. The transmission of messages is not sufficient to obtain a change in practices of a population.
14. Effective project programming and implementation can only be accomplished through continuous coordination and joint effort with the health network and municipalities. This coordination must be at all levels, and during all stages of planning, implementation, and evaluation.
15. The definition of sustainability should be broad enough to include sustainable human resources, management systems and community structures, in addition to cost recovery.
16. The presentation of a joint health activities budget elaborated by NGOs and the MOH for inclusion in municipal annual plans is the most effective strategy for sustainability.
17. Sustainability planning and an exit strategy should be in place from the beginning of a project, not added in at the end.
18. Project activities should not be dependent on the specific skills of one person, because when staff turnover occurs without a contingency plan, resources are not available to carry out planned activities. .
19. The geographic, climatic, and political reality of Bolivia should be taken into consideration in planning from the beginning, including the rainy season when roads are impassable, and the continuous rotation of MOH staff for political reasons, especially following an election..
20. It is impossible to divorce program management from budget management. The budget is a tool which should be used for continuous monitoring of project activities and for planning future activities.

Dissemination of Results/Lessons Learned

Within Bolivia

An official closing ceremony will be held during October, presenting the main accomplishments and lessons learned, (once the final report is available). This meeting will include all principal stakeholders, including IEF, CEPAC, other NGOs, and MOH and municipal authorities.

Discussions will also take place of project results with communities and municipal authorities during CAI-C, sector, and provincial CAIs.

Results and lessons learned from the CSP will be disseminated on CEPAC's website (www.cepacbolivia.org). Diffusion of information about the CSP through PROCOSI to all member organizations, and a copy of the FE report will be shared with USAID/Bolivia and other international PVOs. Finally, lessons learned will also be incorporated into the design and implementation of other CEPAC projects.

Outside Bolivia

Lessons learned from IEF's CSP in Bolivia will be used to strengthen IEF's new USAID centrally funded CSP XVII in Nsanje District, Malawi. Of particular interest for the Malawi project is the process of Quality Improvement that has had great success in Bolivia. How to incorporate a process for cost-effective analysis in the Malawi project will also be explored. In addition, developing a method for use in Nsanje District to disseminate information to communities, such as the Community Information Analysis Committee (CAIC), will be studied.

The CS program strengthens IEF's capacity as the program continuously develops innovative strategies, approaches, and tools. Lessons learned from the Santa Cruz CS project will not only be used by IEF in the development of new CS projects, but in other programmatic areas of strategic importance to the organization. When appropriate, IEF will transfer lessons learned and best practices to other projects in the prevention of avoidable blindness and sustainable eye care management.

IEF will highlight best practices learned in Bolivia in the IEF's 2003 annual report, the 2003 IEF Fact Sheet, and other publications. Information on lessons learned will also be added to the IEF website (www.iefusa.org). Additionally, lessons learned will be presented in future CS, vitamin A, health, and/or development-related meetings and conferences in which IEF programmatic staff participate.

E. Results Highlight – Continuous Quality Improvement in Ichilo Province

The process of continuous Quality Improvement (QI) had a very significant, positive impact on the IEF/CEPAC child survival project in Ichilo Province of Santa Cruz, Bolivia. The primary focus of QI in Ichilo Province was to improve the implementation of clinical IMCI, namely to ensure that services complied with national norms. In combination with supportive supervision, QI proved to be one of the most effective interventions of the project.

The first step in implementing QI was to first define and implement supportive supervision. MOH supervisors were trained on the concept of supportive supervision and how to effectively put it into practice. A schedule of regular monitoring with formal feedback was then established, and instruments such as checklists were developed to facilitate the practice.

Supportive supervision resulted in a major philosophical change that was very beneficial to the project. The concept of what constituted supervision changed from something that was threatening and negative, to something that was positive, and designed to benefit the health worker. Health workers reported that pessimistic feelings of dread regarding supervisory visits were replaced by expectations of positive collaboration. On the spot training, furthermore, demonstrated to health workers how their efforts could improve the quality of project indicators.

The second stage in the overall QI process, the implementation of the four-step QI methodology, focused on services rendered at hospitals, health centers and health posts. The four steps of the process are: (a.) to first identify the problem(s) preventing the achievement of desired results; (b.) to identify realistic and practical solutions to resolve the obstacles impeding progress; (c.) to develop an action plan that details the implementation of alternative solutions; and (d.) to conduct monthly meetings to continuously monitor the progress of indicators.

Health teams in each of the three areas of the Province – Yapacani, San Carlos and Buena Vista- were formed, involving all health personnel from each area, specifically doctors, nurses and auxiliary nurses. Each team had the responsibility to establish a schedule of monthly meetings to analyze QI standards. During the meetings, the group scrutinized any indicator that demonstrated a lack of improvement, identifying the cause(s) of a lack of improvement. With barrier(s) to improvement identified, the group then devised an alternative solution or intervention to improve the indicator. An action plan for the following month was then articulated, and implemented by all health personnel during the subsequent month.

The QI methodology required true teamwork, dictating a breakdown of the professional hierarchy that exists in the Bolivian health care system. This reinforced the idea that each person on the team was a valuable member, which thus improved interpersonal relations. Health personnel also became more proactive in their daily duties, as expectations of responsibilities were more straightforward, and individual self-confidence in personal abilities and skills increased. Health personnel were able to identify obstacles to achieving success and “take matters into their own hands” to make a positive difference.

The QI methodology method proved very beneficial to the success and sustainability of the project due to constant turnover of staff. New personnel were immediately oriented to the QI

methodology and were required to participate in the monthly meetings with the rest of their team. The MOH has adopted QI as a formal methodology to implement in Ichilo Province, guaranteeing that the process will continue after the project ends.

The implementation of continuous QI combined with Supportive Supervision had a powerful impact on the IEF/CEPAC CSP in Ichilo Province, Bolivia, as well as on the network of MOH health services in the Province. The combination of both methodologies will be replicated by CEPAC in other parts of Bolivia (funding permitting) as well as by IEF in other CSP and similar projects.

IV. Attachments

- A. Team members and their titles
- B. Assessment methodology
- C. Persons Interviewed and Contacted
- D. Results of the Evaluation
- E. Special Reports (KPC, HFA)

Attachment A

Team Members and their Titles

Evaluation Team Members

Name	Title	Organization
Femida Gutierrez	Supervisor Buena Vista	CEPAC
Rosmery Chavez	Technical Coordinator	IEF/Bolivia
Mari Luz Almendras	Supervisor of Area of BV	MOH
Ayde Meneses	Auxiliary Nurse	CEPAC
Hilaria Condori	RPS of Yapacani	Community
Manuel Illanes	Community Supervisor	CEPAC
Teresa Mendoza	CS Advisor	IEF/Bolivia
Jenny Vallejos	Supervisor of Area of SC	MOH
Andres Coro	Auxiliary Nurse	CEPAC
Crispin Condo	RPS of San Carlos	Community
Delia Llano	Supervisor San Carlos	CEPAC
Gwen Odonnell	CS and Vitamin A Coordinator	IEF/HQ
Claudia Ortis	Supervisor of Area of Yapacani	MOH
Elizabeth Pinto	Auxiliary Nurse	CEPAC
Remberto Salvatierra	RPS of Buena Vista	Community
Oswaldo Chávez	Health Coordinator	CEPAC
Elsa Díaz	Supervisor of Ichilo Network	MOH
Guadalia Alanes	Facilitador	CEPAC
Evangelina Muños	Mobile Unit	CEPAC
Renee Charleston	Team Leader	Consultant

Other Resource People Who Participated During the Workshops

Widen Abastoflor	Executive Director	CEPAC
Anibal Gonzales	Director of Ichilo Network	MOH
Abel Monasterio	Sara and Ichilo Coordinator	CTB
Franz Sanches	Representative of SEDES	MOH
Roberto Torres	Representative of SEDES	MOH
Walter Agreda	Representative	PROCOSI
Pablo Colque	Facilitador CAI - C	CEPAC
Edgar Mara�on	Doctor of Buena Vista Hospital	MOH
René Villena	Doctor Antofagasta Center	MOH
Vilma Angulo	Auxiliary Nurse – Santa F�	MOH
Mirtha Pantoja	Auxiliary Nurse – Buen Retiro	MOH
Luis Mamani	Auxiliary Nurse – Antofagasta	MOH
Amalia Tejer�an	Auxiliary Nurse – 2 de Agosto	MOH
Sabina Medina	Auxiliary Nurse – Enconada	MOH
Domingo Claudio	Auxiliary Nurse - Ayacucho	MOH
Mercedes Garcia	Auxiliary Nurse - San Juan	MOH
Cladis Sosa	Auxiliary Nurse - Campo Víbora	MOH
Primitivo Calderón	Auxiliary Nurse Nuevo Horizonte	MOH
Sonia Flores	Auxiliary Nurse - San Rafael	MOH
Balerio Santos	Auxiliary Nurse - Puerto Palos	MOH
Silvestre Sejas	Auxiliary Nurse - Puerto Grether	MOH
Filomena Martinez	Auxiliary Nurse- Moiler Cóndor	MOH
Feliciano	Auxiliary Nurse - San German	MOH
Armando Murillo	Director of Ichilo Hospital	MOH
Ormab Machaca	Doctor- Ichilo Hospital	MOH

Attachment B
Assessment methodology
PARTICIPATORY EVALUATION PROCESS

I. OBJECTIVES OF THE EVALUATION

The purpose of the Final Evaluation was to;

- (a) assess if the program met the stated goals and objectives
- (b) measure the effectiveness of the technical approach
- (c) develop lessons learned from the project
- (d) develop a strategy for use or communication of these lessons both within the organization and to partners.

The evaluation was carried out in accordance with USAID/DCHA/PVC PVO Child Survival Grants Program Final Evaluation (FE) guidelines and the evaluation report follows the suggested format.

II. COMPOSITION OF EVALUATION TEAM

The team was composed of representatives from CEPAC, IEF in Bolivia, IEF Headquarters, MOH, Ichilo Province communities, and an external evaluator who served as team leader. Additional resource people who participated in the Planning Workshop and Analysis Workshop included representatives from the Belgian Technical Cooperation, Departmental level of MOH, and PROCOSI, as well as additional CEPAC and Ichilo Network MOH staff.

The team leader was responsible for coordinating all evaluation activities, supervision of the team, meeting all specified objectives, collaborating with IEF, CEPAC, and MOH, and submitting a draft and a final report according to a defined timeline. Three team coordinators functioned as the coordinators of the teams for field data collection, including overall coordination and planning and logistical support of the team. The evaluation team was divided into three teams for field work, which completed the following activities.

Visits were made to 9 Communities

In group discussions in the communities:

96 women and 49 men (including 19 community leaders) participated

7 RPS were interviewed

Visits were made to 7 Health Centers and 1 Hospital

The teams observed three different educational activities:

1. An educational session by the Mobile Unit
2. A CAI-C for community analysis of information
3. An Integrated Child Development session

65 women and 45 men (including 6 community leaders) participated in these activities.

Team	Saturday 13	Monday 15	Tuesday 16
San Carlos Femida Gutierrez* Rosmery Chavez Mari Luz Almendras Ayde Meneses Remberto Salvatierra	Estación Buen Retiro♥ Mobile Unit and Education Session Health Center Antofagasta	2 de agosto Health Center 2 de agosto	La Enconada Health Center La Enconada
Buena Vista Manuel Illanes* Teresa Mendoza Yeni Vallejos Andres Coro Hilaila Condori	Espejitos Health Center Espejitos	Villa Amboro♥ CAI -C Health Center Huaytu	El Carmen Hospital in Buena Vista
Yapacani Delia Llano* Gwen Odonnell Claudia Ortis Elizabeth Pinto Crispin Condo	El Palmar Health Center El Palmar	Villa Imperial Health Center Nuevo Horizonte	Campo Vibora♥ Integrated Child Development Health Center Campo Vibora

* Team Coordinator

Floating Team©

Renee Charleston Oswaldo Chávez Elsa Díaz Guadalia Alanes Evangelina Muños	The floating team consisted of people who could not participate all 3 days, but wanted to participate in the FE (with the exception of the team leader who assisted all 3 days)
--	---

III. METHODOLOGY

Using both a participatory approach and participatory methodologies, a multi-disciplinary team of key project stakeholders examined the implementation of CS activities using a variety of qualitative methodologies. Field visits allowed project participants and community volunteers to provide their inputs and suggestions to the evaluation process. The evaluation focused on the impact of project strategies including; capacity building of the MOH and RPS, IEC, IMCI, QI, Supervision, coordination with municipalities and the MOH, and Mobile Units. The methodologies used to obtain information for the evaluation included:

Document Review

Key Informant Interviews with RPSs

Feedback to the community of selected results from the KPC followed by a group analysis with men's and women's groups

Group analysis of KPC results with Health personnel

Inventory of supplies/equipment in health centers

Observations, using quality checklists, of Community Analysis of Information (CAI), Education Session of Mobile Health Team, ICD session with mothers.

IV. EVALUATION PLAN

The evaluation was divided into four phases:

Phase I Planning

- Preplanning (Formation of team, logistics, document review, selection of communities)
- 2 day Planning Workshop (KPC and HFA analysis, methodologies, design of feedback instruments)

Phase II Data Collection

- Field Work visits
- Other interviews
- Document review

Phase III Data Analysis

- Summarize data
- Analysis of data by the evaluation team (2 day Analysis Workshop)

Phase IV Presentation

- Written report
- Formal presentation to stakeholders will be held after report is finalized.

The evaluation team was divided into 3 small groups to collect information from the field. Each team consisted of 5 people (1- IEF, 1-CEPAC, 1-CEPAC MU, 1-MOH, 1-RPS). Each team had 2 sub-groups, 3 people worked with women's groups and RPSs and 2 people worked with men's groups and Health Personnel. The teams were in the field for 3 days and visited 9 communities previously selected for visits. Eight health facilities were visited.

A two-day Planning Workshop will be held for all team members to review the results of the KPC and to develop methodologies for defining lessons learned through interactive field visits to communities and MOH health centers.

A two-day Analysis Workshop was held for all team members and other resource people to review the results of the field work and other information collected during the evaluation, and to formulate lessons learned during the four years of project implementation.

V. EVALUATION SCHEDULE

September 2003

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
				5 Preparation	6 Travel	7 Document Review
8 Evaluation Planning	9 KPC review Interviews	10 Workshop for Evaluation Team	11 Workshop for Evaluation Team	12 Preparation of evaluation tools	13 Community Visits	14 Review of Proposal
15 Community Visits	16 Community Visits	17 Preparation of information	18 Evaluation Workshop	19 Evaluation Workshop	20	21

Planning Workshop

10 de Septiembre

9:00-9:30	Bienvenida	Ing. Abastafior
	Presentación de participantes	Teresa
9:30-10:30	Presentación de Alcances del PSI- CEPAC/IEF Equipo	
	-KPC	
	-Diagnóstico de Instalaciones de Salud	
	-Fortalecimiento Institucional	
10:30-11:00	Refrigerio	
11:00-1:00	Continuación de la Presentación	
1:00-2:00	Almuerzo	
2:00-3:00	Evaluación Participativa	Renee
3:00 – 5:00	Trabajo de Grupos -Análisis de KPC	

11 de Septiembre

9:00-10:30	Plenaria	
10:30-11:00	Refrigerio	
11:00-11:30	Proceso de implementación de la Evaluación Final	Renee
11:30-12:30	Formación de equipos e Información Logística	
12:30-1:30	Almuerzo	
1:30-2:30	Trabajo de Grupos	
	1 Cuestionario de RPS	
	2 Presentación del Equipo	
2:30-3:00	Plenaria de la Presentación	
3:00-3:30	Refrigerio	
3:30-4:30	Trabajo de Grupos –	
	Metodología para retroalimentar la comunidad sobre el KPC	
4:30-5:00	Próximos Pasos	Renee

ANALYSIS WORKSHOP**18 de Septiembre, Jueves**

9:00 - 9:30	Experiencias en el campo
9:30 – 10:00	Caminata del Galería
10:00-11:00	Análisis de Respuestas
11:00-11:30	Refrigerio
11:30-1:00	Trabajo de Grupos-
	Análisis por Estrategia I
1:00-2:00	Almuerzo
2:00-3:30	Plenaria
3:30-5:00	Trabajo de Grupos- Análisis por Estrategia II

19 de Septiembre, Viernes

9:00-10:30	Plenaria- Estrategias II
10:30-11:00	Refrigerio
11:00-12:30	El Proyecto Perfecto
12:30-1:30	Almuerzo
1:30-2:30	Priorización de Lecciones
2:30 – 3:30	Rifa de Ideas Para Socializar las Lecciones Aprendidas
3:30-4:00	Lecciones Aprendidas Adicionales
	Cinco Estrellas
4:00-4:30	Evaluación del Proceso
	Clausura

Evaluation of the Process

Eighteen team members and resource persons completed an evaluation of the FE process, during the Analysis Workshop. The results from the questionnaires were:

- ◆ 9/18 (50%) of participants felt that the process used was very effective, and 9/18 (50)% that it was effective.
- ◆ Most participants felt that nothing was lacking from the process but two people mentioned the lack of adequate time to communicate with communities and team members about the planned activities.
- ◆ What people liked most about the evaluation were the visits to the communities, methodologies for feedback to the communities the results of the KPC, the participation of CEPAC, IEF and MOH personnel throughout the process, the methodology used, and the high level of participation. Other aspects people found positive were the methodologies of the gallery walk, group work, and analysis of priority strategies.
- ◆ Most people said there was nothing they disliked about the evaluation, but one point mentioned was the minimal participation of the MOH.
- ◆ 6/18 (33%) felt the content of the evaluation was very adequate for developing lessons learned, 12/18 (67%) said the content was adequate.
- ◆ Several people mentioned they liked the process because it allowed them to learn new evaluation techniques.

DOCUMENTS REVIEWED DURING THE FE

Capacity Building for Quality Child Survival Interventions: the CEPAC/IEF PROPOSAL, CS XIII Proposal, , IEF, December 1998.

Capacity Building for Quality Child Survival Interventions: the CEPAC/IEF PROPOSAL, Detailed Implementation Plan & First-Year Report, IEF and CEPAC, November 2000.

Desarrollo de Capacidades para Intervenciones de Calidad para la Supervivencia Infantil: Propuesta CEPAC & IEF, Detailed Implementation Plan & First-Year Report Spanish translation, IEF and CEPAC, November 2000 (completed 6/01).

CEPAC Strategic Plan (FY 2001-2006), CEPAC, Santa Cruz, Bolivia.

Health Facility Assessment, CEPAC/IEF/MOH of Ichilo, Final Evaluation, August 2003.

Manual Administrativo, CEPAC, 2003.

O'Donnell, G., *Nutritional and Health Behaviors Survey*, Ichilo Province, Santa Cruz, Bolivia, IEF, 6/01.

O'Donnell, G., J. Barrows, V. Sheffield, W. Abastaflor, M. Morales, N.W. Solomons, *Characteristics of Human Ecological Child Caring Practices and Nutritional Status of Under Fives-Year-Olds and their Mothers in a Lowland Bolivian Community*. IEF/CEPAC.

Propuesta de Evaluación de Desempeño, CEPAC, 2003.

Recursos Humanos, Politicas de Personal, CEPAC, 2003.

Resumen General Fondos de IEF Administrados por CEPAC al 31 de Agosto, 2003, CEPAC.

Supervision Capacitante, Resumen Proyecto de Supervivencia Infantil, IEF/CEPAC/Distrito de Ichilo, 2/03.

Third Year Annual Report, Child Survival Project, IEF/CEPAC, 2002.

Vargas, Nahir Burgos, *Desarrollo Integral Infantil DII*, IEF/CEPAC, 2003.

ATTACHMENT D

Persons Interviewed And Contacted

Teresa Mendoza, Project Advisor, IEF/Bolivia
Rosmary Chavez, Technical Coordinator, IEF/Bolivia
Gwen O'Donnell, CS and Vitamin A Coordinator, IEF/HQ
Ed Henderson, Administrator, IEF/HQ
Widen Abastoflor, Executive Director, CEPAC
Omar Miranda, Project Administrator, CEPAC
Ana Maria Vargas, Human Resources Manager, CEPAC
Dr. Oswaldo Chavez Co-Director of Health, CEPAC
Delia Llanos, Area Supervisor San Carlos, CEPAC
Femida Gutierrez, Area Supervisor Buena Vista, CEPAC
Pablo Colque, Community Supervisor, CEPAC
Manuel Illanes, Community Supervisor, CEPAC
Elsa Díaz, Supervisor of Ichilo Network, MOH
Andres Coro, Mobile Unit, CEPAC
Ayde Meneses, Mobile Unit, CEPAC
Evangolina Muños, Mobile Unit, CEPAC
Guadalia Alanes, Facilitator, CEPAC
Elizabeth Pinto, Mobile Unit, CEPAC
Brigette Herrera, Social Affairs Coordinator, Transredes
Walter Agreda, PROCOSI /CORE Group

ATTACHMENT E
Results of the Evaluation
GRUPO # 1 KPC ANALYSIS – PLANNING WORKSHOP

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL OBJETIVO?	SOSTENIBILIDAD
PAI % De niños de 12 a 23 meses con esquema completo.	- Personal de salud motivado. - Salida de equipo móviles a comunidades. - M.C.C. - Dotación de cadena de frío. - Participación activa en CAI de Red, área, sector y comunitaria. - Estrategias de I.E.C. - Supervisión Capacitante - Elogio y entrega de bolsitas plásticas. - Visitas domiciliarias y promoción por R.P.S.	- Población Flotante. - Falta de recursos humanos para realizar seguimiento. - Falta de visitas permanente por personal de salud. - Sub. Registro en el C.S.I	- Continuar con las mediciones de estándares - Insertar en POA mantenimiento y compra de combustible para equipos móviles. - Presupuesto en POA para compra de bolsitas. - Incentivo para personal de salud. - Presupuesto en POA para capacitación y seguimiento de R.P.S. - Interactuar con maestros
% De disponibilidad de vacunas en los servicios de salud en las 3 áreas	- Dotación de cadena de frío. - Capacitación en el manejo del SIAL	- Algunos sectores no cuenta con gas. - Falta del manejo del SIAL en algunos sectores. - Falta de seguimiento por el responsable de RED.	- Insertar en el POA compra de refrigeradores, kinseles y gas para algunos sectores. - Capacitar al equipo de Sup.

% de centro de salud que cuentan con registro de vacunación comunal	- Dotación y capacitación en el manejo de registro del PAI. - Supervisión capacitante. - Dotación de manual de normas del PAI	-	- Insertar presupuesto para la Sup. Capacitante en los POAs. Municipales
CCD % De niños de 6 a 23 meses que tienen C.S.I.	- MCC. Con mediciones de estándares. - Impresión de CSI por los municipios, instituciones y ONGs. - Dotación de bolsitas plásticas para CSI. - Estrategias de IEC	- Perdida y descuido de CSI por las madres y padres de familia	- Insertar en POAs impresión de CSI y compra de bolsitas. - Presupuesto para talleres de medición de calidad - Presupuesto en POA para estrategias de IEC
% De niños < 2 años que tienen CCD. Por lo menos cada 2 meses	- Salidas de equipos móviles a Comunidades - Estrategias de IEC - MCC. MED. EST. - Visitas domiciliarias permanente	- Factores climatológicos y geográficos	- Insertar en POA compra de medios de transporte. - Insertar en POA mantenimiento y combustibles para equipos móviles y otros medios de transporte

GRUPO # 2
NUTRICION

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL OBJETIVO?	SOSTENIBILIDAD
% de recién nacido que inician lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.	a) Capacitación sobre lactancia materna al personal de salud MS, CEPAC – RPS. b) Dotación de material educativo. c) Apoyo con E.M. a comunidades (lactancia materna) d) Sesiones educativas a las comunidades, a grupos de mujeres embarazadas. e) Orientación a embarazadas en CPN. f) Cambio de actitud (+) del personal de salud. g) Promoción de lactancia materna en los festivales de salud	a) Mujeres que no tienen sus partos en institución que no son atendido por P.S. b) Parto por cesárea. c) Personal nuevo no sensibilizado y no participado en capacitaciones anteriores d) Costumbres y practicas	a) Capacitación continua al personal de salud. b) Promoción de lactancia materna inmediata en el control prenatal. c) Promocionar al parto institucional. d) IEC continua a la comunidad (feria de salud, sesiones educativas) e) Continuar con sesiones educativas para grupos de mujeres embarazadas.
% de mujeres que continúan con la practica de lactancia materno de niños de 20 a 23 meses	a) Capacitación sobre lactancia materna al personal de salud MS, CEPAC – RPS. b) Dotación de material educativo. c) Apoyo con E.M. a comunidades (lactancia materna) d) Sesiones educativas a las comunidades, a grupos de mujeres embarazadas. e) Orientación a embarazadas en CPN.	a) Mujeres que no tienen sus partos en institución que no son atendido por P.S. b) Personal nuevo no sensibilizado y no participado en capacitaciones anteriores c) Costumbres y talvez alimentos disponibles d) Espacio intergenesico corto	a) Capacitación continua al personal de salud. b) IEC continua a la comunidad (feria de salud, sesiones educativas) c) Continuar con sesiones educativas para grupos de mujeres embarazadas. d) Orientación en anticoncepción posparto (PF)

	f) Promoción de lactancia materna en los festivales de salud.	e) Estética	e) Capacitación al personal nuevo
% de niños que iniciaron alimentación complementaria a los 6 meses de edad	a) Capacitación sobre lactancia materna al personal de salud MS, CEPAC – RPS. b) Dotación de material educativo. c) Apoyo con E.M. a comunidades (lactancia materna) d) Sesiones educativas a las comunidades, a grupos de mujeres embarazadas. e) Promoción de lactancia materna en los festivales de salud. f) Distribución de platos y orientación de Alimentación Complementaria	a) Niños al cuidados de otras personas (antes) madres descuidadas.	a) Capacitación continua al personal de salud. b) IEC continua a la comunidad (feria de salud, sesiones educativas) c) Orientación en anticoncepción posparto (PF) d) Reforzar actos de I.E.C. e) Sensibilización a las madres
% de niños de 6 a 23 meses que recibieron 2 tomas de Vitamina “A”	a) Dotación de Vitamina “A” b) Capacitación sobre Vitamina “A” al personal de M.S. CEPAC – RPS. c) Entrega de manual de Vitamina “A” d) Orientación a las madres. e) Mejoramiento de Reg. Vitamina “A” en S.S. y C.S.I. f) Dotación de frascos de Vitamina “A”	a) Falta de cápsula de Vitamina “A” de 100.000 U.I. b) Inicio tardío de administración de Vitamina “A” a niños y niñas	a) que no falten insumos de Vitamina “A” 100.000 – 200.000 U.I. b) Capacitación continua a P.S. c) IEC continuación. d) Capacitación al personal nuevo
% de niños de 6-23 m que consume frutas y verduras ricas en Vitamina “A” por lo	a) Educación alimentaría a las madres y comunidades (sesiones educativas, festivales, orientación individual durante el C.C.D.	a) Mejorar los hábitos de consumo lleva mucho tiempo. b) Familias dan prioridad a la	a) Capacitación continua a P.S. b) Capacitación al personal nuevo c) IEC continuación.

menos 2 veces en 24 horas		venta de sus productos ricos en Vitamina “A” c) Familias no dan importancia al consumo de estos alimentos. d) No conocen otras formas de prepararlos. e) Aumento de consumo de productos enlatados.	d) Reforzar IEC con las madres. e) Feria nutricional. f) Organizar y trabajar con líderes de mujeres de barrios y comunidades para que sean las facilitadores de las familias de nutrición
% de puérperas que recibieron Vitamina “A” dentro de un mes después del parto	a) Capacitación al personal de M.S, CEPAC mejoramiento de los registros de Vitamina “A” para puérperas en S.S. b) Taller mensual de M.C.C. y monitoreo mensual de indicadores de SI. c) Dotación de frascos de Vitamina “A”	a) Falta de orientación e información a las madres (limitada) b) Algunas mujeres con parto domiciliario que no van a su control puerperio	a) Que no falten insumos de Vitamina “A” 100.000 – 200.000 U.I. b) Capacitación continua a P.S. c) IEC Continua d) Capacitación al personal nuevo e) Monitorear indicadores mensualmente de lactancia materna Alimentación Complementaria. y Vitamina “A”

GRUPO # 3
EDA/IRA

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL OBJETIVO?	¿QUÉ HACER?
% De niños/as < de 2 años con EDA que recibieron igual o mas cantidad de comida. % de niños/as < de 2 años con EDA que recibieron igual o mas cantidad de líquido. % De madres que usan el TRO cuando su hijo presenta EDA.	- Iniciar e impulsar secciones educativas en la comunidad. - Promover la participación de la comunidad (festivales y ferias). - Ampliar las visitas del equipo móvil de manera regular y en toda la provincia. - Aplicación e implementación del AIEPI clínico o nivel de los S.S. ayuda a mejora la orientación. - Mejoro el compromiso del auxiliar con la comunidad (planificación conjunta). - Capacitación R.P.S.	- Constante cambio del personal de MSD. - Poco compromiso de los representantes municipales para la promoción de Salud.	- Gestionar que POA Municipal cumpla con sus compromisos de gestión. - Participar activamente en la elaboración del POA para incluir presupuesto para salud. - Buscar espacios de sensibilización en el municipio para presentar datos de Salud. - Capacitación continua a RPS.
% De madres que lleva a su hijo por diarrea a un Servicio de Salud. % De trabajadores de salud que manejan IRAS de acuerdo a normas y L.V. % De madres que acuden a un S.S. cuando su niño/a tienen señales de neumonía.	- La implementación del proceso de MCC. - Seguimiento a indicadores de MCC mensual. - Impulsar e implementar al supervisión capacitante mejoro y sensibilizo la actitud del personal. - Apoyo el mejoramiento del	- Personas nuevo con pocos conocimientos. - La comunidad tarde en acostumbrarse a un personal nuevo. - En alguno sectores la comunidad prefiere un personal de salud del lugar y que hable quechua.	- Introducir en el Plan Estratégica de Salud Municipio el CAIC. - Incluir en el POA el presupuesto necesario para el desarrollo de MCC- Festivales - Difundir y capacitación a un equipo de apoyo en el

	Tratamiento y diagnóstico adecuado según normas en EDAS – IRAS - Actualizaciones en temas específicos de acuerdo a necesidades identificadas en la supervisión - Se promueven en las comunidades las diversas atenciones que realizan en los C.S. y hospitales Sistematización de la metodologías del CAI – Sector y comunitario. Formación de equipos de capacitación en AIEPI Clínico	- Algunos S.S. (Farmacia-clínicas) promocionan medicamentos innecesarios para EDA – IRA - El personal de salud no explica el “porque” no es necesario utilizar algún medicamento	Municipio lo en todas metodologías MCC-Supervisión Capacitante, CAIC, Etc. - Delegar funciones
--	---	---	---

GRUPO # 4

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL OBJETIVO?	¿PARA LOGRAR?
% Comunidades con RPS	- EMs identificaron gente capaz de ser RPS y trabajaron con las comunidades y persona de salud para nombrar personas. - Proceso de promoción y orientación a comunidades del rol del RPS	- No hay seguimiento a los RPS. - No hay reconocimiento “todo el tiempo” - No todos de los hospitales cumplen con el tratamiento Gratis. - Que había una falsa sentida de pertenencia a la organización CEPAC. - No hay quien financie a los RPS, gestión de motivación	- Reconocimiento de RPS (Servicios de Salud, comunidades) - Que tiene seguimiento. - Que el POA incluye plata en su presupuesto para capacitar a los RPS y hacer seguimiento.
% De RPS capacitados en las 4 intervenciones del proyecto.	- Capacitaron a los RPS sobre señales de peligro. - Capacitación en las 4 intervenciones clave de supervivencia infantil.	- No se reconoce las informes de RPS el sistema SNIS no funciona al nivel RPS. - Falta de seguimiento a los RPS.	- Implementar seguimiento. - Mejorar el sistema de información. - Implementar vigilancia comunitaria.
% De capacidades incrementadas (Capacidad gerencial).	- Contrataron a un consultor. - Dio recursos para contratar personas permanentes y fortalecer las cosas administrativas. - Cualificaron a personas para que sean entrenadores de CEPAC y no solo técnicos. - Hizo necesario un plan	- Falta de un sistema de comunicación interna. - Falta de un directorio efectivo. - Falta de tecnología para un control interno. - No hay un socialización de información dentro de CEPAC y intercambio de	- Fortalecer la representatividad del directorio. - Hacer una consultaría con PROCOSI (u otras ONGs en Bolivia) para hacer la difusión de información dentro de CEPAC – buscar un mecanismo.

	estratégico. - Elaboración de POA en supervivencia Infantil. - Insertado en el POA general de CEPAC.	información experiencias (flujo de información no existe)	- Desarrollar un sistema de evaluación de desempeño
% De implementación del proceso de MCC.	- Implementación 3 etapas de MCC. - Transferir la metodología al personal de CEPAC.	- Falta de tiempo para hacer la 3 ^{era} . - Puede generar una demanda que seria difícil de satisfacer (eg. Org. Carnets).	- Hacer la 3 ^{era} etapa (servicio al cliente) - MCC crezca a ser un indicador transversal que toca todos los proyectos de CEPAC. - Presupuestar un monto de \$ para responder a la demanda (e.g. escritorios/muebles) que genera -
Habilidades desarrolladas por CEPAC a) Página Web. b) Propuesta presentada y aceptada. c) Desarrollo de una relación con sector privado	- Crearon página Web - Personas aprendieron diseñar una página Web. - Han escrito propuesta que fueron aceptadas (PIDI – Potosí) - Elaboración un convenio marco con TransRedes	- Falta de tiempo para actualizar información estudios, etc en páginas web. - Falta de tiempo elaborar propuestas. - Donantes frecuentemente quedan lejos y son difíciles acceder. - Disminución de recursos. - El sector privado no tiene la costumbre de ser responsable en términos sociales.	- Mejorar el sistema de registros y estudios. - Destinar tiempo para la elaboración y gestión de proyectos. - Unidad de proyectos crear una posición - Mejorar la difusión de información. - Hacer advocacia

**Field Work - RESULTADO DE ANÁLISIS KPC
EVALUACIÓN FINAL SUPERVIVENCIA INFANTIL**

PERSONAL DE SALUD

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL OBJETIVO?	SOSTENIBILIDAD
% De niños/as de 12 a 23 meses con esquema completo	- Capacitación continua al personal de salud - Seguimiento programado a todos los niños/as de la comunidad. - Coordinación entre organizaciones de apoyo a la provincia para mejorar las coberturas	- Inaccesibilidad geográfica (caminos, distancia, transporte). - Migraciones de las familias	- Buscar apoyo que garantice la permanencia de los E.M. en las comunidades. - Concienciar mas a las familias de las comunidades sobre salud. - Continuar con las sesiones educativas. - Continuar con los seguimientos programados a niños/as y madres
% De niños/as menores de 2 años que tienen CCD por lo menos cada dos meses	- Se facilito la organización y registro de los CSI. - Sesiones educativas dirigidas a las madres con temas específicos en Supervivencia infantil. - Visitas mensuales a las comunidades con el Equipo móvil	- Existen comunidades alejadas difíciles de llegar.	- Continuar con la orientación a las madres. - Que el proyecto continúe.
% de madres que acuden a un servicio de salud cuando su niño/a tiene señales de neumonía	- IEC en la comunidad con metodologías inovativas tales como. - o Festivales de salud. - o Ferias. - Actualización y capacitación en supervivencia infantil al personal de salud. - La implementación del proceso de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) nos ayuda mucho. - El AIEPI clínico nos permite hacer un	- Inaccesibilidad a las comunidades. - Factores culturales. - Algunas familias buscan primero ayuda de otras personas o se automedican antes de venir al servicio de Salud.	- Promocionar el SUMI a las comunidades. - Continuar con sesiones educativas dirigido a las madres. - Incluir gastos para salud en el POA del municipio

	buen Diagnostico		
% De trabajadores de salud que manejan IRAs de acuerdo a normas y listas de verificación	- Capacitación e implementación del AIEPI clínico. - La implementación del proceso de mejoramiento de la calidad (MCC) hizo que aplicaremos normas. - Supervisión continua al personal. - Pasantías del personal de los sectores en los hospitales	- Personal nuevo no capacitado. - Falta formularios de AIEPI.	- Continuar las capacitaciones para el personal nuevo. - Continuar con las mediciones de estándares de calidad. - Continuar con las supervisiones a los sectores.
% De niños/as de 6-23 que consumen frutas y verduras ricas en Vitamina "A" por lo menos 2 veces en 24 horas	- Orientación en la buena alimentación a las madres. - Realización en huertos familiares	- La producción de algunas frutas y verduras es por temporada. - Falta de conocimiento de las madres en la preparación de alimentos. - Por falta recursos económicos algunas familias venden lo que producen	- Continuar con las orientaciones sobre la importancia de una buena alimentación. - Enseñar prácticas nutricionales en las comunidades. - Capacitar al personal de salud en el manejo nutricional
% De madres que usando cuando su niño/a tiene diarrea	- Capacitación al personal en el manejo de las EDAs		- Continuar con las orientaciones sobre la importancia de líquidos en las EDAs. - Continuar realizando los seguimientos a las madres. - Mas capacitaciones a las madres en Vitamina "A"
% De niños/as de 6-23 meses que recibieron 2 toma de Vitamina "A"	- Mediciones de estándares de calidad. - Capacitación al personal en AIEPI clínico. - Concientización a la comunidad para que no use antibióticos en el tratamiento de EDAs solo un personal de salud		- Incentivar el uso de productos propios ricos en Vitamina "A" de la región (solo un personal de salud) - Coordinar y trabajar conjuntamente con los RPS y el comité de salud (solo un personal de salud)

**RESULTADO DE ANÁLISIS KPC
EVALUACIÓN FINAL SUPERVIVENCIA INFANTIL**

MUJERES

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL PROYECTO?	¿QUÉ PUEDEN HACER PARA ASEGURAR QUE EL LOGRO PERMANEZCA?
% De niños/as de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación	- Vistas domiciliarias mas permanentes con IEC a las familias y seguimiento a las vacunas. - Visitas programadas de atención integral a las comunidades por el personal de salud. - Ferias de salud y sesiones educativas. - Implementación de cadena de frío. - Disponibilidad de vacunas.	- Falta de información a las familias obre las reacciones de las vacunas. - Desinterés de las familias por la salud de sus niños. - Falta de comunicación de actividades de salud entre el personal de salud y comunidad. - Desconfianza de las familias por incumplimiento a prog por factores climatológicos	- Incluir en los POAs municipales presupuesto para realizar festivales de salud. - Continuar con capacitaciones, educación y visitas domiciliarias en las comunidades. - Solicitar al Municipio mantenimiento y combustibles para medios de transporte. - Mejorar la coordinación entre Aux-RPS y comunidad.
% De niños/as menores de 2 años, que tienen CCD por lo menos cada 2 meses en los últimos 4 meses.	- Visitas comunitaria programadas de atención integral por el equipo de salud. - Las instituciones y ONGs trabajan en coordinación con el personal de salud. - Mejora las conocimientos y actitud de las familias por las actividades de IEC del personal de salud y RPS	- Algunas familias no acuden al servicio de salud por problemas del idioma. - Poco interés de algunas madres para CCD. - No valoran el trabajo voluntario del RPS	- Concienciar en pareja para dar mas importancia a la salud de nuestro hijos. - Actualizar censo y croquis de familias nuevas que llegan. - Continuar con eventos educativos comunitarios. - Emitir programas educativos por radio.
% De niños/as de 12 a 23 meses que recibieron 2 tomas de Vitamina, verificadas en el CSI	- Disponibilidad de vitamina "A en el servicio de salud. - Personal de salud y RPS explican sobre la importancia de vitamina "A" en reuniones comunales y grupos organizados. - Ferias de salud.	- Falta Información sobre la vitamina "A" en algunas familias por no asistir a los eventos educativos. - Existen algunas comunidades que el personal de salud no visita regularmente. - Algunas comunidades no confían en el RPS	- La comunicación de las actividades del equipo salud sean oportunas, en coordinación con el RPS. - Continuar CON eventos educativos y entrega de follertos.
% De niños/as de 6	- Mejora los conocimientos actitudes y	- Desconocimiento de algunas	- Hacer prácticas de preparación de

a 23 meses que consumen frutas y verduras ricas en Vitamina "A" por lo menos 2 veces en 24 horas.	practicar de las familias, por información y capacitación permanente sobre la alimentación equilibrada. - Producción de hortalizas y verduras para el consumo familiar. - Análisis de problemas de salud en CAI – Comunitario	familias sobre el valor nutritivo de las verduras y frutas. - Algunas familias no ponen en práctica los conocimientos adquiridos. - Muchas plagas, enfermedades no permiten producir adecuadamente nuestras verduras.	alimentos. - Continuar con eventos de capacitación en producción preparación y consumo de alimentos ricos en Vitamina "A". - Mejoramiento en la planificación de parcelas.
% De madres que usan TRO cuando sus hijos/as tienen diarrea.	- Mejora los conocimientos, actitudes y practicas de las familias por información, orientación del RPS y puesto de salud. - Talleres de capacitación sobre la importancia de TRO. - Disponibilidad de SRO en los servicios de salud.	- Desconocimiento de las familias sobre la gravedad de la enfermedad	- Continuar en eventos de capacitación sobre Identificación de signos de peligro. - Mejorar las prácticas de higiene de la familia y comunitario. - Continuar visitas domiciliarias por RPS.
% De madres que buscan ayuda de un proveedor calificado (ss) cuando su niño/a tiene señales de neumonía	- Mejorar los CAP de las familias sobre la neumonía y señales de peligro. - Atención gratuita pro el SUMI. - Apoyo permanente de las instituciones y RPS. - Ferias de salud	- Falta de conocimiento de algunas madres para reconocer signos de peligro de la neumonía. - Poca participación en algunas comunidades de madres por problemas del idioma y baja escolaridad.	- Continuar con eventos educativos en escuelas, colegios y comunidades. - Sesiones educativos con dibujos y proyección de videos educativos.
% De mujeres que continúan con la práctica de lactancia materna de niños de 20 a 23 meses	- Mejora los conocimientos y practicas de las madres sobre lactancia materna prolongada. - Orientación en consulta, talleres y visita domiciliar por el personal de salud.	- Hay madres que se enferman y despechan a los niños antes de los 2 años. - Y por motivo de trabajo y viaje	- Continuar con eventos de capacitación, en idioma adecuado, sencillo a la comunidad. - Continuar las ferias de salud.

**RESULTADO DE ANÁLISIS KPC
EVALUACIÓN FINAL SUPER VIVENCIA INFANTIL**

HOMBRES

INDICADORES	¿QUÉ HIZO EL PROYECTO PARA LOGRAR EL OBJETIVO?	¿CUÁLES SON LAS BARRERAS DE CUMPLIR EL PROYECTO?	¿QUÉ PUEDEN HACER PARA ASEGURAR QUE EL LOGRO PERMANEZCA?
% De niños/as de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación	- Visitas del EM y personal de salud de SS a las comunidades. - Orientación y concientización a las madres. - Formación y capacitación de RPS - RPS aplican estos conocimientos en su comunidad. - Visitas domiciliarias y mejor seguimiento a familias. - Disponibilidad permanente de vacunas. - Dotación de heladeras y garrafas. - Reuniones con la comunidad para transmitir la importancia de las vacunas - Festivales de Salud fotos dibujos. - Auxiliares y comité de salud explican a la comunidad en CAIC (ellos participación en le CAI-S y CAI de AREA. - Madres llevan a S.S. a sus hijos/as.	- Distancias, mal estado de caminos, cruce de ríos. - Factores climatológicas (lluvias) - Efectos de las vacunas (fiebre) que impiden que las madres lleven a sus hijos a Servicio de Salud - Falta de transporte de Auxiliar (si no fuera EM no llegaría a comunidad) - Descuido de algunas madres. - Algunos padres y madres no participan de las reuniones y no están informados (solo se preocupan por sus trabajos). - A veces el P.S está cerrado cuando van las madres. - Factor económico (transporte) para que las madres vayan al S.S.	- Concienciar continuamente a la comunidad para que no se olvide y aplique lo que aprende. - Visitas a comunidades por EM y P. Salud, cumpliendo con la programación. - Aux de Enf. Deben respetar la cultura de la gente. - Personal de salud debe ser participativo, amable y no hablar con la palabras fuertes ni en chiste. - Seguir capacitando al personal de salud. - Mejor organización de la comunidad. - Comité de salud activo. - Pedir otros proyectos. - Canalizar proyectos mediante el municipio.

	- Promoción del S.S. y mejor atención		
% De niños/as menores de 2 años, que tienen CCD por lo menos cada 2 meses en los últimos 4 meses.	- Orientación sobre la importancia del C.C.D. - Concientización de las madres para cumplir con el CCD de sus hijos. - Visitas a comunidades pro EM y Aux-Sector. - Visitas domiciliarias y mejor seguimiento. - Personal de salud y ministerio de salud y CEPAC mas preocupados por la salud de los niños para que no se mueran. - Apoyo de CEPAC y CTB para que haya proyectos que beneficien a la comunidad	- Inaccesibilidad a comunidades. - Factor climatológico. - Algunas madres no dan importancia al CCD. - Factor económico para el transporte	- Seguir orientado a capacitado a madres y padres del CCD. - Programación de Aux y RPS para las visitas a comunidades.
% De niños/as de 12 a 23 meses que recibieron 2 tomas de Vitamina, verificadas en el CSI	- Capacitación y orientación sobre la importancia de la Vitamina "A" - Dotación de Vitamina "A". - Capacitación al personal de salud. - Visita permanente por EM	- Falta de conocimiento de algunas madres. - Distancia de las comunidades al sector.	- Que la comunidad se organice para pedir apoyo del municipio. - Seguir visitando a comunidades. - Capacitación y orientación a las comunidades.
% De niños/as de 6 a 23 meses que consumen frutas y verduras ricas en Vitamina "A" por lo menos 2 veces en 24 horas.	- Capacitación al personal de salud. - Orientación a las madres apoyo con prácticas nutricionales. - Apoyo de EM en las salidas comunitarias	- Falta de conocimiento de algunas madres. - Madres no practican lo que han aprendido. - Problema económico. - Distancia de los lugares donde venden estos	- Orientación y capacitación a los padres y madres. - Incentivar buenas prácticas nutricionales. - Promocionar cultivos de alimentos ricos en Vitamina "A". - Seguir capacitando a otros RPS.

		alimentos. - Familias no cultivan estos alimentos.	- Visitar domiciliarias para verificar prácticas nutricionales. - Pedir al municipio otros proyectos. - Hacer ferias semanales de alimentos en las comunidades
% De madres que usan TRO cuando sus hijos/as tienen diarrea.	- Orientación a los padres y madres sobre TRO. - Difusión de TRO en reuniones comunales (Festivales de salud) - Apoyo de EM para salir a comunidades. - Capacitación de RPS. - Visitas y seguimiento de RPS	- Algunas madres no han recibido orientación. - Madres que saben el TRO no lo practican. - Descuido de las madres	- Seguir capacitando al personal de salud y RPS. - Seguir orientando a padres y madres (no cansarse de enseñar). - Hacer que cumpla estas prácticas. - Animar a la gente que participe de las secciones educativas.
% De madres que buscan ayuda de un proveedor calificado (ss) cuando su niño/a tiene señales de neumonía	- Orientación a los padres y madres sobre señales peligros de neumonía. - Medicamentos gratuitos. - Apoyo de EM y visitas comunitarias. - Seguimiento de personal de salud y RPS	- Algunas padres y madres no participan de secciones educativos. - Descuido de algunas madres. - Algunas madres no se ponen de acuerdo con su marido para buscar ayuda. - Distancia y mal tiempo. - Creencias y tratamientos caseros. - Factor económico para el transporte	- Capacitación al personal de salud y RPS para que den mensajes claros. - Educar a los estudiantes en los colegios. - Seguir orientado a madres y padres. - Atacar creencias equivocadas. - Mejorar caminos. - Seguir haciendo ferias de salud y visitas domiciliarias.
% De mujeres que continúan con la práctica de lactancia materna de niños de 20 a 23 meses	- Las madres reconocen la importancia de la lactancia prolongada. - Talleres comunales y secciones educativas sobre lactancia maternas. - Distribución de calendario.	- Por costumbre de las familias. - Por motivo de trabajo y viajes. - Falta conocimiento de algunas madres. - Las madres no se alimentan bien por eso despechan muy rápido.	- Promociona mediante ferias de salud y ferias nutricionales. - Seguir capacitando al personal de salud. - Dar orientación sobre lactancia materna en reuniones. - Seguir con visita domiciliarias. - Que las madres tengan mas intereses y voluntad de aprender

Observaciones de Actividades Educativas

En lo general los equipos calificaron las actividades educativas con un puntaje alto, cumplieron con los pasos necesarios para hacer una presentación de buena calidad. Para cada actividad hay algunas sugerencias como se puede mejorar en el futuro.

Equipo Móvil

Falto suficiente cantidad de sillas para todos los participantes

Seria mejor tener 3 copias del juego para tener grupos mas pequeños

No basó la presentación sobre los conocimientos previos de los participantes ni involucró a las madres preguntando del estado actual de sus hijos, hay que personalizar los mensajes

El lenguaje debe ser mas sencillo

CAI-C

Demoró demasiado la actividad

Hay que enfocar el menos problemas, pero un análisis mas profundo

La participación de la gente puede mejorar

Hay que mejorar la habilidad de sintetizar las ideas presentadas y capturar mejor todos los comentarios

Hay que buscar maneras de aumentar la creatividad dentro de la comunidad de buscar soluciones, no crear una dependencia a las organizaciones

EME

Demoró demasiado la actividad

Demasiada gente para este tipo de evento

Hay que adecuar las actividades a nivel de escolaridad de las mamás

La mamás deben participar mas activamente con sus niños

Analysis Workshop

Caminata de la Galería

1. ¿Cuales son las estrategias del proyectos que se mencionan con mas frecuencia?

Capacitación del Personal de Salud y RPS
Sesiones Educativas a la comunidad
Equipo Móvil
Festivales/Ferias
Mejor calidad de atención en servicios de salud
CAI- Comunitario
Visitas Domiciliarias
Entrega de Insumos
Supervisión
Mejor coordinación inter-institucional
Mejor seguimiento de los niños
Mejor uso de los registros

2. ¿Existen coincidencias en las ideas entre la comunidad, el Personal de Salud, y el Equipo de Evaluación?

Inserción de actividades en salud en POA Municipal
Gestionar otro proyecto
Continúen sesiones educativas
Barreras ej: vías inaccesibles
Mejorar la organización comunal y coordinación con servicios de salud

3. ¿Reconocen las comunidades el trabajo que hizo el proyecto?

Si, y están asumiendo mas su responsabilidad para la salud

4. ¿Existe demanda de parte de la comunidad para que las actividades del proyecto continúen? ¿Qué está ofreciendo la comunidad para ayudar?

Si, existe demanda.

Las comunidades ofrecen:

Insertar actividades de salud en POA

Organizarse mejor

Comprometerse de mejorar la participación

Cumplir con practicas mejoradas

Producción agrícola local

5. ¿Que actividades podemos esperar que sean sostenibles?

Equipo Móvil

Capacitación para Hombres y Mujeres

Capacitación Personal de Salud y RPS

Ferias

CAI Comunitario

Mejoramiento Continua de la Calidad

6. ¿Que acciones son mas realistas para asegurar la sostenibilidad?

Gestionar municipios

Incluir en POA gastos de salud

Elaborar propuestas para presentar a otras organizaciones

Involucrar el sector educativo

Involucrar líderes comunales

Promocionar los servicios de salud

Fomentar el compromiso del Personal de Salud

Fortalecer vinculo Comunidad-RPS-Personal de Salud

Capacitación continua al Personal de Salud y RPS

Mejorar la gerencia de los servicios de salud

Actividades IEC con comunidades

**EVALUACION FINAL-PROYECTO SUPERVIVENCIA INFANTIL
CEPAC/IEF/MSD**

Inventario de Materiales y Equipo

6 Puestos de Salud 2 Centros de Salud 1 Hospital = 9

Item	Si	No	Comentarios
Tallimetro	89%	11%	
Balanza Salter	78%	22%	
Sulfato Ferroso en tabletas	89%	11%	
Sulfato Ferroso en frasco	89%	11%	
SRO	100%	0	
Carnet de Salud Infantil	100%	0	
Formularios de AIEPI	89%	11%	
Monitoreo de MCC	78%	22%	
Heladera y/o congelador exclusivo para vacunas	67%	33%	Usa para guardar muestras, 1 no funciona por falta de gas
Termómetro	100%	0	
Hoja de Temperatura actualizado	78%	22%	
Garrafa de gas en reserva	66%	33%	6 con electricidad, 1-no justifica tener porque hay pocos niños
Jeringas	100%	0	
BCG	67%	33%	
Pentavalente	100%	0	
Polio	100%	0	
SRP	100%	0	
Gráfico de coberturas actualizado	33%	67%	
Cotrimoxazol	100%	0	
Paracetamol	100%	0	
Registro de Referencia/Contra-ref	100%	0	
Material Educativo de: AIEPI			
EDA/IRA	89%	11%	Se prestan a los sectores y se pierdan
PAI	100%		
Otros: Lactancia Materna	67%		
Salud reprod, Control Prenatal	33%		

CONSOLIDADADO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS AL RPS

Evaluacion Final

Proyecto Supervivencia Infantil -CEPAC/IEF/MSD

Numero Total de Comunidades = 7

1. ¿Hace cuánto es Ud. RPS?

- 1-2 anos: 1 RPS
- 3-4 anos: 1 RPS
- Mas de 4 anos: 5 RPS

2. Cuantas horas promedias dedica a su trabajo como RPS en una semana?

- < 5 horas: 2 RPS
- 5-10 horas: 1 RPS
- 11-20 horas: 1 RPS
- 21-30 horas: 3 RPS

3. ¿Con cuantas familias trabaja Ud. en su comunidad?

- El minimo = 10 familias
- El maximo = 200 familias
- El promedio = 105 familias

4. ¿Ha recibido capacitación en este último año (agosto 2002- agosto 2003)?

7 RPS (todos) dijeron que "sí".

¿En que?

- 6 en AIEPI
- 5 en EDA y IRA
- 4 en PAI
- 3 en Nutricion
- Otros: Medicamentos esenciales, primeros auxilios, lactancia materna, violance
intrafamiliar, planificacion familiar, tuberculosis

5. ¿Cuáles cree han sido los logros del proyecto de atencion al menor de 5 años más importantes hasta ahora en su comunidad?

- Charlas educativas a las comunidades
- Seguimiento programado a niños menores de 5 anos
- Mejorado CCD y nutricion de los niños
- Visitas de los EM a las comunidades

6. Que actividades realiza usted como RPS?

- Visitas domiciliarias
- Charlas educatativas
- Apoyar al personal de salud en hacer campanas de vacunacion

- [1 RPS dijo: Referir casos a centro de salud]

7. ¿Cuales han sido sus ultimas actividades de IEC?

- Participacion en CAIC
- Informacion, educacion, comunicacion in lactancia materna y planificacion familiar

8. ¿Que tipo de informes hace?

- 1 RPS contesto que no hace informes
- 6 RPS contestaron que hacen informes
- Registro unico del RPS

¿A quien los entrega?

- Todos entregan al Auxiliar del Sector

9. ¿Tiene información sobre la salud de su comunidad que comparten con las familias de la comunidad? (CAIC Revísalo)

- Si todos tienen informacion y lo comparte en el CAIC comunitario.

10. ¿Que ha hecho la comunidad en base a esta información del CAIC?

Las respuestas son totalmente diversas; no hay similitud entre ellas. Sin embargo, las comunidades identificaron las siguientes necesidades:

- capacitacion en diferentes temas
- creacion de huertos
- implementacion de sodis
- cuidado de letrinas
- apoyo del municipio para el Sector
- realizacion de ferias de salud

11. ¿Tiene croquis de la comunidad?

Los 7 RPS (todos) contestaron que “si” tenían un croquis para su comunidad. Sin embargo de dos RPS, el croquis lo tiene otra persona y esta en otro lugar fuera de la comunidad.

Como utiliza el croquis en su trabajo? (*Revísalo*)

- Para las campanas de vacunacion
- Para hacer seguimiento en visitas domiciliarias
- [1 RPS contesto para identificar mujeres embarazadas.]

12. ¿Que tipo de apoyo recibe ud. cuando lo visita el personal de Salud o de CEPAC?

- Capacitacion y aclaracion de dudas
- Mejorar el manejo de registros
- [1 RPS contesto que le motiva.]

13. ¿Cada cuanto tiempo recibe este tipo de visitas?

- Cada mes (la mayoría contesto)

- [1 RPS contesto que le visitan solamente cuando tienen que programar una actividad educativa.]

14. ¿En su opinión, el equipo móvil ha podido cambiar practicas de salud en su comunidad?

Los 7 RPS contestaro que “si.”

¿Puede dar un ejemplo?

Los ejemplos son diversos, por ejemplo:

- las madres traen ahora a sus ninos a la vacuna, CCD y la vitamina A
- mejoraron las practicas de higiene
- ahora la mayoria de las madres dan lactancia exclusiva
- mejoraron las practicas alimentarias
- utilizan planifacion familiar
- practican el sodis

15. ¿Ud. Realiza visitas domiciliaries en su comunidad?

Los 7 RPS si realizan

¿Que hace usted cuando realiza una visita domiciliaria?

- Dan una charla educativa de acuerdo a la necesidad
- Promocionan las atenciones del puesto de salud y del hospital
- Identificacion ninos enfermos
- [1 RPS contesto que orienta sobre la alimentacion en el embarazo.]

16. ¿Que actividades hacen con la enfermera auxiliar en el Centro de Salud?

- Coordinacion para actividades en las comunidades, como por ejemplo CAI del Sector & comunitario, campanas de vacunacion, visita de los EM, festivales de salud, etc.
- [1 RPS contesto: “Analiza las enfermedades mas frecuentes de la comunidad y elabora un plan de accion.”]

17. ¿Sabe cuantos niños están con desnutrición en su comunidad?

El minimo: 1 nino

El maximo: 25 ninos

El promedio: 13 ninos

18. ¿Qué le aconsejaría a la madre si el niño no está creciendo bien?

- Orientacion sobre las buenas practicas alimentarios, por ejemplo: alimentos ricos en VA y hierro, y la alimentacion variada
- Que lo lleve al puesto de salud para su control de CCD
- Que mejore la higiene del nino

19. ¿Qué entiende Ud. por la lactancia materna exclusiva?

- Que le da solamente lactancia materna hasta los 6 meses
Cuales son los señales de peligro cuando un niño esta con neumonía?

- Respiracion rapida
- Dificultades en respirar
- Estridor, tiraje intercostal
- Fiebre

20. Cuales son los señales de peligro cuando un niño esta con diarrea severa?

- Deshidratacion (pliegue positivo, labios secos, mucha sed, ojos hundidos, llora sin lagrimas)
- fiebre
- vomita todo
- no puede comer ni chupar
- pierde peso
- [1 RPS contesto heses con sangre.]

21. Uno de los problemas con actividades de salud es que después de algún tiempo, los voluntarios dejan de trabajar. ¿Qué piensa que es la causa de esta situación?

- Falta de apoyo del hospital del area
- Falta de apoyo de la comunidad
- Tienen que trabajar para mantener sus familias
- ¿Cómo se puede evitar el abandono de RPSs?
- Que la comunidad reconozca el trabajo del RPS, por ejemplo por proveer incentivos economicos (e.g. devolucion de los pasajes)

Inventario de Materiales y Equipo

Item	Si	No	Comentarios*
SRO	4	3	- Solo tiene en el servicio de salud - Nunca tuvo
Registros	6	1	- El registro antiguo, tiene unas 2-4 hojas
Paracetamol	5	2	
Material Educativa: Anota los temas	4	3	- Alimentacion complementario - Planificacion familiar - Alimentacion a la embarazada - Rotafolios de la embarazada - Laminas de lactancia materna - IRA, EDAs TB, PF, PAI - Libros guia - No tengo ningun tipo de material; todos estan en el centro de salud

*Comentarios individuales hechos por los RPS

Analysis Grupal de las Estrategias Principales del Proyecto

1. Estrategia: Fortalecimiento a la Red de Servicios

1. CAI COMUNITARIO:

PASOS PRINCIPALES:

- Coordinación con la Comunidad – Dirigentes.
- Preparación del CAI-C con el RPS-Aux líderes comunitarios (Croquis – material) recolección información.
- preparación de indicadores
- ejecución del CAI-C
 - Preparación indicadores
 - Análisis causal
 - Priorización propuestas
 - Elaboración de plan de acción
- Seguimiento a la implantación del plan de acción

ERRORES:

- No hacer seguimiento al plan de acción y apoyo.
- Algunas veces el Auxiliar no participa.
- La gente que no vive en la comunidad no colabora y apresura la relación del CAI-C.
- No haber hecho funcionar el sistema de información comunitario.
- No rescatar las experiencias positivas de las familias para la solución de problemas.
- Creer que los RPS lo iban desarrollar el CAI-C solos

Lecciones aprendidas:

- El desarrollo del CAIC debe ser visto como un proceso, esto permitira que el RPS asuma esta actividad
- Hacer funcionar el flujo de informacion comunidad – servicios de salud
- No realizar un 2nd CAIC en una comunidad mientras no se implemente el plan de acción, para ello debe realizarse el seguimiento adecuado y oportuno al plan de acción
- La solución de los problemas pueden ser en salud rescatadas de las experiencias de las comunidades
- La capacitación del RPS no solo debe ser en contenidos sino debe permitir desarrollar habilidades de manejo de grupo
- La metodología permite analizar otros temas que no sean de salud.
- Planificación los CAI-C en los CAI de Area.

2. APOYO A LOS RPS:

PASOS PRINCIPALES:

- Identificación de los RPS.
 - Lista – nomina
 - Comunidades con RPS (Activos)
- Definición del rol del RPS.
- Elaboración y ejecución del plan de capacitación del POA el RPS.
- Apoyo en la organización del RPS.
 - Municipal.
 - Departamental.
- Dotación de material e insumos.
- Equipos de capacitación de RPS.

ERRORES:

- No hacer seguimiento a las actividades del RPS.
- Falta de información de RPS (fólder de datos individuales).

Lecciones aprendidas:

- debemos implementar juntamente con la Red de Ichilo un sistema de seguimiento y monitoreo de actividades de RPS
- los RPS pertenecen a la comunidad no a las organizaciones ni proyectos
- se debe contar con un plan de motivación
- debemos fortalecer la relación RPS – Servicio de Salud

3. COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS:

PASOS PRINCIPALES:

- Información y sensibilización del personal de salud y CEPAC sobre el rol del municipio en relación a la salud de la comunidad.
- Gestión para incluir en el POA Municipal las actividades de salud, con sus respectivos presupuestos.
- Seguimiento en la ejecución del POA.
- Participación en los “COMUSAS” (MADIDI)
- Realización del CAI Municipal.
- Firma de convenio (SEDES-HAM-CEPAC)

ERRORES

- No se informó a los Municipios desde el inicio del proyecto, ni a los Gobiernos Municipales de turno.
- No se retroalimentó adecuadamente a los Municipios sobre el avance del proyecto S.I.

Lecciones aprendidas:

- Se debe informar a los municipios desde el inicio del proyecto y mantener informados durante toda la ejecución del mismo
- A cada cambio del gobierno municipal se debe repetir este proceso
- Se debe elaborar un presupuesto de salud conjunto para presentar al municipio
- Negociar el presupuesto en bloque (ONGs- MSD- Comunidades)
- Se debe tener un “PES” en cada municipio)

4. FORTALECIMIENTO DE LA RED SALUD

PASO PRINCIPALES

- Coordinación interinstitucional
- Incorporar al personal de salud en las actividades.
- Incluir el PSI en el PES de la provincia Ichilo.
- Trabajo coordinado y en equipo entre el personal de salud de CEPAC de la red Ichilo y de IEF.
- Dotación de materiales e insumos.
- Planificación, ejecución y evaluaciones conjuntas de actividades de S.I. de manera activa y participativa.
- Apoyo técnico con personal de IEF.
- Transferencias de método logias a la red.
- Equipo móviles operan desde las cabeceras de áreas.
-

ERRORES

- Al inicio CEPAC trabajo de manera separada, sin incluir personal del M.S.
- Al inicio los equipos móviles operaban desde la institución, sin tener presencia en las cabeceras de área de salud.
- Al inicio los cronograma de visitas a comunidades eran definidos por CEPAC sin coordinar con las cabeceras de área.

Lecciones aprendidas:

- Si se quiere fortalecer a una red de salud, se debe coordinar y trabajar de manera conjunta desde el inicio
- Se debe incorporar al personal de la red a las capacitaciones del proyecto, no solo capacitar al personal de la ONG
- Si se quiere lograr mas impacto se debe potenciar el trabajo de salud del personal de los sectores y de los otros niveles de la red
- Reconocer al RPS como un recurso valioso para el logro de los objetivos de la red de salud

5. AIEPI CLÍNICO

PASOS PRINCIPALES:

- Capacitación al personal de salud
- Implementación de MCC
- Implementación de formularios de AIEPI y las boletas de referencia

- Implementación 1,2,3
 - (1) Diagnostico de las enfermedades prevalentes en niños <5 años
 - (2) Realizar una atención integral
 - (3) Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en niños <5 años
- Pasantías en los hospitales para reforzar la capacitación que han recibido
- Contamos con un grupo de facilitadores reforzamiento en AIEPI.

ERRORES:

- no se realizó seguimiento al personal de salud capacitado en la aplicación de AIEPI
- no se explicó suficientemente a la madre la aplicación de AIEPI
- falta de devolución de la contra referencia

Lecciones aprendidas:

- Coordinar con las 4 Áreas en la aplicación de AIEPI a niños sanos y enfermos
- Mejoramiento en la atención del <5 años en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
- Para solicitar insumos (formularios) se debe tomar población meta
- Toda metodología nueva debe contar con buen seguimiento

6. EQUIPO MOVIL:

PASOS PRINCIPALES:

- A través de un diagnóstico, capacitación al personal de salud de CEPAC
- Coordinación con la red de áreas, Municipios y sectores
- Dotación de movilidades por IEF
- Se cuenta con personal multidisciplinario

ERRORES:

- Al inicio se había trabajado solo con sectores
- Poca coordinación con algunas áreas
- El personal de MS lo tomaban como particular; como otro o fuera de los servicios de la provincia
- Al inicio los equipos móviles operaban desde la institución, sin tener presencia en las cabeceras de área de salud
- Los cronogramas de visitas a comunidades eran definidos por CEPAC sin coordinar con las cabeceras de área

Lecciones aprendidas:

- Las estrategias del equipo han sido efectivas a través de:
 - visitas a más comunidades lejanas
 - coordinación y programación con las áreas y RPS
 - cuenta con una ambulancia disponible
 - capacitación integral para el personal de salud y no así solo por programas
- El estudio de costo efectividad ayudó a mejorar el procedimiento y estrategia del EM
- El resultado de trabajo del EM logró una mejor calidad de atención y maneja adecuadamente los medicamentos aunque hubo reducción de personal EM

7. MEJORAMIENTO CONTINUA DE LA CALIDAD

PASOS PRINCIPALES:

- Capacitación de la metodología
- Elaboración de las listas de verificación
- Coordinación con las áreas/red ichilo
- Implementación de metodología – sectores- hospitales
 - Identificación de estándares y indicadores de SI
 - Análisis de problemas
 - Identificación de intervenciones
 - Plan de acción
- Monitoreo de indicadores
- Actualización y capacitación de acuerdo a necesidades

ERRORES:

- No haber concluido con la tercera etapa que es trabajar calidad con le perspectiva del cliente (satisfacción del usuario)
- Al inicio poca coordinación con las Áreas
- No involucrar desde el inicio al personal del municipio

Lecciones aprendidas:

- el MCC es un proceso que requiere compromiso del personal y permite aprender una cultura de trabajo mas exigente
- permite el MCC mejorar las coberturas y trabajar de acuerdo a normas
- el seguimiento continuo de indicadores de calidad mejora la competitividad entre los involucrados
- el MCC fortalece el trabajo en equipo
- el MCC identifica problemas tanto en los insumos y en el proceso de una actividad lo que ayuda a buscar soluciones factibles
- el trabajo de la metodologia por etapas logra la tranferencia de la misma, de una manera practica y mas efectiva
- el no involucrar a los responsables de salud del municipio en el proceso de MCC no permite gestionar adecuadamente demandas del plan de accion
- los horarios de reunions de seguimiento a indicadores de calidad. Fueron coordinados con los equipos de cada area adecuandose a su ritmo de trabajo

8. SUPERVISIÓN CAPACITANTE

PASOS PRINCIPALES:

- Elaboración y diagnostico de supervisión del distrito ichilo
- Elaboración de la metodología de supervisión capacitantes.
- Se socializo la metodologia con supervisión por directores de áreas
- Planificar y programar las supervisiones con los sectores
- Ejecución de la supervisión

- Planificación del rol
 - Preparación de material
 - Aplicación de formularios
 - Capacitaciones de acuerdo a necesidades
- Retroalimentación

ERRORES:

- falta de difusión oportuna de la metodología
- falta de seguimiento a la aplicación de la metodología

Lecciones aprendidas:

- involucramiento de los actores claves en la implementación de la metodología que permitiera que estas sean más efectivas
- el seguimiento no deben depender de las organizaciones de apoyo
- la dependencia económica de cooperaciones internacionales – ONGs, no permite el desarrollo de metodologías, se debe gestionar estas actividades ante el municipio, para garantizar la sostenibilidad
- la retroalimentación escrita permitirá un mayor seguimiento a los acuerdos que se realizan en la supervisión capacitante

9. AIEPI- COMUNITARIA

PASOS PRINCIPALES:

- Elaboración de un marco conceptual.
- Aprobación por el ministerio.
- Sensibilizar e informar el marco conceptual a autoridades de salud.
- Definición del marco conceptual.
- Difusión la conceptualización de AIEPI-C.
- Diseño de material adecuado.
- Identificación de estrategias.
- Definición de metodologías.
- Elaboración de contenidos, materiales e instrumentos.
- Implementación de estrategias y metodologías en comunidades piloto.
- Capacitación de los actores de cada uno de las estrategias.
- Dotación de material.
- Seguimiento de actividades.

ERRORES:

- Programar fecha sin tener material disponible.
- Implementar simultáneamente, metodologías nuevas con actores diferentes.
- Subestimar los tiempos reales para implementar AIEPI-C en comunidades piloto.
- No hay un sistema de seguimiento e información adecuado de las actividades del AIEPI-C.

Lecciones aprendidas:

- se debe involucrar al Personal de Salud del MS y trabajar de manera conjunta en la implementación de las estrategias de AIEPI-C
- se debe tener bien definido los roles de los diferentes actores del AIEPI-C y socializar toda la información
- la implementación de las estrategias del AIEPI-C es algo costo económico que requiere la inversión del M. Salud
- la implementación permite mejorar mensajes de comportamiento claves para la salud

10. ENCUENTROS DE MADRES EDUCADORAS

PASOS PRINCIPALES:

- La estrategia se llama DII tiene 2 componentes: EME y visitas domiciliarias.
- Socialización del marco conceptual de AIEPI-C.
- Socialización de la metodología EME con actores involucrados profesores, RPS y auxiliares de Enf. de las comunidades de sectores pilotos.
- Elaboración de contenidos y materiales.
- Coordinación con direcciones distritales en cada municipio.
- Capacitaciones de profesores/as en talleres trimestrales.
- Entrega de material para los EME.
- Desarrollo de los EME en comunidades piloto.

ERRORES:

- Subestimar tiempos de ejecución.
- Pensar que los profesores tienen mayor disponibilidad de tiempo.
- No haber involucrado al personal de salud de las áreas.
- Hacer material limitado para rotar por las comunidades.
- Materiales que se utiliza en los EME son caros

Lecciones aprendidas:

- buena estrategia de involucrar a otros sectores a nivel comunitario
- importancia de abaratar costos utilizando recursos locales
- se debe involucrar al personal del ministerio de salud de las áreas de cada municipio
- la metodología permite mayor participación de las madres y mayor seguimiento de los niños en el hogar

11. IEC

PASOS PRINCIPALES:

- PLANIFICACIÓN:
 - Elaboración de presupuesto.
 - Realización de un cronograma.
- ORGANIZACIÓN:
 - Compromiso del PS, RPS y comunidad.
- COORDINACIÓN:

- Con autoridades de salud, Municipio, CEDUCA, comunales, profesores, RPS y PS
- Difusión (radio, T.V. folletos)
- PREPARACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPOS:
 - Elaboración de presupuesto. Realización de un cronograma.
- CAPACITACION:
 - Al PS, RPS profesores líderes.
 - Manejo del material.
 - Metodologías, técnicas de aprendizaje
 - Preparación de material y equipos – diagnostico y validación de material
 -
- EJECUCIÓN:
 - Realización de actividades (festival, ferias de salud, sesiones educativas, talleres de capacitación.
 - Difusión masiva (radio, T.V.)
- EVALUACION:
 - Talleres, festival, sesiones educativas.

ERRORES:

- PLANIFICACION:
 - Poco involucramiento de autoridades Municipales en algunas actividades
- ORGANIZACIÓN:
 - No estada incluido presupuesto para salud (Ferias) en los POA y en la mayoría, organizada por CEPAC.
- CAPACITACION:
 - No cambiar de metodología y materiales.
 - No contar con informes o medios de verificación de estos eventos.
- OTROS:
 - Realizar ferias y festivales solo con temas de salud y no involucrar a otros actores.
 - Falta de programación de las actividades en CECRRIS

Lecciones aprendidas:

- Planificar las actividades con autoridades: municipio, salud, comunales, educación
- Introducir el presupuesto en los POA; responsabilizar mas al PS y autoridades sobre estas actividades; innovar material educativo; comprometer al PS; tener disponible informes, material de las actividades; realizar las ferias con practicas alimentarias y otros actores; todos las actividades de IEC deberían ser programados en CECARI para que estén informados.



“ENCUESTA FINAL DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y COBERTURAS EN SUPERVIVENCIA INFANTIL”

KPC FINAL

AGOSTO 2003

RED DE SERVICIOS DE SALUD ICHILO – MSD

CENTRO DE PROMOCION AGROPECUARIA CAMPESINA – CEPAC

INTERNATIONAL EYE FOUNDATION – IEF

Lic. Teresa Mendoza – Asesora Proyecto de Supervivencia Infantil - IEF
Lic. Rosmery Chávez – Coordinadora Técnica Proyecto de Supervivencia Infantil IEF
Dr. Oswaldo Chávez – Gerente de Salud – CEPAC

Provincia Ichilo – Santa Cruz – Bolivia

INDICE

	Pg.
I. DESCRIPCION DE LA ENCUESTA	2 - 4
II. RESULTADOS	5 - 51
1.- Datos generales de la encuesta	5 - 8
2.- Programa Ampliado de Inmunizaciones -IRA	9 - 12
2.1 Control de Crecimiento y Desarrollo – CCD	13
4.- Lactancia Materna	14 - 16
5.- Alimentación Complementaria	17 - 20
6.- Enfermedades Diarreicas Agudas – EDA	21 - 25
7.- Infecciones Respiratorias Agudas - IRA	26 - 31
y otras enfermedades	
8.- Salud Materna	
8.1 Control Prenatal, Partp, Puerperio,	32 - 42
Cuidado Inmediato del recién nacido	
9.- Espaciamiento de nacimientos, mortalidad	43 - 47
de niños/as menores de 5 años	
10.- Acceso a agua y eliminación de excretas	48
11.- Acceso a Servicios de Salud	49
12.- VIH/SIDA y otras Infecciones de transmisión	50 - 51
sexual (ITS)	
13.- ANEXOS	52

DESCRIPCION DE LA ENCUESTA

ANTECEDENTES Y PROPOSITO DE LA ENCUESTA: El Centro de Promoción Agropecuaria Campesina (CEPAC) desarrolló el Proyecto de Supervivencia Infantil (PSI) en la Provincia Ichilo, Municipios de Buena Vista, San Carlos y Yapacaní durante el periodo de 4 años, de Septiembre 1999 a Septiembre 2003.

El PSI se ejecutó con el apoyo técnico y financiero de la Fundación Internacional del Ojo (IEF), financiamiento de USAID, en estrecha coordinación con la Red de Servicios de Salud Ichilo (ex Distrito de Salud Ichilo), Gobiernos Municipales y ONGs. que trabajan en la zona.

El propósito de la presente “ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y COBERTURAS EN SUPERVIVENCIA INFANTIL”, es obtener y presentar información sobre conocimientos, prácticas y coberturas en relación a las principales intervenciones del PSI: Inmunizaciones (PAI), Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA/Neumonía), Nutrición, Lactancia Materna, Micro nutrientes, Control de Crecimiento y Desarrollo, y algunos aspectos generales de salud y nutrición, de la madre, para contar así, con un insumo valioso para la evaluación final del PSI, que permita comparar los resultados de la encuesta con la información del KPC de Línea de Base.

UBICACIÓN DE LA ENCUESTA: La presente encuesta se realizó a través de un muestreo por conglomerados, habiéndose obtenido una muestra aleatoria de las comunidades rurales y barrios urbanos de los Municipios de Buena Vista, San Carlos y Yapacaní de la Provincia Ichilo, ver mapa Anexo N° 1

La lista de comunidades, sus respectivas poblaciones de referencia y la ubicación de los conglomerados, se presenta en el Anexo N° 2.

POBLACION DE LA ENCUESTA: La encuesta se realizó entre madres con niños/as menores de dos años, distribuidas en los treinta conglomerados seleccionados al azar en toda la Provincia Ichilo.

METODOLOGIA DEL ESTUDIO: Para la realización del presente estudio y el diseño del cuestionario, se utilizó como fuente principal el documento “Encuesta de Conocimientos, Prácticas y Coberturas KPC 2000+” - Manual de Actividades de Campo, considerando las preguntas de los diferentes módulos.

Se excluyeron el módulo 4E sobre Malaria y algunas preguntas del módulo 7 sobre VIH/SIDA. Para poder comparar después los resultados encontrados, se revisó también el cuestionario y el informe del KPC inicial de Línea de Base del Proyecto de Supervivencia Infantil.

La versión preliminar del cuestionario para el KPC, elaborado por el personal de IEF, fue validada por separado con el personal de salud de CEPAC, de la

Red de Salud Ichilo, con las Supervisoras y Encuestadores/ as, así como con el personal de IEF oficina Central en Washington.

Después de las validaciones se hicieron los cambios y ajustes necesarios al cuestionario, el mismo que fue elaborado en español con traducción de las preguntas al idioma Quechua. Una copia del cuestionario de la encuesta se encuentra en el Anexo N° 4.

Para verificar la información registrada en el Carnet de Salud Infantil y Carnet Materno principalmente relacionada a coberturas de vacunas, control de crecimiento y desarrollo, suplementación con Vitamina A (niños de 12 a 23 meses), control prenatal y vacuna TT de las madres, cuando las madres no los tenían en su poder, se adicionó una hoja al final del cuestionario para verificar la información en los respectivos Servicios de Salud.

Selección de la muestra: Para construir el marco muestral de la provincia Ichilo, se partió de una lista con todas las comunidades de los cuatro municipios y sus respectivas poblaciones calculando la población acumulada:

Luego se calculó el intervalo muestral que resultó ser 2051 y por medio de un número aleatorio entre 1 y el intervalo muestral (cuatro primeros números de la serie de un billete de \$Bs. 1543), se procedió a seleccionar las comunidades en donde se ubicarían los 30 conglomerados de 10 viviendas cada uno, haciendo un total de 300 familias a ser encuestadas (ver Anexo N° 2).

Al interior de cada conglomerado se seleccionaron las madres a ser entrevistadas de la siguiente manera:

- El o la encuestador/a se dirige al punto más céntrico de la comunidad (conglomerado)
- Gira una botella para determinar la dirección a seguir para realizar las encuestas
- Dibuja todas las casas que encuentra en esa ruta hasta el lugar más alejado
- Sortea al azar una vivienda que será la primera casa y pregunta si hay un niño/a menor de dos años, si lo hay aplica la encuesta a la madre
- Luego se dirige a la casa más cercana y así sucesivamente hasta completar las diez encuestas por cada conglomerado
- Habiendo dos niños/as menores de dos años, se toman los datos del niño/a menor
- Si se llega al límite geográfico de la comunidad o barrio antes de completar las diez encuestas, se debe volver al centro del conglomerado y girar nuevamente la botella y seguir el mismo procedimiento anterior

Con esta metodología se obtuvieron y realizaron las 300 encuestas.

Selección y Capacitación de Supervisores y Entrevistadores: Para la realización de la encuesta se contó con seis encuestadores/as y seis supervisoras (tres licenciadas en enfermería de CEPAC y tres del Ministerio de Salud y Deportes), una para cada encuestador/a. La lista de participantes y sus respectivas responsabilidades se encuentran detalladas en el Anexo N° 3.

La capacitación se realizó durante dos días concluyendo con un PRE - ensayo de la aplicación de la encuesta.

Primeramente se explicó el porque del estudio y su relación con la Línea de Base, la Evaluación Final y los Indicadores del Proyecto de Supervivencia Infantil, luego se detallaron las características de la metodología de la Encuesta KPC y la forma de identificar a las madres a ser encuestadas.

Se hizo una revisión pregunta por pregunta con las supervisoras y encuestadores/as, aclarando todas sus dudas y reforzando la importancia de obtener información fidedigna y clara.

Recolección de datos: Durante dos días los/as encuestadores/as realizaron las primeras encuestas, las cuales eran revisadas diariamente por sus supervisoras y en caso de ser necesario debían regresar a la vivienda y corregir el error cometido, pasados esos dos primeros días hubo otra reunión de todo el día para que el personal de IEF revisara con ellos/as los cuestionarios llenos y pudiera dar retroalimentación a las supervisoras y encuestadores/as. De esta manera los siguientes días pudieron realizar la recolección de los datos con mayor seguridad. Esta etapa de recolección de datos duró nueve días.

Ingreso y tabulación de datos: Se diseñó y construyó la base de datos usando el Programa Epi Info y a partir del tercer día de la etapa de recolección y revisión de la consistencia de los datos, se procedió simultáneamente a la transcripción de los mismos. Esta etapa duró una semana. Las tabulaciones completas se encuentran en el Anexo N° 5

Elaboración del informe KPC: La elaboración del informe del KPC y graficación e interpretación de los resultados demoró otra semana.

Se han desarrollado dos Talleres de Retroalimentación, de un día de duración cada uno, con personal de la Red de Salud Ichilo para dar a conocer los resultados del KPC.

Se ha elaborado también otro documento, donde se muestran los indicadores del Proyecto de Supervivencia Infantil en tres momentos:

- KPC Línea de Base
- Metas del PSI
- Resultados KPC Final

De esta manera se puede interpretar mejor los logros del Proyecto de Supervivencia Infantil en la Provincia Ichilo.

RESULTADOS KPC – FINAL

I.- DATOS GENERALES DE LA ENCUESTA

CUADRO N° 1

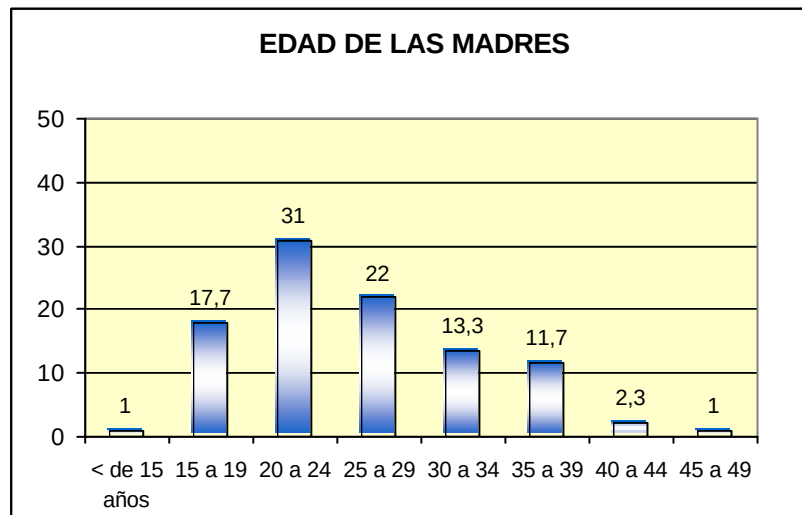
NUMERO DE ENCUESTAS POR COMUNIDADES YAPACANI - SAN CARLOS / BUENA VISTA PROVINCIA ICHILO		
COMUNIDAD	Nº	%
2 DE AGOSTO	10	3.3
22 DE SEPTIEMBRE	10	3.3
BARRIO ALIANZA NORTE	10	3.3
BARRIO EL CARMEN	10	3.3
BARRIO LINDO	20	6.7
BARRIO NUEVO	20	6.7
BARRIO SAN JUAN	10	3.3
BARRIO SANTA CRUZ	10	3.3
BARRIO SANTA ISABEL	20	6.7
BARRIO VILLA BELEN	40	13.3
BUEN RETIRO	10	3.3
CERCADO	10	3.3
CHORE	10	3.3
EL PALMAR	10	3.3
GUADALQUIVIR	10	3.3
PLATANAL	10	3.3
POTRERO	10	3.3
POZO AZUL	10	3.3
PUERTO AVAROA	10	3.3
SAN GERMAN	10	3.3
SAN JUAN	10	3.3
SAN MIGUEL	10	3.3
VILLA AMBORO	10	3.3
VILLA DIEGO	10	3.3
TOTAL	300	100.00

Utilizando la metodología descrita en este informe, se calculó la muestra para el presente estudio KPC. De las 122 comunidades de la Provincia Ichilo, salieron seleccionadas 24 comunidades. La selección se realizó por conglomerados de manera aleatoria. La distribución de encuestas por municipios es la siguiente: 20% (60) de entrevistas en Buena Vista, 26.7% (80) en San Carlos y 53.3% (160) en Yapacaní.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN EDAD

EDAD DE LAS MADRES EN AÑOS	%
Menor de 15	1,0 (3/300)
15 a 19	17,7 (53/300)
20 a 24	31,0 (93/300)
25 a 29	22,0 (66/300)
30 a 34	13,3 (40/300)
35 a 39	11,7 (35/300)
40 a 44	2,3 (7/300)
45 a 49	1,0 (3/300)

La mayoría de las madres (78%) tenían entre 20 y 39 años de edad, un 19% tenía de 15 a 19 años. No se encontró madres muy jóvenes, menores de 15 años, ni muy mayores, ya que solo el 3% tenía entre 40 y 49 años de edad.



**CUADRO N° 3
DISTRIBUCION POR SEXO DE
LOS NIÑOS/AS**

SEXO	%
Masculino	46,7 (140/300)
Femenino	53,3 (160/300)

Se encontró una ligera predominancia en el sexo femenino sobre el masculino

**CUADRO N° 4
DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS
NIÑOS/AS**

GRUPO ETAREO	%
0 - 6 meses	34,7 (104/300)
7 - 12 meses	26,7 (80/300)
13 - 18 meses	23,0 (69/300)
19 - 23 meses	15,7 (47/300)

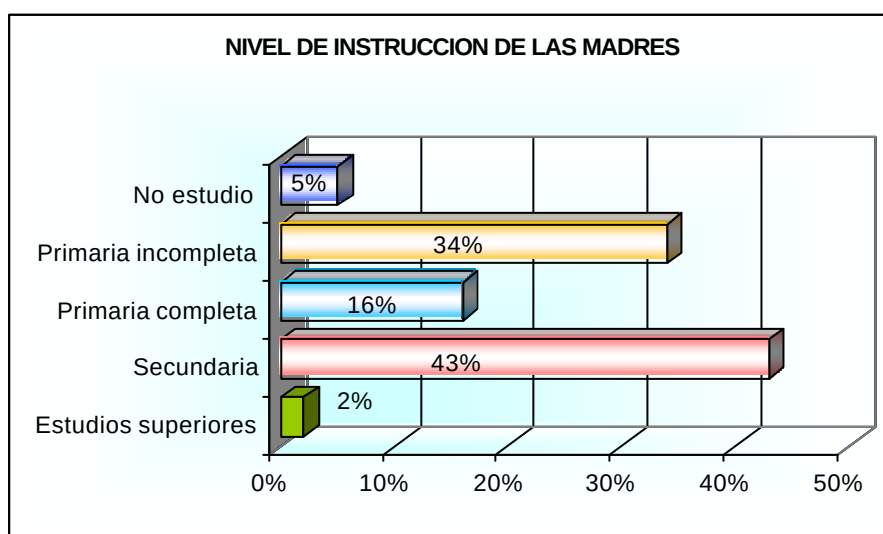
n por edad
de madres
s menores
las madres,
s de edad

**CUADRO N° 5
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS
MADRES**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	%
No estudió	5,3 (16/300)
Primaria incompleta	33,7 (101/300)
Primaria completa	16,0 (48/300)
Secundaria	42,7 (128/300)
Estudios superiores	2,3 (7/300)

Se observa que un 43% de las madres entrevistadas llegó al nivel de secundaria siendo tan solo el 5 % de madres que nunca estudiaron, se encontró que un 2% cursaron estudios superiores.

Estos resultados nos demuestran una mejoría en el nivel de instrucción de la mujer.



CUADRO N° 6

**IDIOMA EN EL QUE LA MADRE SE COMUNICA
CON MAYOR FACILIDAD**

IDIOMA		El 87.3 % de las madres dijeron comunicarse con mayor facilidad en Español, siendo que tan solo un 12.3 % lo hace en Quechua.
Español	87,3	
Quechua	12,3	(31/300)
Aymara	0,3	(1/300)

CUADRO N° 7

**ACTIVIDADES QUE REALIZA LA MADRE
FUERA DE SU HOGAR**

ACTIVIDADES	%
NO trabaja	71,7 (215/ 300)
Artesanías	0,6 (2/300)
Agricultura	0,7 (32/300)
Venta de alimentos	5,7 (17/300)
Vendedor ambulante	4,7 (14/300)
Empleada domestica	1,7 (5/300)
Asalariada	2,3 (7/300)
Comerciante	0,3 (1/300)
Costurera	1,0 (3/300)
Lavandera	0,7 (2/300)
Trabajo eventual	0,6 (2/300)

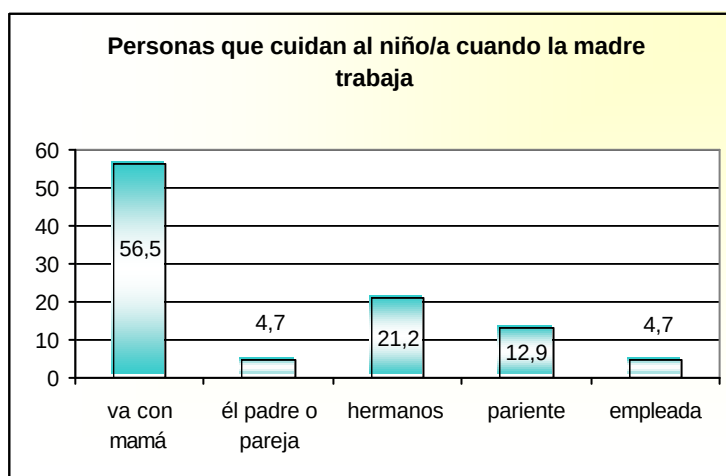
CUADRO N° 8

**N° Y % DE PERSONAS QUE CUIDAN A
LOS NIÑOS/AS CUANDO LA MADRE
ESTA FUERA DEL HOGAR**

CUIDADO DEL NIÑO/A	%
El niño/a va con mamá	56,5 (48/85)
El padre o su pareja	4,7 (4/85)
Hermanos/as mayores	21,2 (18/85)
Pariente	12,9 (11/85)
Empleada	4,7 (4/85)

Se observa que el 71.7% de madres no trabaja fuera del hogar, siendo que el 28.3% de las madres sí salen fuera del hogar para trabajar en diversas actividades como muestra el cuadro N° 7

56.5 % de las madres llevan a los niños/as con ella cuando sale a trabajar fuera del hogar, el 21.2 % de los niños/as quedan al cuidado de los hermanos mayores, el 12.9 % queda al cuidado de algún pariente, un 4.7 % de ellos/as, son cuidados por la empleada y otro 4.7% por su pareja.



2.- PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

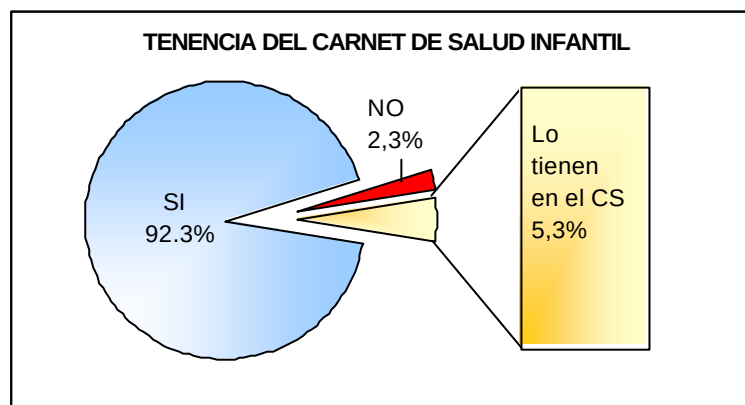
2.1.- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CCD

CUADRO N° 9

**TENENCIA DEL CARNET DE SALUD
INFANTIL (CSI) DEL NIÑO/A**

CSI	%
Si, verificado	92,3 (277/300)
No tiene	2,3 (7/300)
No, pero dice tenerlo en el CS	5,3 (16/300)

El 92.3 % de las madres tienen en su poder el CSI de su niño/a habiendo sido verificado el mismo durante la encuesta, un 5.3 % dice tenerlo en el Centro de Salud (CS) y tan solo un 2.3 % de madres no tienen el CSI de sus niños/as.



CUADRO N° 10

**N° Y % DE NIÑOS /AS MENORES DE 24
MESES CON DOS O MAS CONTROLES DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LOS
ULTIMOS CUATRO MESES**

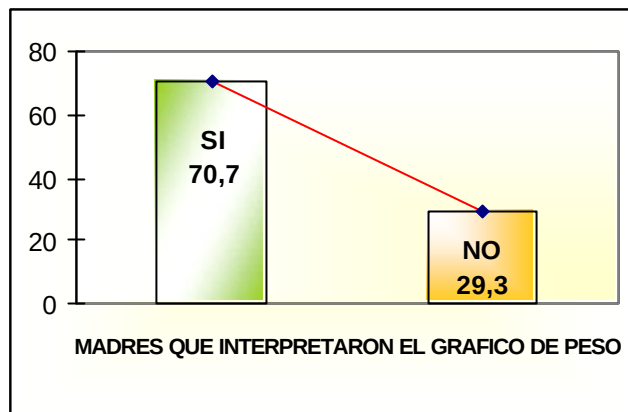
MUNICIPIO	%
Sin control	7,3 (22/300)
Con 1 CCD	22,3 (67/300)
Con 2 o más CCD	70,4 (211/300)

Del total de niños/as que tienen CSI en su poder o en el Centro de Salud, el 70,4 % tuvieron dos o más controles de crecimiento y desarrollo en los últimos cuatro meses (abril -julio/ 03), 22,3% un CCD y tan solo un 7.3 % de niños/as no tuvo CCD en los últimos cuatro meses

CUADRO N° 11

N° Y % DE MADRES QUE INTERPRETARON CORRECTAMENTE EL GRAFICO DE CRECIMIENTO DE SU NIÑO/A EN SU C.S.I

INTERPRETARON CORRECTAMENTE	%
Si	70,7 (208/294)
No	29,3 (86/294)



El gráfico nos muestra que el 70.7 % de las madres interpretaron correctamente el gráfico de su último control de peso de su niño/a en el Carnet de Salud Infantil, el 29.3 % de las madres no supo interpretar el gráfico correctamente.

CUADRO N° 12

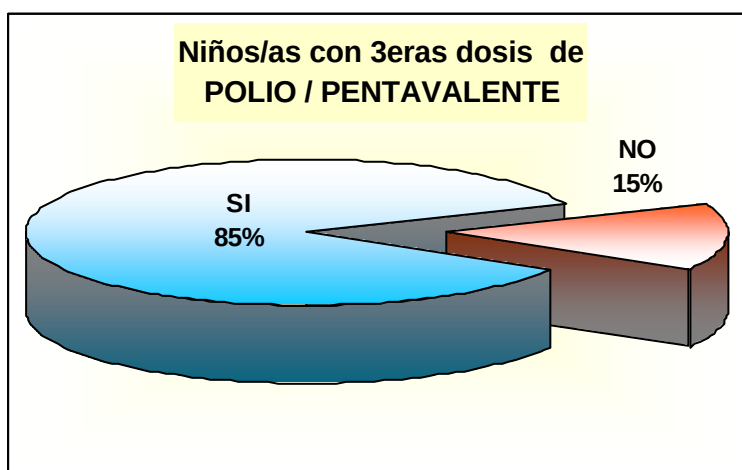
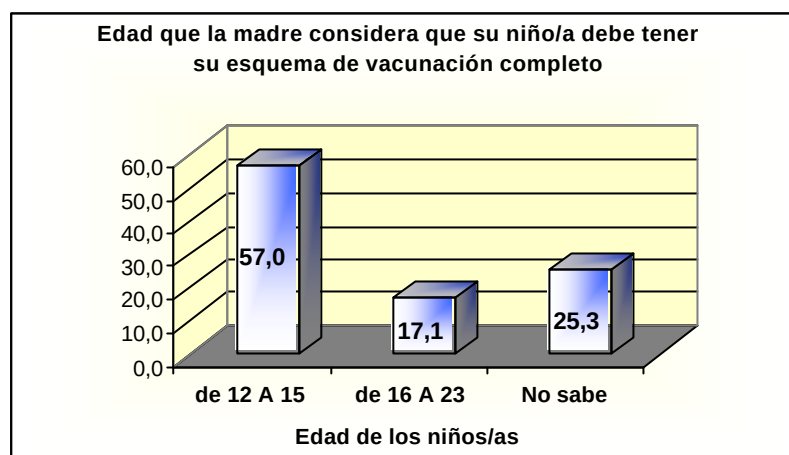
EDAD DEL NIÑO/A EN LA QUE LAS MADRES CONSIDERAN QUE DEBERIA TENER SU ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO

El 57 % de las madres entrevistadas saben que su niño/a debe tener su esquema de vacunación completo, entre los 12 y 15 meses de edad, equivocadamente un 17.7 % considera que debe ser entre los 16 y 23 meses, se observa también que un 25.3 % no sabe hasta que edad su niño/a debe tener el esquema de vacunación completo.

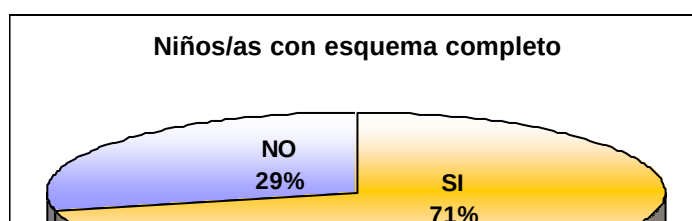
EDAD DEL NIÑO/A EN MESES	Provincia Ichilo %
de 12 A 15	57,0 (171/300)
de 16 A 23	17,7 (53/300)
No sabe	25,3 (76/300)

Figura 1

Figura 2



Como se puede ver en el cuadro y gráfico, el 75% de los niños/as de 12 a 23 meses de edad tenían sus terceras dosis de vacunas Polio y Pentavalente.

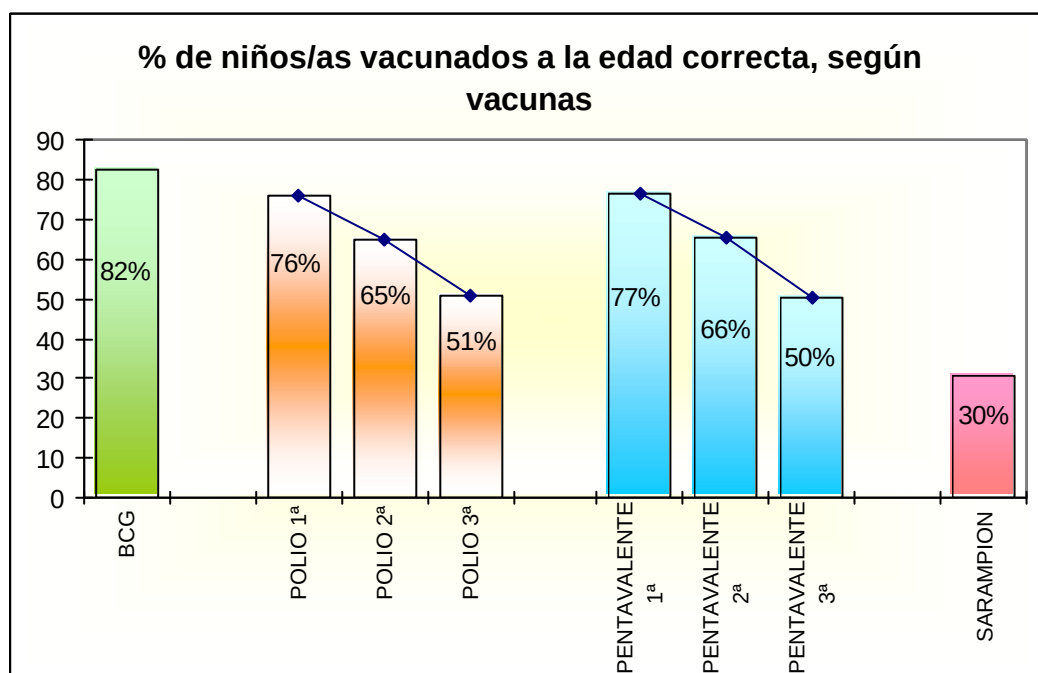


CUADRO N° 13 A
% DE NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES
DE EDAD CON ESQUEMA
COMPLETO

Esquema completo	%
Si	71.3 (97/136)
No	28.7 (39/136)

El cuadro muestra que el 71% de niños/as de 12 a 23 años tienen esquema de vacunación completo, tan solo el 29 % no completo la misma.

CUADRO N° 13 B	
N° Y % DE NIÑOS/AS VACUNADOS A LA EDAD CORRECTA SEGÚN VACUNA	
VACUNA	%
BCG	82,3 (247/300)
ANTIPOLIO 1 ^a	76,0 (228/300)
ANTIPOLIO 2 ^a	65,0 (195/300)
ANTIPOLIO 3 ^a	51,0 (152/300)
PENTAVALENTE 1 ^a	76,6 (230/300)
PENTAVALENTE 2 ^a	65,6 (197/300)
PENTAVALENTE 3 ^a	50,3 (151/300)
ANTI SARAMPION	30,3 (91/300)



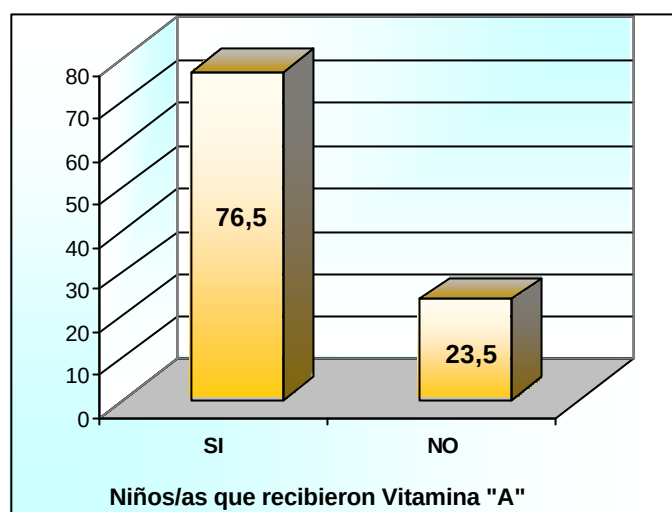
Como se puede observar en el cuadro y gráfico correspondiente, los niños/as reciben las primeras dosis de vacunas con mayor precisión a la edad correcta en que deben ser aplicadas, a medida que aumentan las dosis, va disminuyendo el porcentaje de niños/as que las reciben de acuerdo a la fecha correcta. En el caso de la vacuna contra el sarampión que se coloca a partir del año el porcentaje oportuno es aún menor.

3.- MICRONUTRIENTES

CUADRO N° 14

N° Y % DE NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON DOS TOMAS DE VITAMINA "A" SEGÚN EL CSI

VITAMINA "A"	%
Si	76,5 (104/136)
No	23,5 (32/ 36)

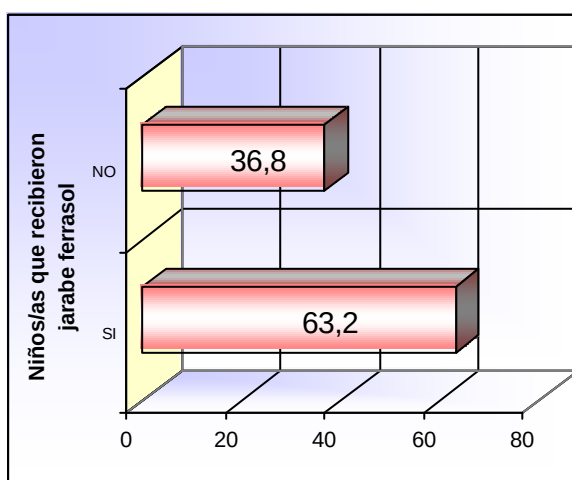


Es muy satisfactorio encontrar verificando el Carnet de Salud Infantil que el 76.5% de niños/as de 12 a 23 meses en la Provincia Ichilo recibieron dos tomas de Vitamina "A".

CUADRO N° 15

N° y % DE NIÑOS/AS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON UNA TOMA DE VITAMINA "A" DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES SEGÚN INFORMACIÓN DE LAS MADRES

VITAMINA "A" EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	%
Si	78,0 (163/209)
No	22,0 (46/209)



CUADRO N° 16

N° Y % DE NIÑOS/AS DE 6 A 23 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON JARABE FERRASOL EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, SEGÚN INFORMACIÓN DE LAS MADRES

RECIBIO JARABE FERRASOL	%
Si	63,2 (132/209)
No	36,8 (77/209)

El porcentaje de niños/as que recibió Jarabe Ferrasol no fue mayor debido principalmente a la falta de este insumo en los Servicios de Salud, debido a algunos problemas administrativos relacionados con el ex Seguro Básico de Salud.

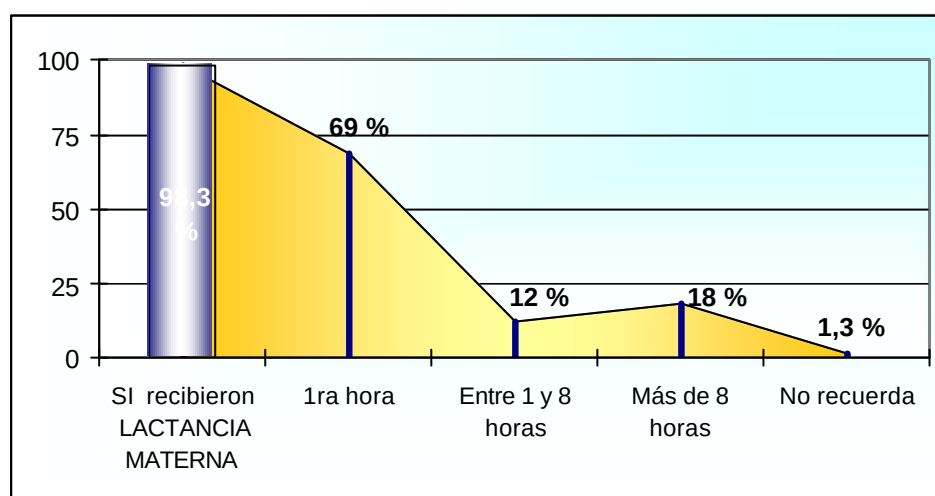
4.- LACTANCIA MATERNA

CUADRO N° 17
N° y % DE NIÑOS/AS QUE RECIBIERON
LACTANCIA MATERNA

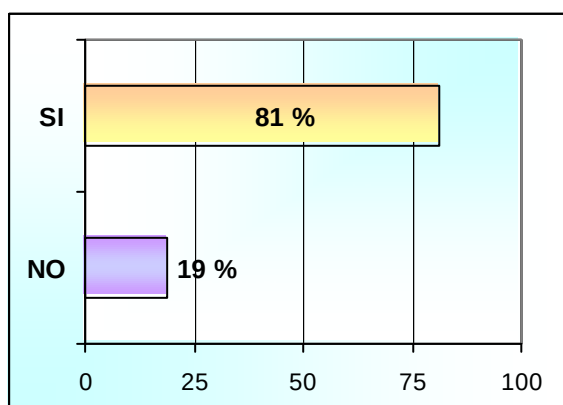
LACTANCIA MATERNA	%
Si	98,3 (295/300)
No	1,7 (5/300)

CUADRO N° 18
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUES DEL PARTO	%
DURANTE LA 1ª HORA	69,0 (207/300)
ENTRE LA 1ª Y 8ª HORA	12,0 (36/300)
MAS DE 8 HORAS	17,7 (53/300)
NO RECIBIERON LM	1,3 (4 / 300)



Se observa que el 98.3 % de los niños/as menores de 24 meses, SI recibieron Lactancia Materna, satisfactoriamente el 69 % recibió dentro la 1ra. hora de nacido/a, sin embargo aún existe un porcentaje considerable de madres que inician la Lactancia Materna entre 1 y 8 horas (12%) y más de las 8 horas después del parto (18%).



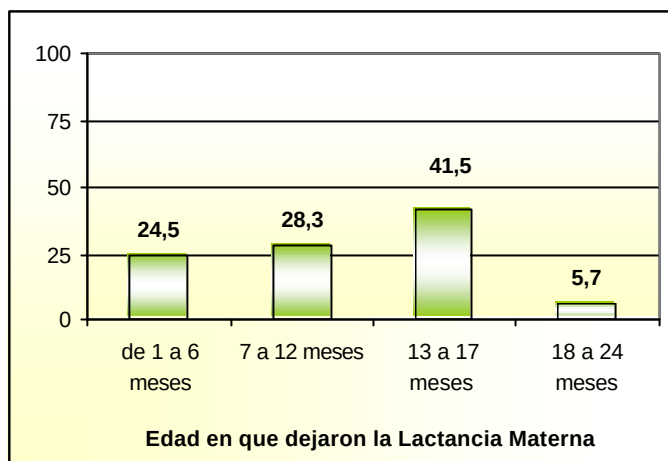
CUADRO N° 19
N° y % DE NIÑOS/AS QUE
ACTUALMENTE RECIBEN LACTANCIA
MATERNA

RECIBEN LACTANCIA MATERNA	%
SI	81,0 (243/300)
NO	19,0 (57 / 300)

Fue importante encontrar que al momento de la encuesta, más del 80% de los niños/as se encontraban lactando.

CUADRO N° 20**EDAD EN QUE LOS NIÑOS/AS
DEJARON DE TOMAR LECHE MATERNA**

EDAD QUE DEJARON DE LACTAR	%
de 1 a 6 meses	24,5 (13/53)
7 a 12 meses	28,3 (15/53)
13 a 17 meses	41,5 (22/53)
18 a 24 meses	5,7 (3/53)

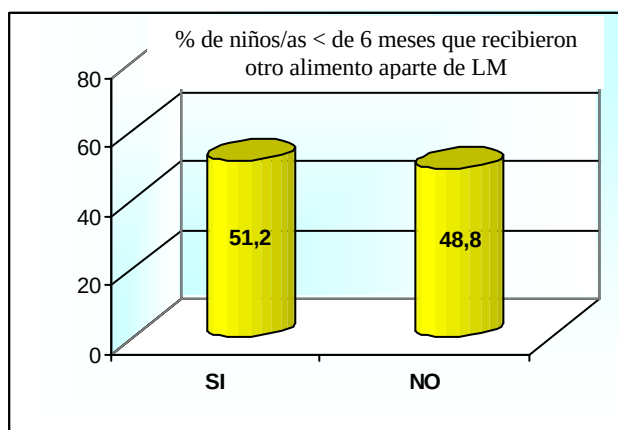


Como se puede observar en el cuadro y gráfico, la edad predominante en que dejaron de lactar los niños/as es de 13 a 17 meses., llama la atención que un 24.5 % dejó de lactar entre 1 y 6 meses, sin embargo hay que notar que estos resultados se refieren tan solo a un número muy pequeño de niños/as que dejaron de lactar, ya que la mayoría, más del 80% estaban lactando al momento de la encuesta.

CUADRO N° 21**N° y % DE NIÑOS/AS MAYORES DE 6
MESES QUE RECIBIERON OTRO
ALIMENTO A PARTE DE LA LECHE
MATERNA DURANTE SUS 6 PRIMEROS
MESES**

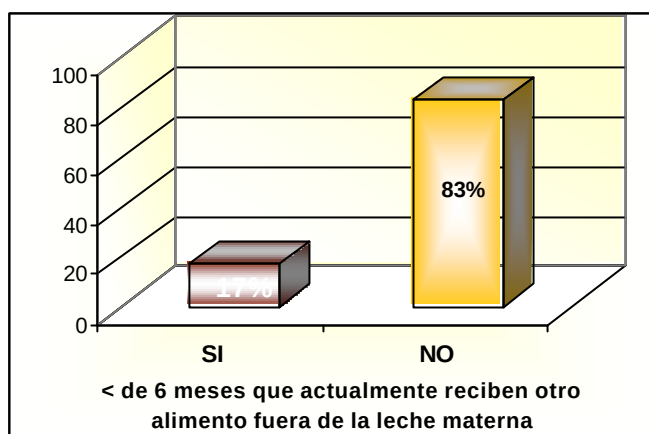
RECIBIERON OTRO ALIMENTO	%
Si	51,2 (106/207)
No	48,8 (101/207)

El 51.2 % de niños /as mayores de 6 meses recibieron otro alimento a parte de la leche materna durante sus 6 primeros meses, siendo que el 48.8 % de este grupo tuvo durante sus 6 primeros meses de vida Lactancia Exclusiva.



CUADRO N° 22
N° Y % DE NIÑOS/AS MENORES DE 6
MESES QUE RECIBEN
ACTUALMENTE OTRO ALIMENTO
FUERA DE LA LECHE MATERNA

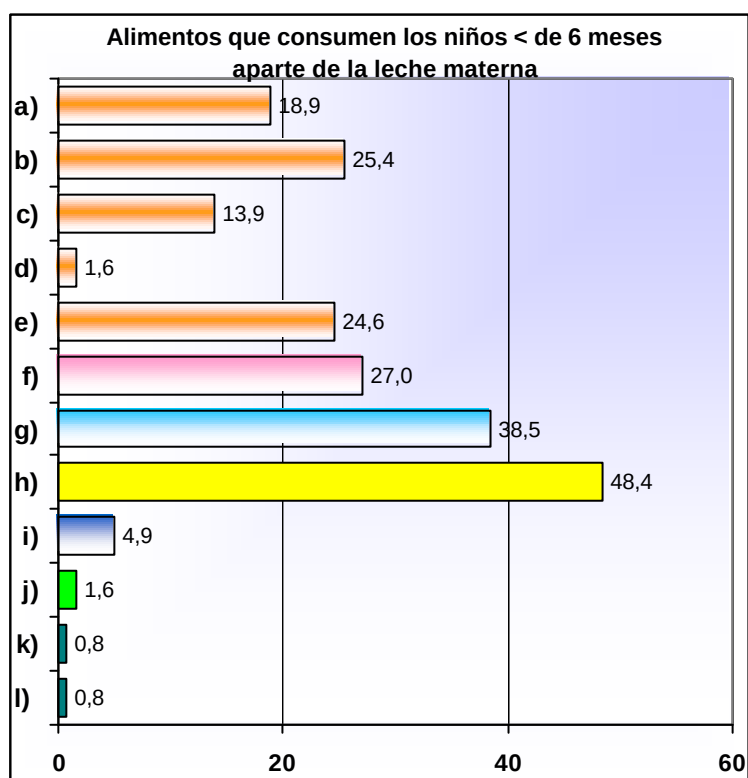
RECIBIERON OTRO ALIMENTO	%
Si	17,0 (16/94)
No	83,0 (78/94)



El cuadro nos muestra que el 83% de los menores de 6 meses actualmente se encuentran con Lactancia Exclusiva no recibiendo ningún otro alimento fuera de la leche materna

CUADRO N° 23
ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS
NIÑOS/AS DURANTE SUS PRIMEROS
6 MESES DE VIDA APARTE DE LA
LECHE MATERNA

ALIMENTOS	Provincia Ichilo %
a) LECHE MATERNIZADA	18,9 (23/122)
b) LECHE ENTERA EN POLVO	25,4 (31/122)
c) LECHE FRESCA DE VACA	13,9 (17/122)
d) LECHE DE SOYA	1,6 (2/122)
e) AGUA CORRIENTE	24,6 (30/122)
f) JUGOS DE FRUTA	27,0 (33/122)
g) TÉ O MATES	38,5 (47/122)
h) CALDO	48,4 (59/122)
i) CHICHA	4,9 (6/122)
j) GELATINA	1,6 (2/122)
k) MAIZENA	0,8 (1/122)
l) YOGURT	0,8 (1/122)



Cerca de la mitad de los niños/as menores de 6 meses que reciben otro alimento fuera de la leche materna consumen o consumieron principalmente caldo (48,4 %), té o mates un 38,5 %, jugos de fruta un 27%, llama la atención que un 25,4 % de los niños/as consumen leche entera en polvo.

5.- ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Cuadro N° 24 - A

CONSUMO DE AGUA Y OTROS LIQUIDOS DURANTE LOS ULTIMOS SIETE DIAS

AGUA Y OTROS LIQUIDOS	NUMERO DE DIAS DE CONSUMO									TOTAL
	Días	0	1	2	3	4	5	6	7	
Agua pura	Nº	20	1	0	3	3	3	15	175	220
	%	9,1	0,5	0,0	1,4	1,4	1,4	6,8	79,5	100,0
Otros líquidos, té, mates, refrescos, caldos	Nº	15	2	6	13	5	4	14	161	220
	%	6,8	0,9	2,7	5,9	2,3	1,8	6,4	73,2	100,0
Leche maternizada	Nº	205	0	1	0	1	1	2	10	220
	%	93,2	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,9	4,5	100,0
Leche fresca , entera en polvo	Nº	130	16	8	4	4	2	2	54	220
	%	59,1	7,3	3,6	1,8	1,8	0,9	0,9	24,5	100,0
Jugos de frutas	Nº	109	14	16	20	6	5	9	41	220
	%	49,5	6,4	7,3	9,1	2,7	2,3	4,1	18,6	100,0

Entre el 70 y 80 % de niños/as menores de dos años consumieron agua y otros líquidos diariamente durante los últimos siete días. El consumo de leche maternizada es mínimo, en cuanto que la leche fresca o en polvo la consume diariamente un 25 %, sin embargo el 59% no la consume ni un solo día de la semana esto en parte puede deberse a que la mayoría de los niño/as continuaban recibiendo leche materna durante las encuestas.

Cuadro N° 24 – B

FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA Y OTROS LIQUIDOS DURANTE LAS ULTIMAS 24 HORAS

AGUA Y OTROS LIQUIDOS	NUMERO DE VECES DE CONSUMO							TOTAL
	Veces	0	1	2	3	4	5 y +	
Agua pura	Nº	22	30	56	55	32	25	220
	%	10,0	13,6	25,5	25,0	14,5	11,4	100,0
Otros líquidos, té, mates, refrescos, caldos	Nº	30	70	62	43	8	7	220
	%	13,6	31,8	28,2	19,5	3,6	3,2	100,0
Leche maternizada	Nº	205	4	2	3	4	2	220
	%	93,2	1,8	0,9	1,4	1,8	0,9	100,0
Leche fresca , entera en polvo	Nº	144	18	20	20	9	9	220
	%	65,5	8,2	9,1	9,1	4,1	4,1	100,0
Jugos de frutas	Nº	130	40	33	15	2	0	220
	%	59,1	18,2	15,0	6,8	0,9	0,0	100,0

En relación al consumo de agua y líquidos en las últimas 24 horas la mayoría de los niños/as tiene una frecuencia de consumo superior a 2 veces al día, no siendo así con la leche maternizada ni la leche fresca, en relación al jugo de frutas consumen entre 1 y 2 veces en 24 horas

Cuadro N° 25 - A

HABITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE LOS ULTIMOS SIETE DIAS

ALIMENTOS	NUMERO DE DIAS									TOTAL
	DIAS	0	1	2	3	4	5	6	7	
TUBERCULOS	Nº	11	1	5	8	5	10	18	153	211
	%	5,2	0,5	2,4	3,8	2,4	4,7	8,5	72,5	100,0
CEREALES	Nº	13	0	7	15	18	18	16	124	211
	%	6,2	0,0	3,3	7,1	8,5	8,5	7,6	58,8	100,0
FUENTES VEGETALES DE VITAMINA "A"	Nº	39	6	11	18	8	14	23	92	211
	%	18,5	2,8	5,2	8,5	3,8	6,6	10,9	43,6	100,0
FUENTES VEGETALES DE HIERRO	Nº	76	8	12	18	5	12	17	63	211
	%	36,0	3,8	5,7	8,5	2,4	5,7	8,1	29,9	100,0
FRUTAS	Nº	14	13	15	26	13	13	19	98	211
	%	6,6	6,2	7,1	12,3	6,2	6,2	9,0	46,4	100,0
LEGUMINOSAS	Nº	113	38	18	15	2	9	5	11	211
	%	53,55	18,0	8,5	7,1	0,9	4,3	2,4	5,2	100,0
FUENTES ANIMALES DE PROTEINAS Y HIERRO	Nº	45	10	12	15	7	6	12	104	211
	%	21,3	4,7	5,7	7,1	3,3	2,8	5,7	49,3	100,0
HUEVOS	Nº	74	21	24	21	12	8	11	40	211
	%	35,07	10,0	11,4	10,0	5,7	3,8	5,2	19,0	100,0
FUENTES ANIMALES DE PROTEINAS Y CALCIO	Nº	102	31	23	15	8	5	5	22	211
	%	48,3	14,7	10,9	7,1	3,8	2,4	2,4	10,4	100,0

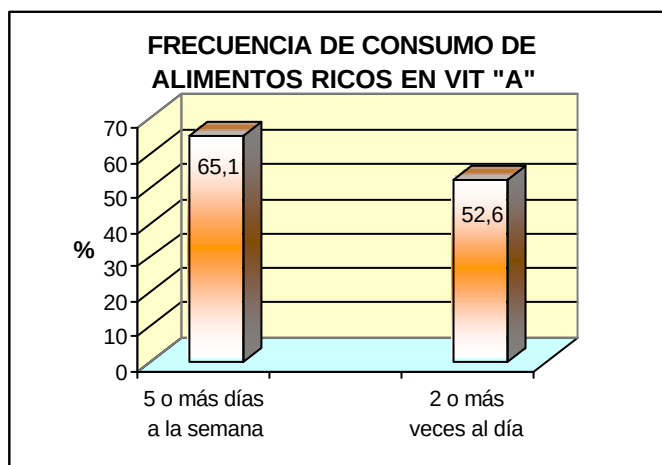
Entre el 68,8 y 72,6 % de niños/as consumen cereales y tubérculos respectivamente los 7 días de la semana, casi el 50% consumen alimentos ricos en proteínas y hierro de origen animal diariamente, como también más del 40 % de niños/as consumen alimentos vegetales ricos en vitamina A. La frecuencia de consumo de leguminosas es mínima, y en relación a huevos y alimentos ricos en proteínas y calcio, aproximadamente un 40% de los niños/as no los consumen ni siquiera un día a la semana.

CUADRO N° 25 A-1

% DE NIÑOS/AS DE 6 A 23 MESES DE EDAD, QUE CONSUMEN FRUTAS Y VERDURAS RICAS EN VITAMINA "A"

FRECUENCIA	Provincia Ichilo %
a) POR LO MENOS 5 DIAS A LA SEMANA	61,1 (129/211)
b) POR LO MENOS 2 VECES AL DIA	52,6 (111/211)

Tan solo 52,6% de los niños/as consumen fuentes vegetales de vitamina A, por lo menos dos veces al día, el 61% consumen 5 o más veces a la semana.



Cuadro N° 25 - B

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

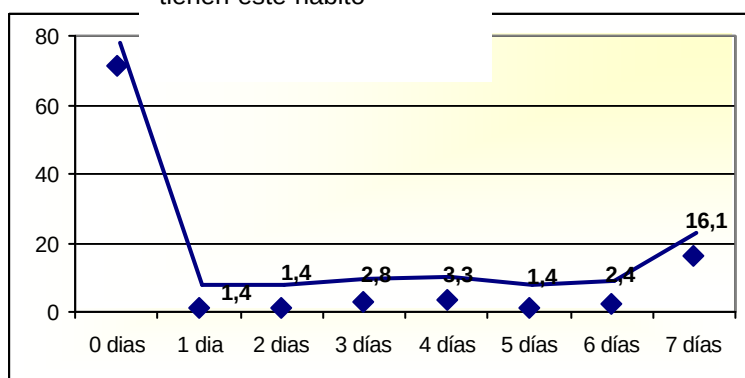
ALIMENTOS	NUMERO DE VECES DE CONSUMO							TOTAL
	VECES	0	1	2	3	4	5	
TUBERCULOS	Nº	18	50	68	62	9	4	211
	%	8,5	23,7	32,2	29,4	4,3	1,9	100,0
CEREALES	Nº	19	48	69	65	8	2	211
	%	9,0	22,7	32,7	30,8	3,8	0,9	100,0
FUENTES VEGETALES DE VITAMINA "A"	Nº	56	44	68	38	4	1	211
	%	26,5	20,9	32,2	18,0	1,9	0,5	100,0
FUENTES VEGETALES DE HIERRO	Nº	97	37	46	29	2	0	211
	%	46,0	17,5	21,8	13,7	0,9	0,0	100,0
FRUTAS	Nº	42	47	72	41	8	1	211
	%	19,9	22,3	34,1	19,4	3,8	0,5	100,0
LEGUMINOSAS	Nº	151	22	30	7	1	0	211
	%	71,6	10,4	14,2	3,3	0,5	0,0	100,0
FUENTES ANIMALES DE PROTEINAS Y HIERRO	Nº	57	42	70	36	5	1	211
	%	27,0	19,9	33,2	17,1	2,4	0,5	100,0
HUEVOS	Nº	107	78	18	7	1	0	211
	%	50,7	37,0	8,5	3,3	0,5	0,0	100,0
FUENTES ANIMALES DE PROTEINAS Y CALCIO	Nº	140	41	27	3	0	0	211
	%	66,4	19,4	12,8	1,4	0,0	0,0	100,0

En relación al consumo de alimentos en las últimas 24 horas la mayoría de los niños/as tiene una frecuencia de consumo de 2 a 3 veces al día, no siendo así con las leguminosas y aquellos alimentos ricos en proteínas y calcio que aproximadamente entre 60 y 70 % de los niños/as no lo consumen ni una sola vez al día.

Cuadro N° 26

N° Y % DE MADRES QUE ADICIONARON ACEITE O MANTEQUILLA A LAS COMIDAS DE SU NIÑO/A EN LOS ULTIMOS 7 DIAS

DIAS	0	El 20% de madres adicionaron aceite o mantequilla a las comidas de su niño/a entre 5 y 7 días a la semana, se aprecia también que un 71 % de las madres no tienen este hábito		TOTAL
		6	7	
Nº	150	5	34	211
%	71,1	2,4	16,1	100



Cuadro N° 27

**N° Y % DE MADRES QUE ADICIONARON
ACEITE O MANTEQUILLA A LAS COMIDAS DE
SU NIÑO/A EN LAS ULTIMAS 24 HORAS**

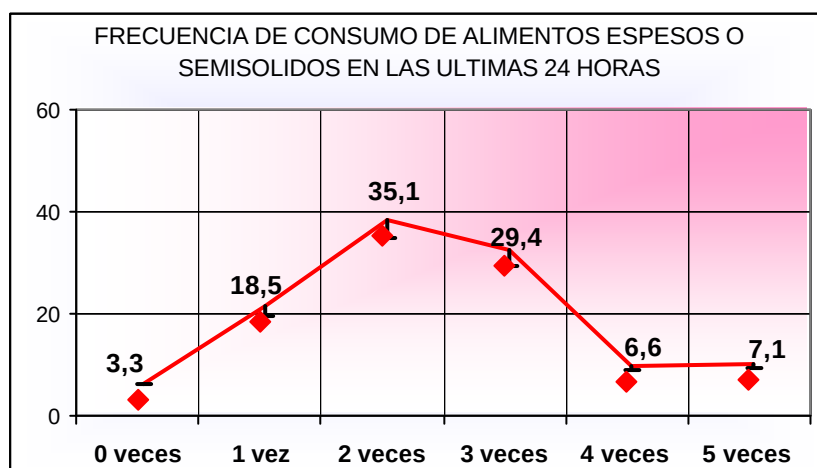
NUMERO DE VECES						TOTAL
VECES	0	1	2	3	4	
Nº	155	22	21	9	4	211
%	73,5	10,4	10,0	4,3	1,9	100

El 20% de las madres adicionan aceite o mantequilla entre una y dos veces al día, llama la atención que un 74% de las madres no adicionaron aceite en las últimas 24 horas, a la comida de su niño/a.

Cuadro N° 28

**N° DE VECES EN QUE LA MADRE DIO A SU
NIÑO/A ALIMENTOS ESPESOS O SEMISOLIDOS
EL DIA DE AYER**

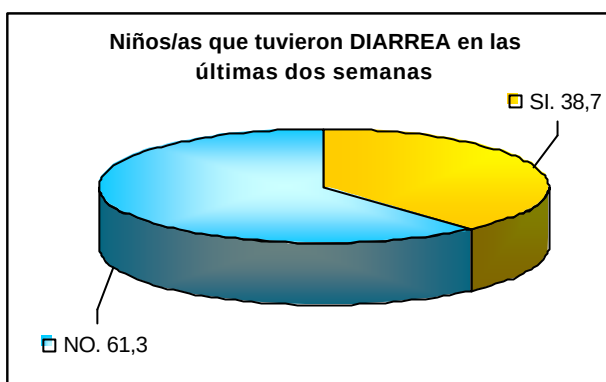
NUMERO DE VECES							TOTAL
VECES	0	1	2	3	4	5	
Nº	7	39	74	62	14	15	211
%	3,3	18,5	35,1	29,4	6,6	7,1	100,0



6- ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS - EDAS

Cuadro N° 29
N° Y % DE NIÑOS/AS QUE
TUVIERON DIARREA DURANTE
LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

DIARREA	%
Si	38,7 (116/300)
No	61,3 (184/300)



La incidencia de diarrea en las dos últimas semanas fue de 38.7% en niños/as menores de dos años, un 61% de los niños/as encuestados no tuvo diarrea.

CUADRO N° 30

N° Y % DE NIÑOS/AS QUE DURANTE LA
DIARREA RECIBEN, MENOS, IGUAL O
MAS LECHE MATERNA DURANTE LA
DIARREA

RECIBEN LECHE MATERNA	%
MAS	28,4 (33/116)
IGUAL	49,1 (57/116)
MENOS	4,3 (5/116)
DEJO DE DARLE	0,9 (1/116)
YA NO LE DA PECHO	17,2 (20/116)

CUADRO N° 31

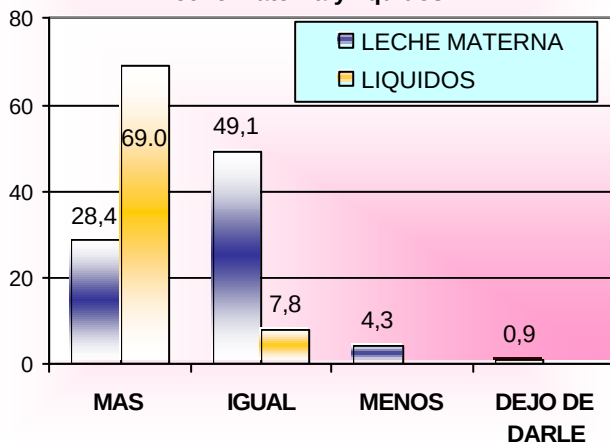
N° Y % DE NIÑOS/AS QUE DURANTE LA
DIARREA RECIBEN, MENOS, IGUAL O
MAS LIQUIDOS ADEMAS DE LECHE
MATERNA DURANTE LA DIARREA

RECIBEN LIQUIDOS	%
MAS	69,0 (80/116)
IGUAL	7,8 (9/116)
SOLO LE DIO PECHO	23,3 (27/116)

Se observa que un 69% de los niños/as reciben más líquidos cuando tiene diarrea y el 8% recibe la misma cantidad de líquidos, existe también un 23 % de niños/as que solo reciben lactancia materna cuando tienen diarrea, esto puede deberse a que estos niños/as corresponden al grupo etareo de menores de 6 meses.

En relación a la Leche Materna que recibe el niño/a cuando tiene diarrea el 77,6% de niños/as reciben igual o más cantidad de la acostumbrada, un mínimo porcentaje le dejo de dar o le da menos cantidad, es importante tomar en cuenta que un 17% de madres, el momento de la encuesta ya no le daban lactancia materna a sus niños/as

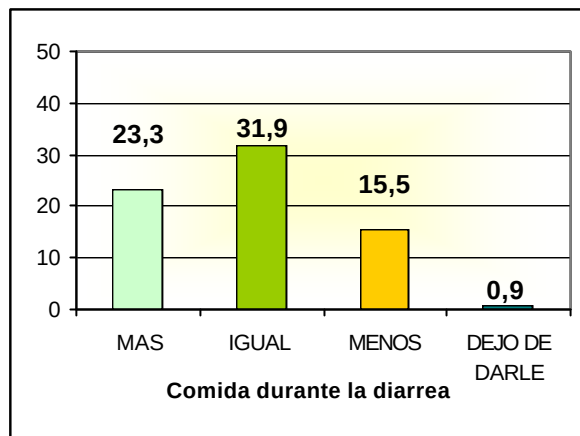
Niños/as que durante su diarrea recibieron
leche materna y líquidos



CUADRO N° 32

N° Y % DE NIÑOS/AS QUE DURANTE LA DIARREA RECIBEN, MENOS, IGUAL O MAS COMIDA DURANTE LA DIARREA

RECIBEN COMIDA	%
MAS	23,3 (33/116)
IGUAL	31,9 (57/116)
MENOS	15,5 (5/116)
DEJO DE DARLE	0,9 (1/116)
SOLO LE DIO PECHO	28,4 (20/116)

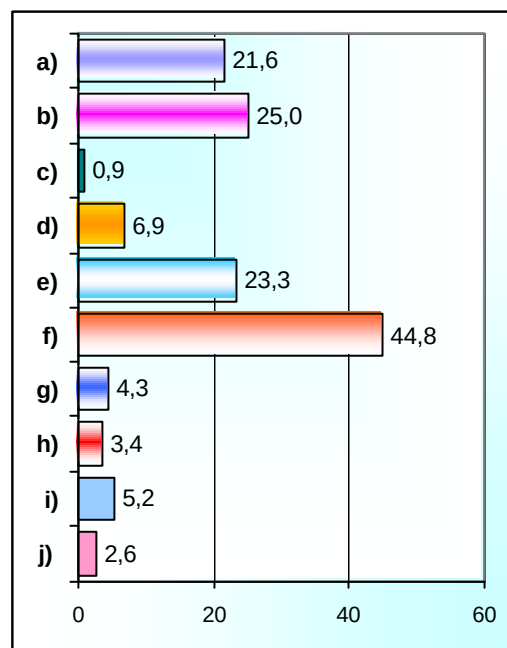


Observamos que el 55 % de los niños/as cuando tienen diarrea reciben igual o más cantidad de comida que habitualmente, un 15 % recibe menos alimentos cuando tienen diarrea, tan solo un 0.9 % dejó de darle alimentos a su niño/a, debemos tomar en cuenta que un 28.4% de niños/as solo recibieron lactancia materna.

CUADRO N° 33

TRATAMIENTO QUE LAS MADRES DIERON A SUS NIÑOS/A CUANDO TUVIERON DIARREA

TRATAMIENTO	%
a) NADA	21,6 (25/116)
b) SRO	25,0 (29/116)
c) SUERO CASERO	0,9 (1/116)
d) AGUA DE ARROZ/CEREAL	6,9 (8/116)
e) AGUA, MATES	23,3 (27/116)
f) JARABES O TABLETAS	44,8 (52/116)
g) INYECCION	4,3 (5/116)
h) SUERO INTRAVENOSO	3,4 (4/116)
i) REMEDIOS CASEROS	5,2 (6/116)
j) MAIZENA / ALMIDON	2,6 (3/116)



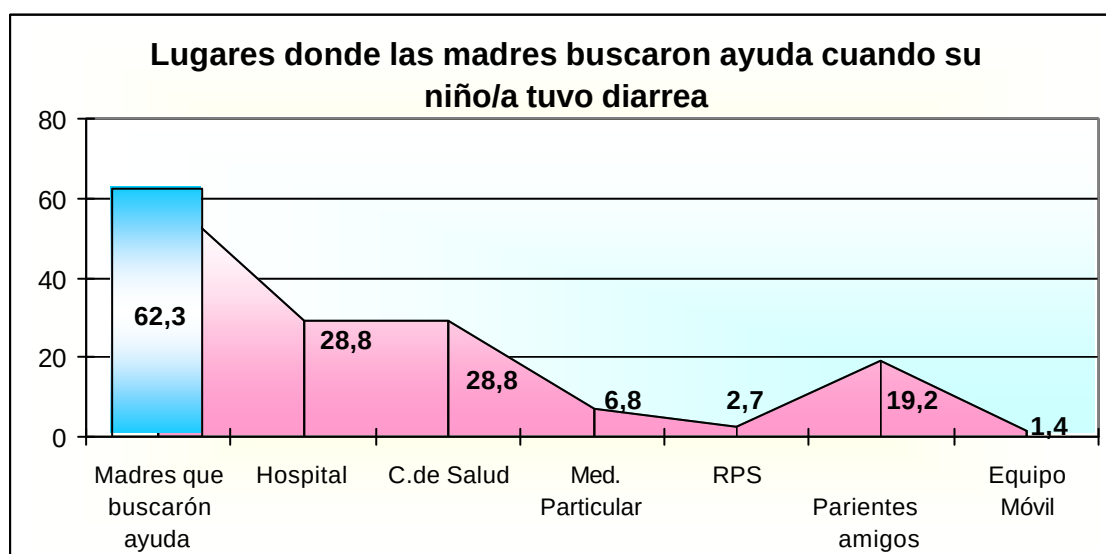
Satisfactoriamente resalta que el 56 % de niños/as recibieron Terapia de Rehidratación Oral con SRO, aguas y mates cuando tuvieron diarrea, sin embargo un 45% de las madres utilizaron jarabes o tabletas durante episodios de diarrea, un porcentaje mínimo utiliza otro tratamiento y un 25 % de niños/as no recibieron nada durante la diarrea.

CUADRO N° 34
N° Y % DE MADRES QUE BUSCARON
AYUDA FUERA DEL HOGAR
CUANDO SUS NIÑOS/AS TUVIERON
DIARREA

BUSCA AYUDA	%
SI	62,9 (73/116)
NO	37,1 (43/116)

CUADRO N° 35
LUGARES DONDE BUSCAN AYUDA LAS
MADRES CUANDO SU NIÑO/A TIENE
DIARREA

LUGARES	%
HOSPITAL	28,8 (21/73)
CENTRO DE SALUD	28,8 (21/73)
MEDICO/CLINICA PARTICULAR	6,8 (5/73)
FARMACIA	12,3 (9/73)
RPS	2,7 (2/73)
PARIENTES, AMIGOS, VECINOS	19,2 (14/73)
EQUIPO MOVIL	1,4 (1/73)



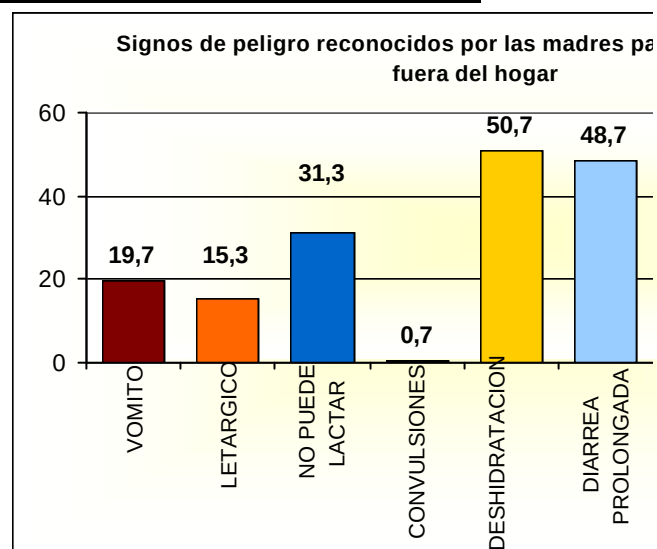
El 63% de madres buscaron ayuda fuera del hogar cuando su niño/a tenía diarrea, satisfactoriamente un 66% de estas madres fueron a un servicio de salud calificado (Hospital, Centro de Salud, médico particular, equipo móvil) lo que nos demuestra la confianza en estos servicios, un 12 % acudió a la farmacia, 19 % a parientes o amigos y un 3 % fue en busca del RPS de su comunidad.

CUADRO N° 36
N° Y % DE MADRES QUE MENCIONAN
SIGNOS DE PELIGRO PARA BUSCAR
AYUDA EN CASOS DE DIARREA

SIGNOS DE PELIGRO MENCIONADOS	%
VOMITA TODO LO QUE INGIERE	19,7 (59/300)
LETARGICO/ESTADO DE INCONCIENCIA	15,3 (46/300)
NO PUEDE BEBER NI LACTAR	31,3 (94/300)
CONVULSIONES / ATAQUES	0,7 (2/300)
DESHIDRATACION	50,7 (152/300)
DIARREA PROLONGADA	48,7 (146/300)
SANGRE EN LAS HECES	9,3 (28/300)
NO SABE	6,7 (20/300)
OTROS	16,3 (49/300)

CUADRO N° 37
OTROS SIGNOS QUE RECONOCE LA MADRE

OTROS SIGNOS	%
FIEBRE	51,0 (25/49)
BAJAN DE PESO	22,4 (11/49)
LLORA MUCHO	8,2 (4/49)
DIARREA	2,0 (1/49)
FATIGADO	8,2 (4/49)
TIENE PALIDEZ	8,2 (4/49)



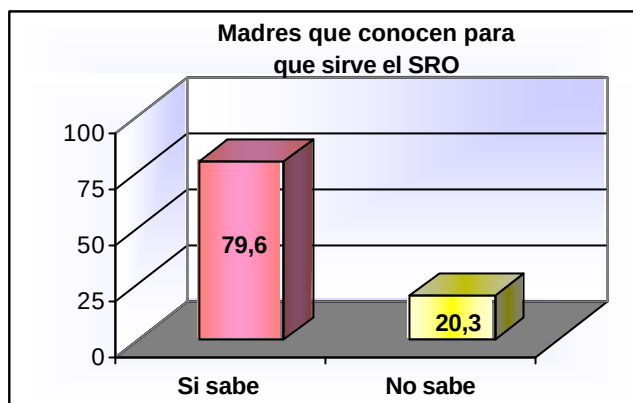
Más del 45 % de madres, reconocen la deshidratación y la diarrea prolongada como signos de peligro para buscar ayuda fuera del hogar, un 31 % de madres mencionan como signo de peligro la dificultad que tiene el niño/a para beber o lactar, entre un 15 % de madres mencionan el vómito y la inconciencia como signo de peligro.

Un 16 % de madres además de los signos mencionados reconocen como signos de peligro la Fiebre (51%), bajo peso (22%), llanto, diarrea, fatiga y palidez en menos proporción.

Cuadro N° 38

N° y % DE MADRES QUE SABEN PARA QUE SIRVE EL SRO

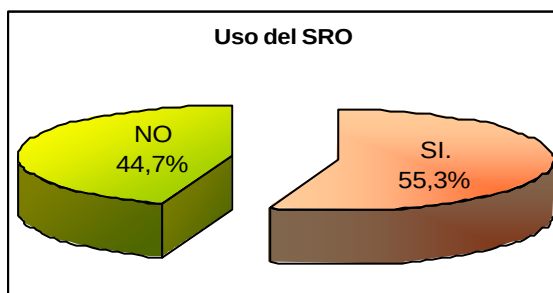
SRO	%
Saben para que sirve	79.6 (239/300)
No saben para que sirve	20.3 (61/300)



El 80% de madres respondieron correctamente para que sirve el Suero de Rehidratación Oral (SRO), tan solo un 20 % no saben para que sirve el SRO.

Cuadro N° 39

N° y % DE MADRES QUE USARON ALGUNA VEZ SRO

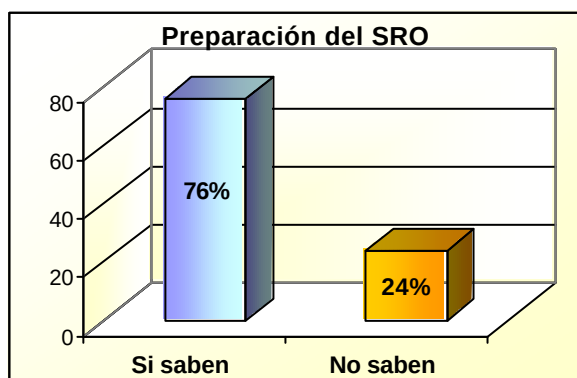


USO SRO	%
Si	55,3 (166/ 300)
No	44,7 (134/ 300)

Se observa en el cuadro que un 55 % de las madres uso SRO en algún episodio diarreico, sin embargo un poco menos de la mitad 45% de las madres nunca lo usaron.

Cuadro N° 40
N° y % DE MADRES QUE SABEN COMO PREPARAR EL SRO

PREPARACIÓN	%
Saben preparar	76,0 (228/ 300)
No saben preparar	24,0 (72/300)



El 80% de las madres dieron una respuesta correcta cuando se les preguntó si sabían para que sirve el SRO, más del 50% lo usó alguna vez y de estas más del 76% saben como prepararlo correctamente.

7.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS - IRAS

Cuadro N° 41
N° y % DE NIÑOS/AS CON TOS O
RESFRIO EN LAS ULTIMAS DOS
SEMANAS

TOS O RESFRIO	%
Si	58,0 (174/300)
No	42,0 (126/300)

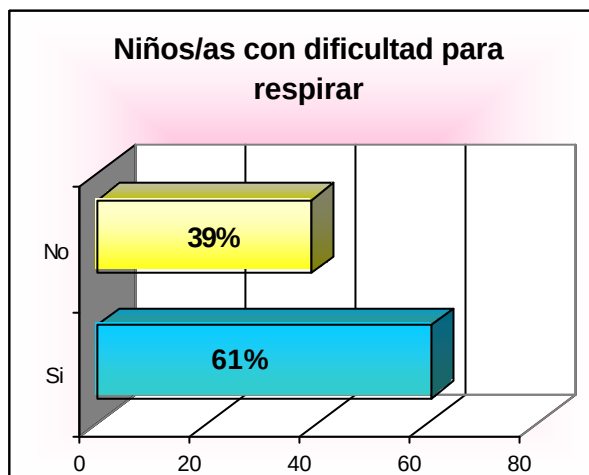


El 58% de los niño/as de todos los Municipios se enfermaron con tos o resfrío en las últimas dos semanas previas a la encuesta.

Cuadro N° 42

N° y % DE NIÑOS/AS QUE TUVIERON
DIFICULTAD PARA RESPIRAR

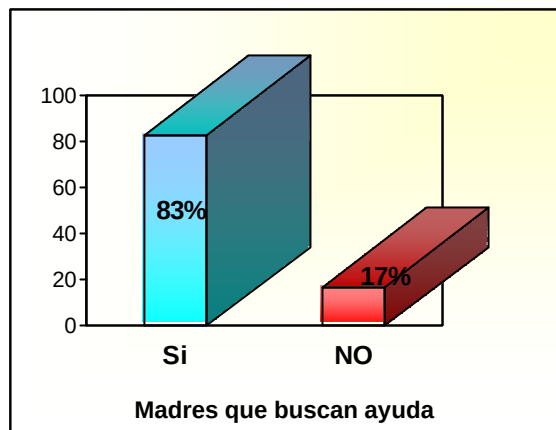
NIÑOS/AS CON SIGNOS DE PELIGRO RESPIRATORIOS	%
Si	60,9 (106/174)
No	39,1 (68/174)



Es alto el porcentaje de niños/as con dificultad para respirar cuando tuvieron tos o resfrío (61%), sin embargo es posible que las madres hayan confundido dificultad para respirar con el hecho de que los niños/as tengan la nariz tapada por la congestión nasal.

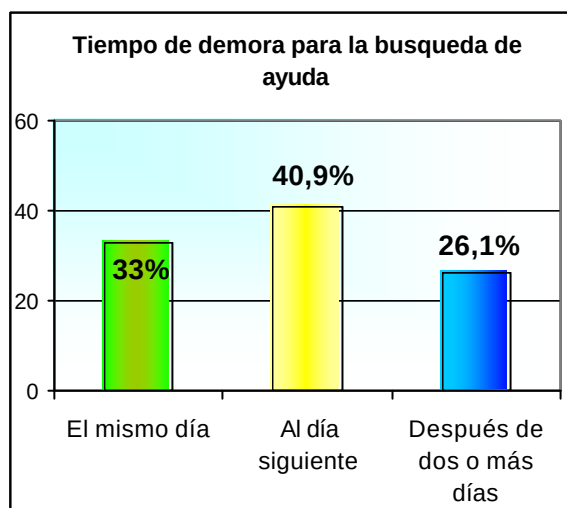
Cuadro N° 43
N° y % DE MADRES QUE BUSCARON
AYUDA CUANDO SU NIÑO/A TUVO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR

BUSQUEDA DE AYUDA	%
Si	83,0 (88/106)
No	17,0 (18/106)



Es alto el porcentaje de las madres que buscan ayuda cuando sus niños/as presentan signos de peligro, más del 80%, lo que indica un buen cambio de comportamiento.

Cuadro N° 44	
TIEMPO DE DEMORA DE LAS MADRES EN BUSCAR AYUDA	
TIEMPO	%
El mismo día	33,0 (29 / 88)
Al día siguiente	40,9 (36 / 88)
Después de dos o más días	26,1 (23 / 88)



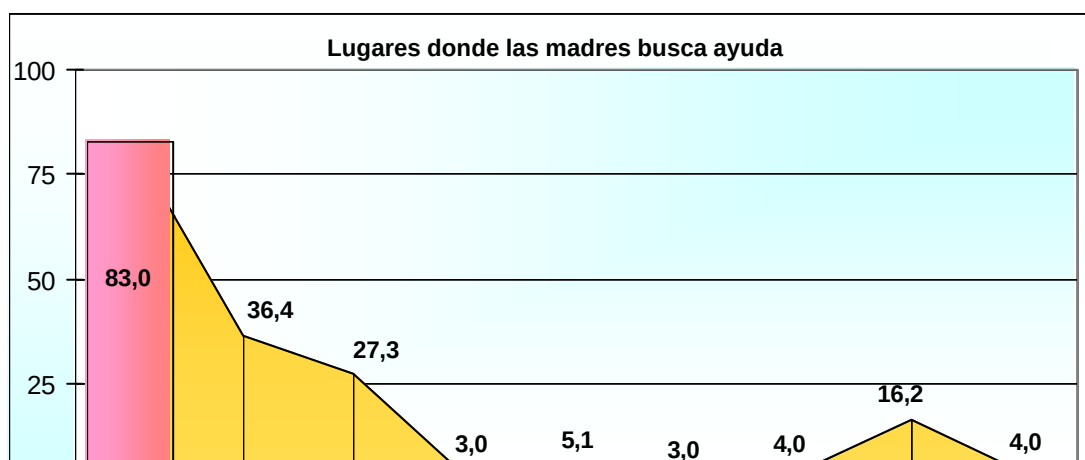
Al analizar el tiempo que demoran las madres en buscar ayuda cuando sus niños/as tienen dificultad para respirar, se encontró que la búsqueda de ayuda oportuna el mismo día, llega a 33% mientras que el 41% busca ayuda al día siguiente. Hay un porcentaje de 26% de madres que demoran dos o más días para buscar ayuda.

Cuadro N° 45
DONDE ACUDEN LAS MADRES EN
BUSCA DE AYUDA CUANDO HAY
SEÑALES DE PELIGRO DE
NEUMONIA

LUGAR O PERSONA	%
Hospital	40,9
Centro de Salud	30,6
Equipo Móvil	3,4
Médico particular	5,6
RPS	3,4
Curandero	4,5
Farmacia/tienda	18,1
Parientes/amigos	4,5
No sabe	1,0 (1 / 88)

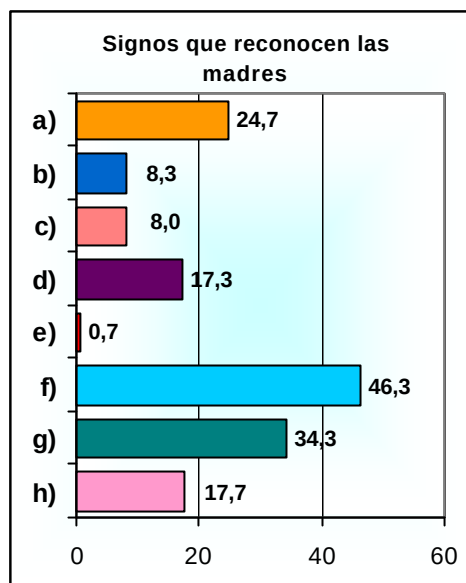
El 83 % de las madres buscaron ayuda cuando sus niños/as presentaban señales de peligro de neumonía, de ellas el 81 % acudía en búsqueda de ayuda a un Servicio de Salud calificado como hospital, Centro de Salud, Equipo Móvil y Medico particular.

Hay un porcentaje considerable (16%) principalmente en Yapacaní, que busca ayuda directamente en las farmacias.



Cuadro N° 46 A
N° y % DE MADRES QUE RECONOCEN
SIGNOS DE PELIGRO DE NEUMONIA

SIGNOS DE PELIGRO	%
a) No sabe, no responde	24,7 (74/300)
b) Vomita todo lo que ingiere	8,3 (25/300)
c) Letárgico, estado de inconsciencia	8,0 (24/300)
d) No puede beber ni lactar	17,3 (52/300)
e) Convulsiones o ataques	0,7 (2/300)
f) Respiración rápida	46,3 (139/300)
g) Dificultad para respirar	34,3 (103/300)
h) Otros	17,7 (53/300)



Cuadro N° 46 B
N° y % DE MADRES QUE IDENTIFICAN OTROS
SIGNOS DE PELIGRO DE NEUMONIA

SIGNOS DE PELIGRO	%
Amígdalas inflamadas	1,9 (1/53)
Debilidad	1,9 (1/53)
Dolor de garganta	1,9 (1/53)
Fiebre	56,6 (30/53)
Ictericia	1,9 (1/53)
Llora mucho	11,3 (6/53)
Ojos enrojecidos	1,9 (1/53)
Peso bajo	1,9 (1/53)
Supuración de oído	1,9 (1/53)
Tos	17,0 (9/53)
Vomita sangre	1,9 (1/53)

Los dos signos de peligro que más reconocen las madres, son la respiración rápida y dificultad para respirar, los otros signos tienen un porcentaje más pequeño entre 1 y 17%, también observamos que alrededor de un 25% de madres, respondieron no tener conocimiento sobre los signos de peligro.

Un 18% de madres reconoce además otros signos de peligro, siendo el signo más identificado como de riesgo la fiebre, el llanto y la tos respectivamente.

Cuadro N° 46 C
N° y % DE MADRES QUE RECONOCEN UNO,
DOS Y TRES SIGNOS DE PELIGRO DE
NEUMONIA

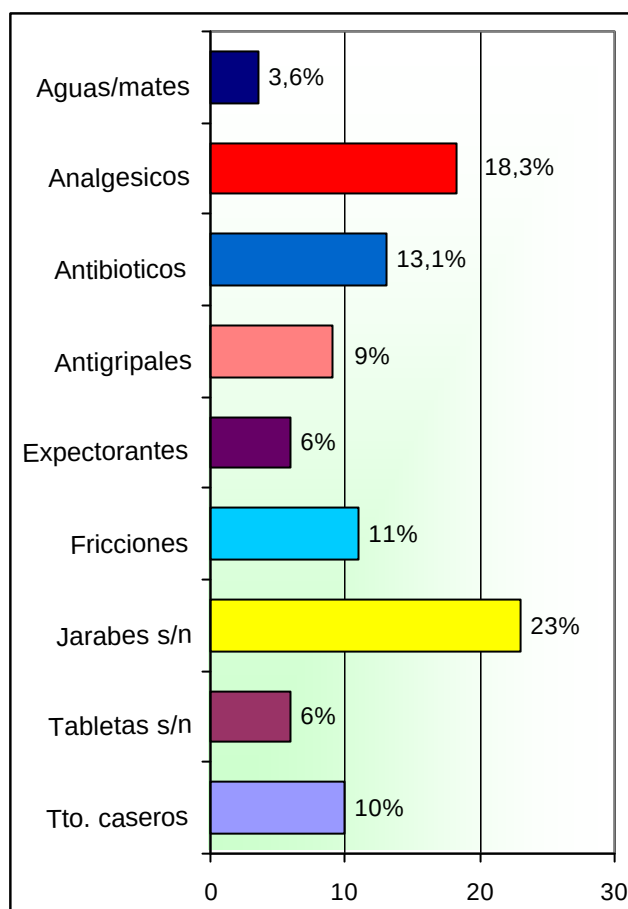
SIGNOS DE PELIGRO	%
Un signo	23,7 (71/300)
Dos signos	36,0 (108/300)
Tres signos	10,3 (31/300)

Cuantificando el número de signos que reconocen las madres tenemos que un 36% de ellas reconocen dos signos de peligro, un 24% un signo de peligro y solo un 10 % reconoce tres signos de peligro.

Cuadro N° 47

**TRATAMIENTO QUE DAN LAS MADRES
CUANDO SUS NIÑOS/AS TIENEN TOS O
RESFRÍO**

TRATAMIENTO	%
Agua de mandarina	0,7 (1/138)
Agua de manzanilla	1,4 (2/138)
Agua de eucalipto	0,7 (1/138)
Amoxicilina	1,4 (2/138)
Ampicilina	1,4 (2/138)
Antigripal	2,2 (3/138)
Aspirina	2,2 (3/138)
Azúcar quemada	0,7 (1/138)
Baño con alcohol	0,7 (1/138)
Broncosol	1,4 (2/138)
Calmadolcito	2,9 (4/138)
Cotrimoxasol	7,2 (10/138)
Desenfríolito	0,7 (1/138)
Dineumobron	0,7 (1/138)
Dioxadol gotas	1,4 (2/138)
Dolorsan	1,4 (2/138)
Fricción c/aceite de raya	0,7 (1/138)
Fricción c/aceite de pata	2,2 (3/138)
Gotas nasales	0,7 (1/138)
Inyección	2,9 (4/138)
Jarabe	19,6 (27/138)
Jarabe y tabletas	1,4 (2/138)
Jarabe e Inyección	2,2 (3/138)
Jarabe y nebulización	0,7 (1/138)
Mate con limón	0,7 (1/138)
Mentisan	14,5 (20/138)
Miel	2,9 (4/138)
Multivitámico	0,7 (1/138)
Jugo de naranja caliente	0,7 (1/138)
Paracetamol	5,8 (8/138)
Pastillas	0,7 (1/138)
Pomada naturista	0,7 (1/138)
Resfriolito	5,1 (7/138)
Remedio casero	0,7 (1/138)
Salbutamol	0,7 (1/138)
SRO	0,7 (1/138)
Suero casero	0,7 (1/138)
Supositorios	0,7 (1/138)
Tabletas	5,8 (8/138)
Te	0,7 (1/138)



El cuadro nos muestra los diferentes tratamientos que dan las madres cuando sus niños/as tienen tos o resfrío, agrupando los mismos de acuerdo a su similitud, así tenemos que el 23% de madres utilizan jarabes, un 18% analgésicos y un 13% antibióticos, se observa también que un 10 % utiliza tratamientos caseros y fricciones como tratamiento de la tos o resfrío.

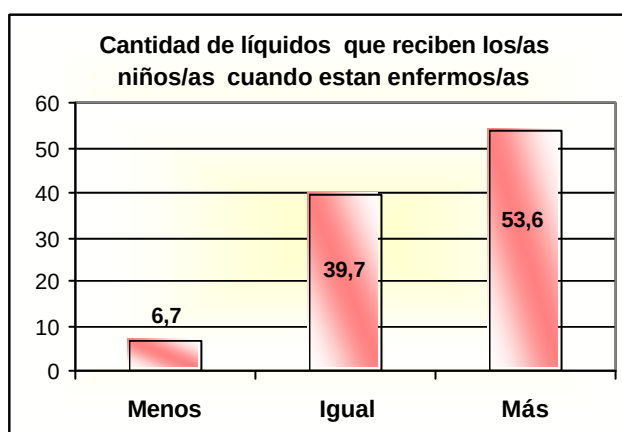
Cuadro N° 48
**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE
LOS NIÑOS/AS EN LAS ÚLTIMAS DOS
SEMANAS**

ENFERMEDADES	%
Aftas	0,7 (2/300)
Conjuntivitis	1,0 (3/300)
Escabiosis	0,3 (1/300)
Fiebre	6,3 (19/300)
Granitos	0,3 (1/300)
Granos en la lengua	0,3 (1/300)
Hongos genitales	0,3 (1/300)
Heridas en Cuerpo	0,3 (1/300)
Hinchazón barriga	0,3 (1/300)
Piodermitis	0,3 (1/300)
Puchichis	0,7 (2/300)
Quemaduras	0,3 (1/300)
Sarna	1,3 (4/300)
Varicela	0,3 (1/300)
Ninguna	87,0 (26/300)

Es muy importante considerar que en las últimas dos semanas antes de la encuesta, el 87% de los niños/as no se habían enfermado, el único problema de salud que aparece en un 6% es fiebre.

Cuadro N° 49
N° Y % DE NIÑOS/AS QUE RECIBEN
MENOS, IGUAL O MÁS LÍQUIDOS
CUANDO ESTÁN ENFERMOS/AS

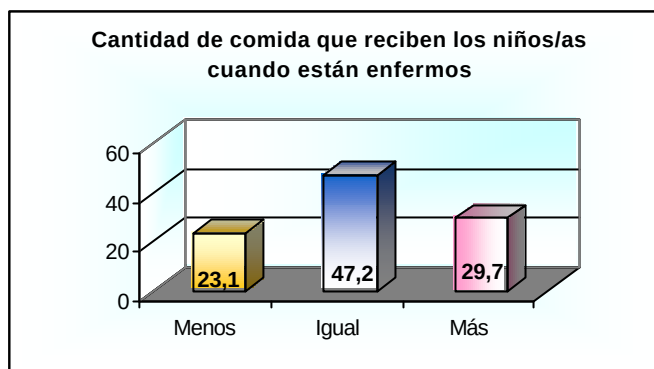
CANTIDAD DE LÍQUIDOS	%
Menos	6,7 (15/300)
Igual	39,7 (89/300)
Más	53,6 (120/300)



Más del 50% de las madres dan mayor cantidad de líquidos a sus niños/as cuando están enfermos, lo que indica una buena práctica de salud por las madres. Tan solo un porcentaje muy bajo (7%) dan menos líquido.

CUADRO N° 50
N° Y % DE NIÑOS/AS QUE RECIBEN
MENOS, IGUAL O MÁS COMIDA
CUANDO ESTÁN ENFERMOS/AS

CANTIDAD DE COMIDA	%
Menos	23,1 (49/212)
Igual	47,2 (100/212)
Más	29,7 (63/212)



Es muy bueno encontrar que un 77% de las madres dan igual o más comida durante la enfermedad de los niños/as.

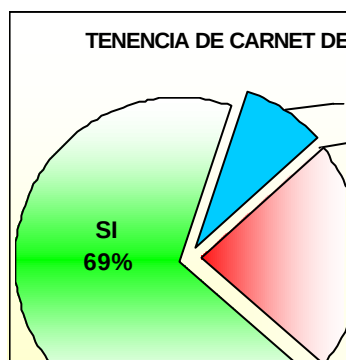
8.- SALUD MATERNA

8.1 CONTROL PRE NATAL , PARTO, PUERPERIO, CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIEN NACIDO

Cuadro N° 51

N° Y % DE MADRES QUE TIENEN
CARNET DE SALUD

CARNET DE SALUD DE LA MADRE	%
Si, verificado	69,0 (207/300)
Si, en el Centro de Salud	23,0 (69/300)
No tienen	8,0 (24/300)

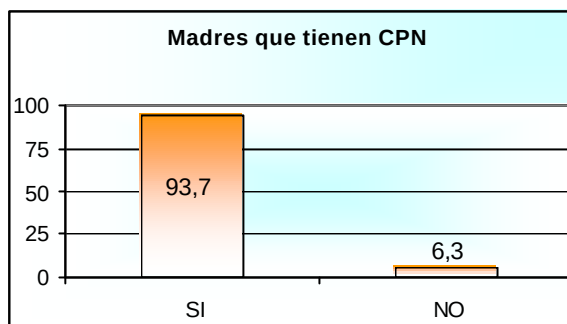


Se encontró que 69% de la porcentaje de aquellas mad tienen Carnet de Salud.

Cuadro N° 52

**N° Y % DE MADRES QUE
TUVIERON CONTROL PRENATAL
DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO**

CONTROL PRENATAL	%
Si	93,7 (281/300)
No	6,3 (19/300)

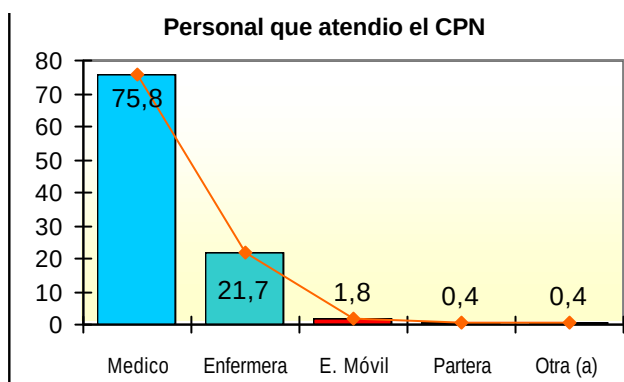


El porcentaje de madres con Control Prenatal es satisfactoriamente alto (94%).

Cuadro N° 53

**CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES
SEGÚN PERSONA QUE LO REALIZÓ**

PERSONA QUE ATENDIO EL CPN	%
Médico	75,8 (213/281)
Enfermera	21,7 (61/281)
Equipo Móvil	1,8 (5/281)
Partera	0,4 (1/281)
Otro (mamá)	0,4 (1/281)



La atención del control prenatal por médicos/as es alta en todos los Municipios, como se puede observar en el cuadro y gráfico (76%), lo cual tiene relación por el alto porcentaje de madres que tienen Control Prenatal.

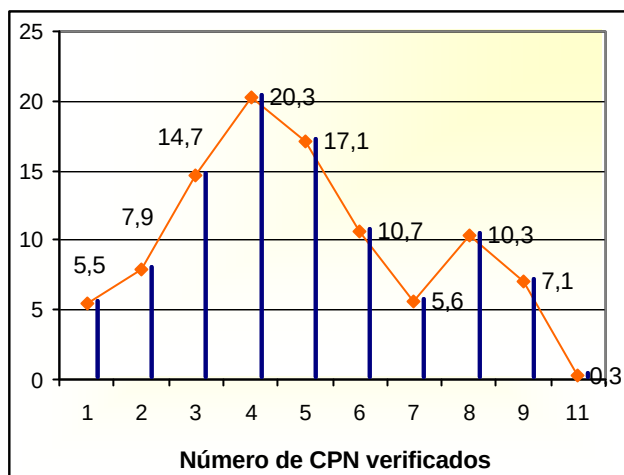
**TEMAS DE ORIENTACIÓN QUE LAS MADRES RECIBIERON
DURANTE SU CPN**

TEMAS	%
Preparativos para el parto	45,2 (127/281)
Lactancia Materna	59,4 (167/281)
Espaciamiento entre embarazos	48,0 (135/281)
Vacuna DT o TT	58,7 (165/281)
Señales de peligro	53,4 (150/281)

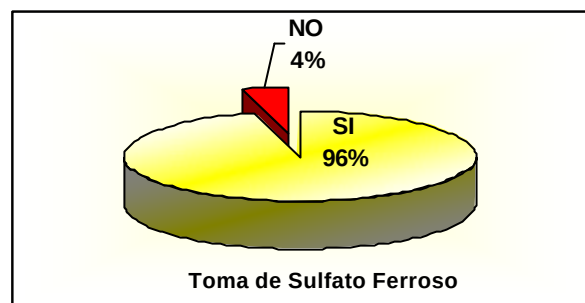
Más de la mitad de las madres han sido orientadas durante su Control Prenatal en relación a los temas priorizados para este periodo, como se puede observar en el cuadro.

Cuadro N° 55
NUMERO DE CPN DE LAS MADRES
EN SU ULTIMO EMBARAZO
VERIFICADO EN EL CARNET

NUMERO DE CPN	%
Un control	5.5 (14/251)
Dos controles	7.9 (20/251)
Tres controles	14.7 (37/251)
Cuatro controles	20.3 (51/251)
Cinco controles	17.1 (43/251)
Seis controles	10.7 (27/251)
Siete controles	5.6 (14/251)
Ocho controles	10.3 (26/251)
Nueve controles	7.1 (18/251)
Once controles	0,3 (1/251)
Si	95,7 (269/281)
No	4,3 (12/281)

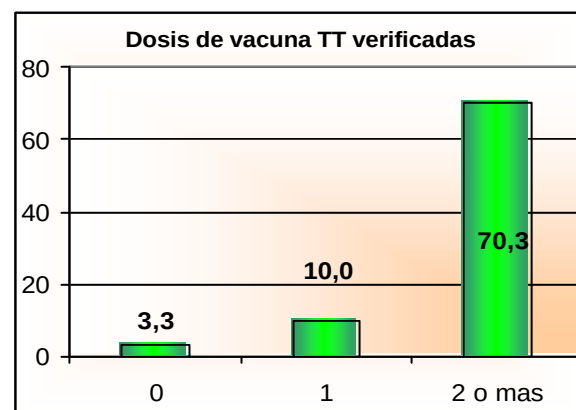
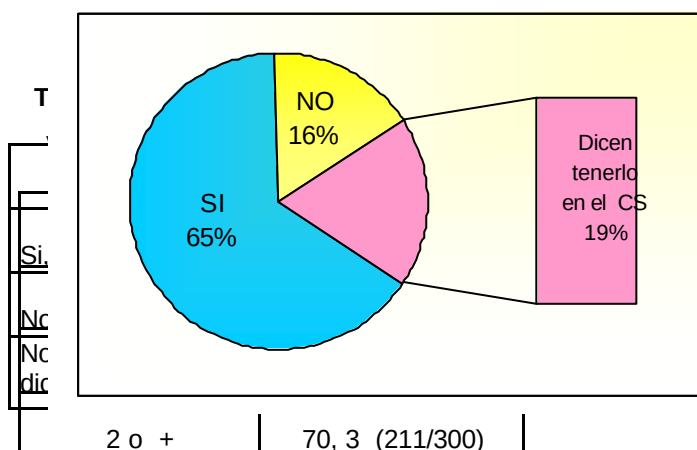


Satisfactoriamente el 68% de madres tuvieron más de 4 CPN en su último embarazo, siendo este el mayor porcentaje.



El porcentaje de madres que recibieron Sulfato Ferroso en su último embarazo es alto (96%)

Las madres tienen Carnet de Vacunas contra el tétanos, tan solo por este carnet y un 19 % dice tenerlo en el Centro de Salud.



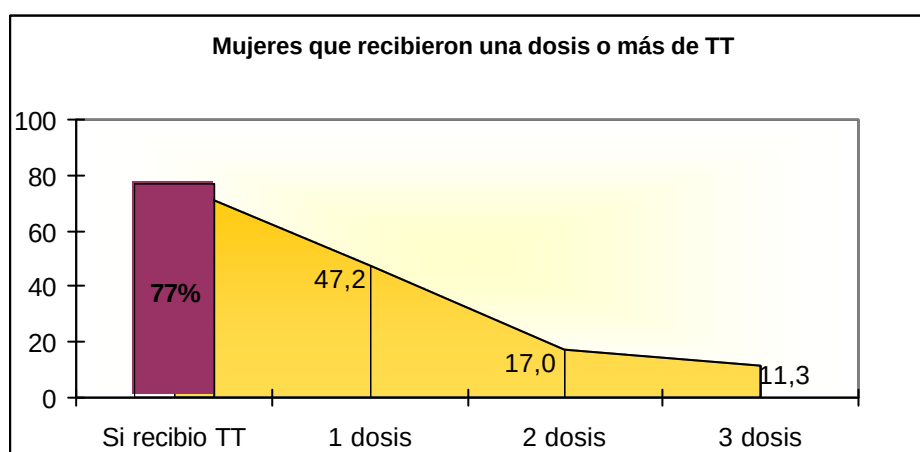
El porcentaje de madres con dos o más dosis de vacuna antitetánica verificadas en el carnet de vacunas, llega a un 70.3 %,

Cuadro N° 59
N° Y % DE MADRES QUE DICEN
HABER RECIBIDO VACUNA CONTRA
EL TETANOS EN SU ULTIMO
EMBARAZO

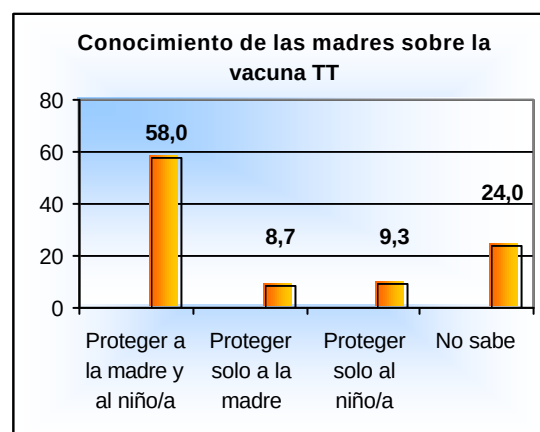
VACUNA CONTRA EL TETANOS	%
Si	77,0 (231/300)
No	23,0 (69/300)

Cuadro N° 60
N° Y % DE MADRES SEGÚN NUMERO DE
VECES QUE DICEN HABER SIDO
VACUNADAS CONTRA EL TETANOS
DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO

N° DE VECES	%
1	47,2 (109/231)
2	17,0 (96/231)
3	11,3 (26/231)

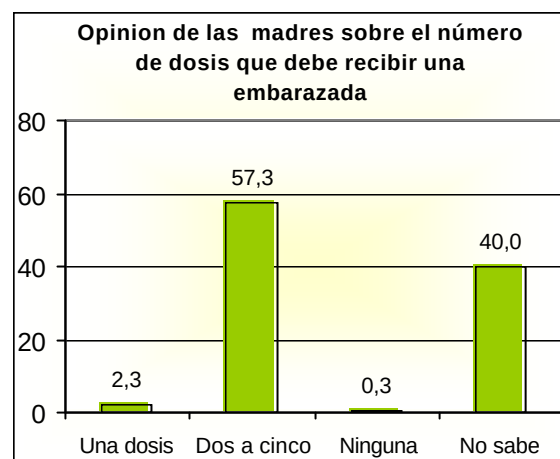


La 77% del cual un
y un 11 % indica



Cuadro N° 61
RAZONES POR LAS CUALES UNA
MUJER DEBE VACUNARSE CONTRA EL
TETANOS

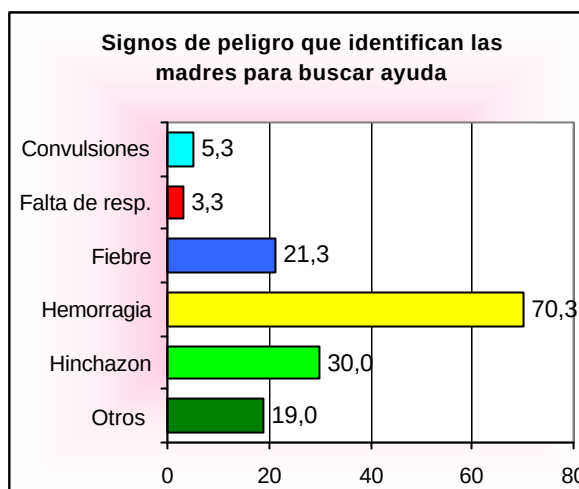
RAZONES	%
Para proteger a la madre y al niño/ contra el tétanos	62,58,0 (174/300)
Para proteger solo a la madre contra el tétanos	8,7 (26/300)
Para proteger solo al niño/ a contra el tétanos	9,3 (28/300)
No sabe	24,0 (72/300)
Una dosis	2,3 (7/300)
Dos a cinco dosis	57,3 (172/300)
Ninguna	0,3 (1/300)
No sabe/no responde	40,0 (120/300)



El 58% de las madres respondieron correctamente sobre el tétanos. También un 57,3 % respondieron acertadamente vacuna TT que debe tener una mujer durante su embarazo cuantas dosis de vacuna TT debe recibir.

Cuadro N° 63A
SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL
EMBARAZO QUE INDICAN
BUSQUEDA DE AYUDA

SIGNOS DE PELIGRO	%
Fiebre	21,3 (64/300)
Falta de respiración	3,3 (10/300)
Hemorragia	70,3 (211/300)
Hinchazón de cuerpo, manos, cara	30,0 (90/300)
Convulsiones	5,3 (16/300)
Otros	19,0 (57/300)



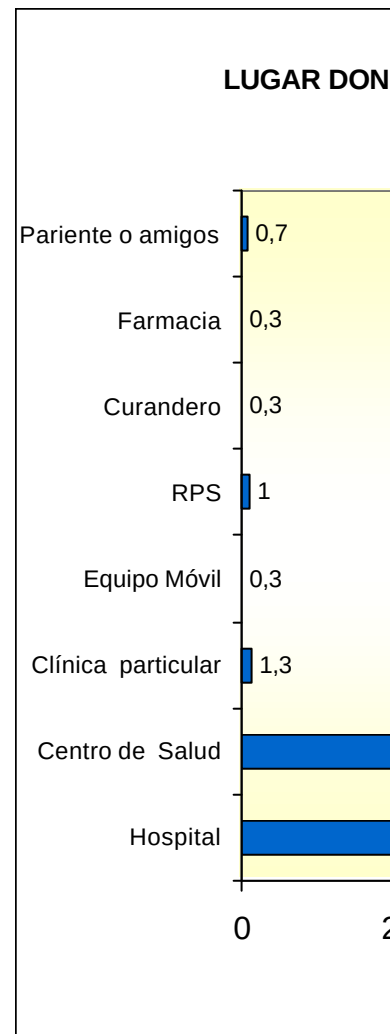
Cuadro N° 63 B
OTROS SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL
EMBARAZO QUE INDICAN BUSCAR
AYUDA, SEGÚN OPINION DE LAS MADRES

OTROS SIGNOS DE PELIGRO	%
Anemia	19,3 (11/57)
Bebé no se mueve	1,8 (1/57)
Debilidad	1,8 (1/57)
Dolor bajo vientre	31,6 (18/57)
Dolor de cadera	1,8 (1/57)
Dolor de cabeza	24,6 (14/57)
Enflaquecer	1,8 (1/57)
Falta de apetito	1,8 (1/57)
Mareos	5,3 (3/57)
Vómito	5,3 (3/57)
Infección urinaria	1,8 (1/57)
Mala posición	1,8 (1/57)
Presión alta	1,8 (1/57)

Se observa en el cuadro 63 –A que el signo de peligro más reconocido por las madres durante el embarazo que indica búsqueda de ayuda, es la hemorragia (70%), seguido de hinchazón de cuerpo manos y cara (30%), también las madres reconocen otros signos de peligro como importantes tales como el dolor de bajo vientre, dolor de cabeza y la anemia

Cuadro N° 64
DONDE BUSCAN AYUDA LAS MADRES ANTE UN SIGNO DE
PELIGRO

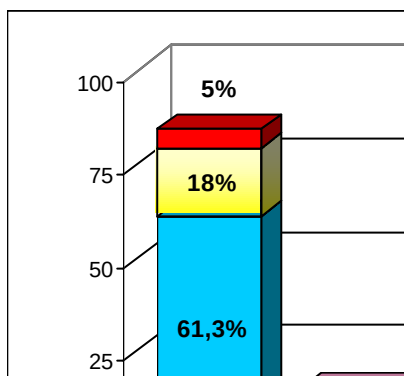
BUSQUEDA DE AYUDA	%
a) Hospital	60,7 (182/300)
b) Centro de Salud	35,3 (106/300)
c) Clínica particular	1,3 (4/300)
d) Equipo Móvil	0,3 (1/300)
e) RPS	1,0 (3/300)
f) Curandero	0,3 (1/300)
g) Farmacia	0,3 (1/300)
h) Pariente o amigos	0,7 (2/300)



El 98% de las madres ante un signo de peligro, buscan ayuda en un Servicio de Salud calificado, tal como Hospital, Centro de Salud, Clínica particular o Equipo Móvil.

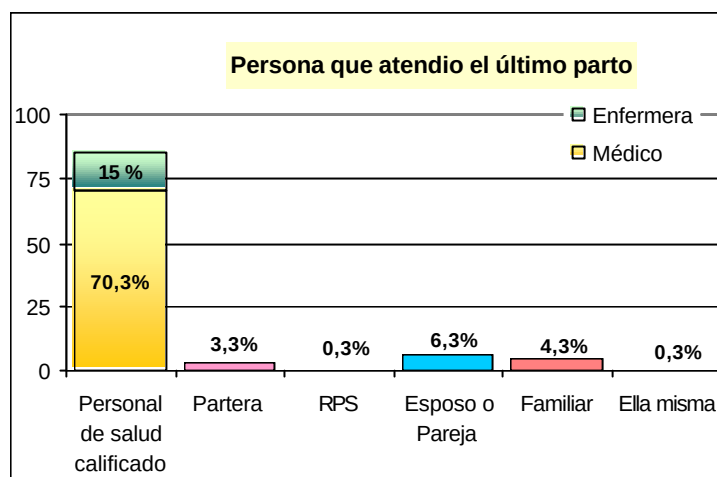
Cuadro N° 65
N° Y % DE MADRES SEGÚN LUGAR DEL
PARTO DE SU ÚLTIMO/A HIJO/A

LUGAR DEL PARTO	N°	%
Casa	44	14,7 (44/300)
Atención del Hospital	184	61,3 (184/300)
Centro de Salud	54	18,0 (54/300)
Clínica privada	211	70,3 (211/300)
Enfermería	45	15,0 (45/300)
Partera chaco	10	3,3 (10/300)
RPS	1	0,3 (1/300)
Esposos/pareja	19	6,3 (19/300)
Familiar		
Ella misma		



El 84% de las madres tuvieron el parto de su último niño/a en un lugar calificado como ser el Hospital, Centro de Salud u Clínica privada.

Cerca de 15% tuvo su parto en su casa y un porcentaje mínimo en el chaco,



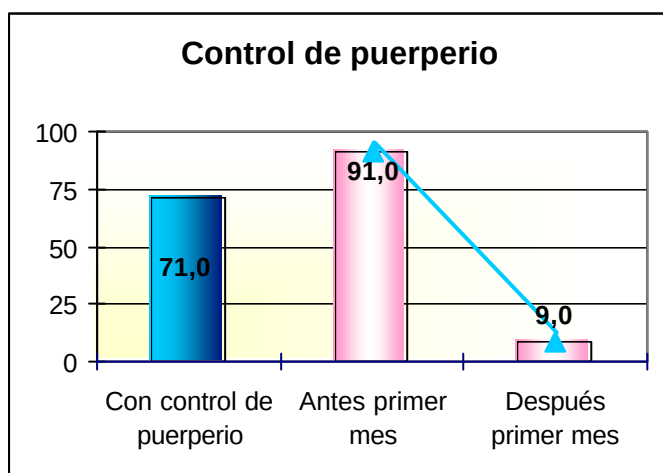
El último parto del 85% de las madres fue atendido por personal calificado, un porcentaje mínimo (6.3%) tuvo atención de su último parto por el esposo o pareja, un 4.3 % por algún familiar y un 0.3 % por el RPS o por ella misma respectivamente.

Cuadro N° 67
N° Y % DE MADRES QUE
TUVIERON CONTROL DE
PUERPERIO

CONTROL DE PUERPERIO	%
Si	71,0 (213/300)
No	29,0 (87/300)

Cuadro N° 68
PRIMER CONTROL DE PUERPERIO
DE LA MADRE DESPUES DE SU
PARTO

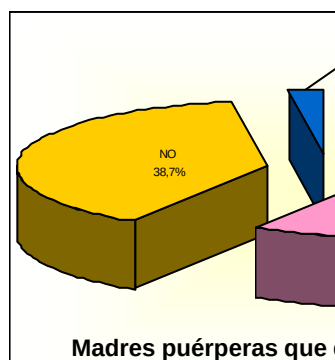
CONTROL DE PUERPERIO	%
Antes del primer mes	91,0 (203/213)
Después del primer mes	9,0 (20/223)



El 71% de las madres tuvo control de puerperio después de su último parto, de todas ellas el 91% lo tuvo antes del primer mes y el 9%

Cuadro N° 69
N° Y % DE MADRES QUE DICEN HABER
RECIBIDO VITAMINA "A" EN LOS
PRIMEROS DOS MESES DESPUÉS DEL
PARTO

VITAMINA A	%
Si	59,0 (117/300)
No	38,7 (116/300)
No sabe, no responde	2,3 (7/300)

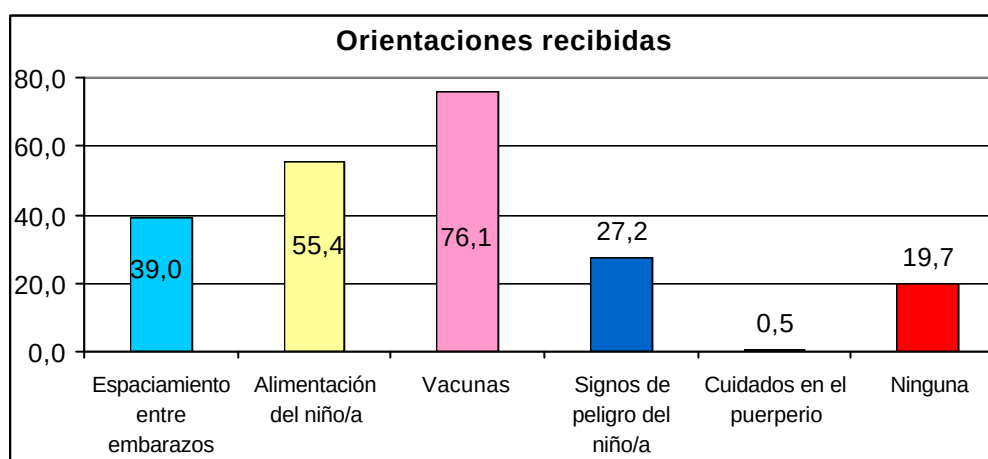
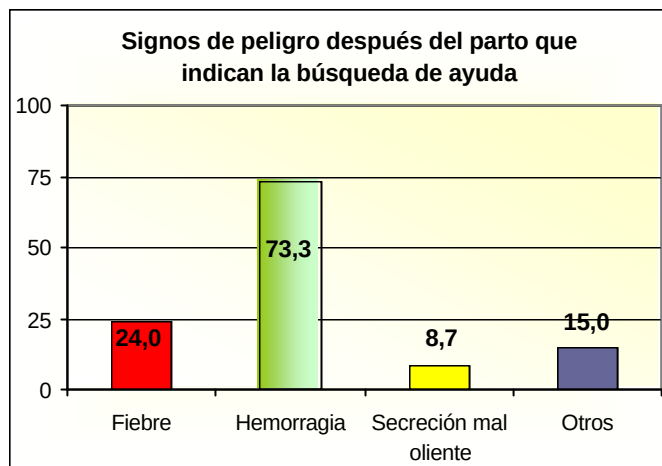


El cuadro nos muestra que e primeros dos meses después posiblemente por falta de inforr este caso es probable que este

Cuadro N° 70
TEMAS DE ORIENTACION QUE LAS MADRES RECIBIERON
DURANTE SU CONTROL DE PUERPERIO

TEMAS	%
Espaciamiento entre embarazos	39,0 (83/213)
Alimentación del niño/a	55,4 (118/213)
Vacunas	76,1 (162/213)
Signos de peligro del niño/a	27,2 (58/213)
Cuidados en el puerperio	0,5 (1/213)
Ninguna	19,7 (42/213)

Más del 50 % de madres recibieron orientación sobre



Cuadro N° 71

SIGNOS DE PELIGRO DESPUES
DEL PARTO QUE INDICAN
NECESIDAD DE BUSCAR AYUDA,
SEGÚN OPINION DE LAS MADRES

SIGNOS DE PELIGRO	%
Fiebre	24,0 (72/300)
Hemorragia	73,3 (220/300)
Secreción mal oliente	8,7 (26/300)
Otros	15,0 (45/300)

Cuadro N° 71 A
OTROS SIGNOS DE PELIGRO DESPUES DEL
PARTO QUE INDICAN NECESIDAD DE
BUSCAR AYUDA, SEGÚN OPINION DE LAS
MADRES

OTROS SIGNOS DE PELIGRO	%
Anemia	8,9 (4/45)
Dolor bajo vientre	22,2 (10/45)
	35,6 (16/45)

Como se puede ver en el cuadro N° 69 y el 73% de la que la Hemorragia es uno de los que indica necesidad de ayuda, la fiebre un 24 % y la secreción mal oliente por un 9%.

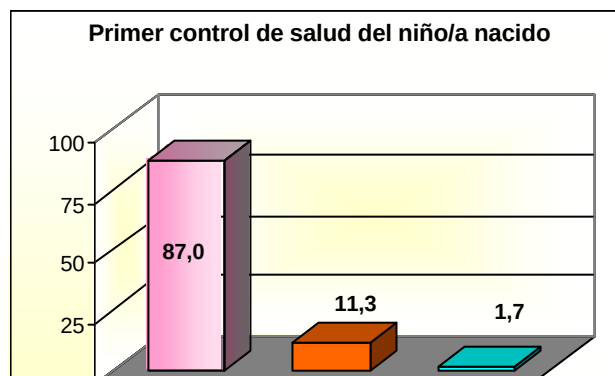
El 15 % de las madres además otros signos de peligro como dolor de cabeza, dolor bajo vientre, menor proporción que en el cuadro N° 70 A.

Dolor de cabeza	
Desmayo	2,2 (1/45)
Escalofríos	2,2 (1/45)
Hinchazón	6,7 (3/45)
Inflamación de matriz	6,7 (3/45)
Mareos	2,2 (1/45)
Sobre parto	11,1 (5/45)
Presión alta	2,2 (1/45)

Cuadro N° 72

**1er. CONTROL DE SALUD
DEL RECIÉN NACIDO**

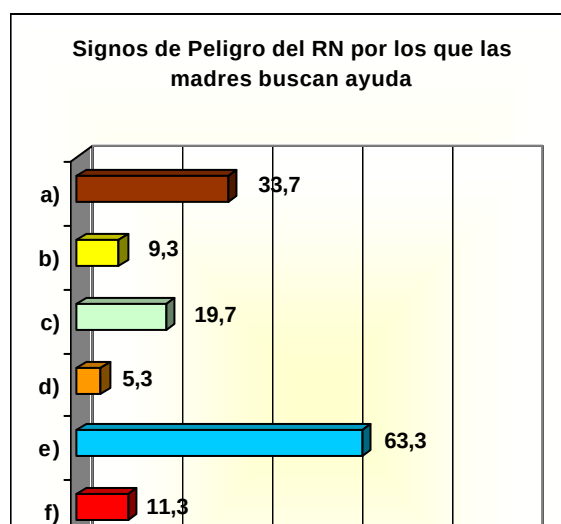
TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUES DEL NACIMIENTO	%
Antes del primer mes	87,0 (261/300)
Después del primer mes	11,3 (34/300)
No tiene control	1,7 (5/300)



Satisfactoriamente el cuadro nos muestra que el 87 % de niños/as tuvieron su Primer Control de Salud antes del primer mes de vida. Tan solo menos del 2 % de niños/as no tuvo control ni antes ni después del primer mes de vida.

Cuadro N° 73 A
**SIGNOS DE PELIGRO EN EL RECIEN
NACIDO QUE INDICAN NECESIDAD DE
BUSCAR AYUDA, SEGÚN OPINION DE
LAS MADRES**

SIGNOS DE PELIGRO	%
a) Mama con desgano	33,7 (101/300)
b) Respiración rápida	9,3 (28/300)
	19,7 (59/300)



c) Enrojecimiento alrededor del ombligo	
d) Ojos enrojecidos y/o con secreción	5,3 (16/300)
e) Lloro débilmente niño/a desganado/a	63,3 (190/300)
f) Piel color amarillo intenso	11,3 (34/300)
g) Otros	14,0 (42/300)
h) No sabe	10,7 (32/300)

El 63.3% de las madres identifica como signo de riesgo a un niño desganado con llanto débil, un 34 % busca ayuda cuando identifica que su niño/a mama con desgano, menos del 20 % de madres identifica como signos de riesgo el enrojecimiento alrededor del ombligo, piel color amarillo intenso, respiración rápida, ojos enrojecidos y/o con secreción.

Llama también la atención que un 11% de madres no identifican ningún signo de riesgo.

Un 14% de madres identifican otros signos de riesgo, y de ellas el 64% identifica la fiebre como un signo de riesgo.

**Cuadro N° 73 B
OTROS SIGNOS DE PELIGRO EN EL
RECIEN NACIDO QUE INDICAN
NECESIDAD DE BUSCAR AYUDA,
SEGÚN OPINION DE LAS MADRES**

OTROS SIGNOS DE PELIGRO	%
Dolor de barriga/estómago	4.7 (2/42)
Enflaquece	4,7 (2/42)
Diarrea	2,3 (1/42)
Diarrea y vómito	2,3 (1/42)
Fatiga	2,3 (1/42)
Fiebre	64 (27/42)
Fiebre y vómito	2,3 (1/42)
Fiebre y diarrea	4,7 (2/42)
Llora mucho	2,3 (1/42)
Palidez	4,7 (2/42)

9.- ESPACIAMIENTO DE NACIMIENTOS, MORTALIDAD DE < DE 5 AÑOS

Cuadro N° 74

N° TOTAL DE HIJOS POR MADRE

NUMERO DE HIJOS	%
1	26
2	22
3	16
4	9,7
5	8,0
6	6,7

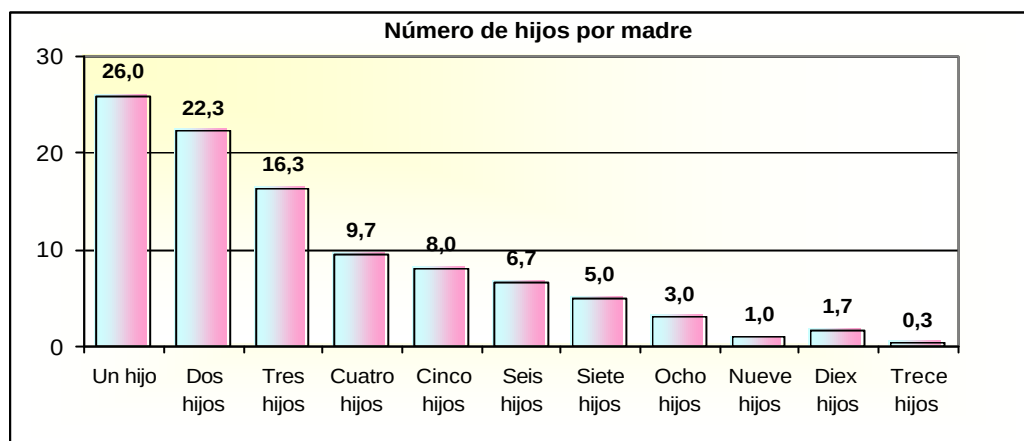
Si sumamos algunos porcentajes, el cuadro nos muestra que el 38,6% de madres tienen entre dos y tres hijos/as, un 24 % tiene entre cuatro a seis hijos, un 8% de madres tienen entre siete y ocho hijos y 3% más de ocho hijos/as.

Un solo hijo se encontró en el 26% de las madres.

Encontramos también que 3,27 es la media de hijos/as por madre.

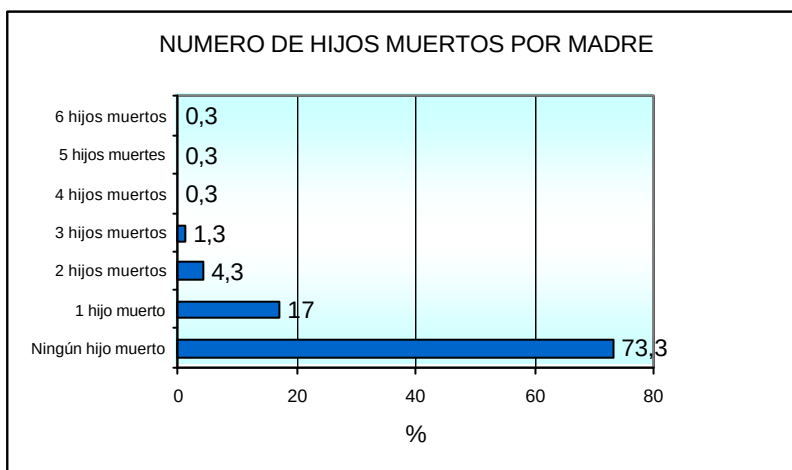
7	5,0 (15/300)
8	3,0 (9/300)
9	1,0 (3/300)
10	1,7 (5/300)
13	0,3 (1/300)

**MEDIA DE HIJOS
POR MADRE** 3,27



**Cuadro N° 75
N° TOTAL DE HIJOS
MUERTOS POR MADRE**

N° DE HIJOS MUERTOS	%
Ninguno	73,3 (229/300)
1	17,0 (51/300)
2	4,3 (13/300)
3	1,3 (4/300)
4	0,3 (1/300)
5	0,3 (1/300)
6	0,3 (1/300)



Hasta la fecha en que se realizó la encuesta el 17% de madres tuvo un hijo muerto, el 4% dos hijos y el 1% tres hijos muertos. Una madre (0,3 %) tuvo cuatro muertos, la misma cantidad, cinco y seis muertos respectivamente. Observamos también con satisfacción que un 73,3 % de madres no tuvo ningún hijo/a muerto.

Cuadro N° 76

**EDAD QUE TENIAN LOS HIJOS/AS
AL MORIR**

NUMERO DE HIJOS	%
Niños/as menores de 7 días	25,4 (18/71)
Niños/as de 7 a 29 días	1,4 (1/71)
1 mes a 3 meses	15,5 (11/71)
4 a 6 meses	8,5 (6/71)
7 a 12 meses	22,5 (16/71)
13 a 18 meses	9,9 (7/71)
19 a 24 meses	7,0 (5/71)
25 a 36 meses	1,4 (1/71)
49 a 60 meses	2,8 (2/71)
5.1 a 10 años	4,2 (3/71)
Mayores de 15 años	1,4 (1/71)

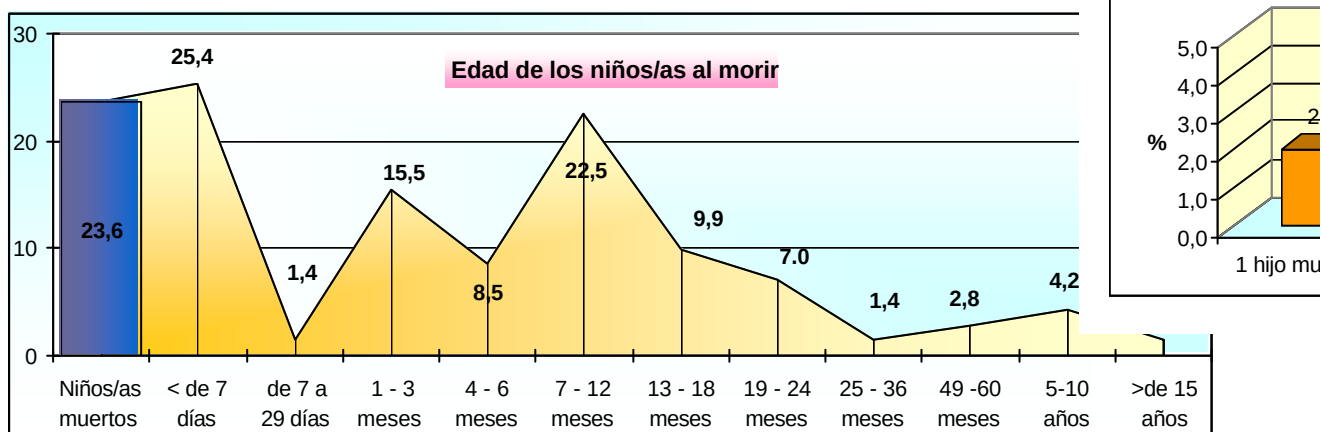
Del total de hijos/as muertos, un alto porcentaje (25.4 %) corresponden a menores de 7 días de nacidos corroborando de esta manera las altas tasas de mortalidad neonatal existentes actualmente en el país.

El cuadro también nos muestra que el 73 % de los niños/as muertos, eran menores de un año.

El 17 % estaba entre uno y dos años y un 4,2% de niños entre 2 y 5 años, tan solo 5,6% eran mayores de 5 años de edad cuando murieron.

Cuadro N° 77 A

**% DE MADRES SEGÚN NUMERO DE
HIJOS/AS MENORES DE 5 AÑOS**



El cuadro nos muestra que tan solo el 2% de las madres encuestadas (6) tuvo un hijo/a muerto < de 5 años en los últimos dos años y apenas el 0,3% (dos madres) tuvo dos hijos/as muertos.

Cuadro N° 77 B
NUMERO DE HIJOS/AS
MUERTOS EN LOS ULTIMOS DOS
AÑOS Y EN AÑOS ANTERIORES

Muertes de < 5 años	%
Cuadro N° 78 Muertes de abortos (FACAS) dos años anteriores Muertes de abortos antes de los	
Nunca tuvo	81,3 (244/300)

De los 67 niños menores de 5 años muertos en todas la (88%) fallecieron en años anteriores, tan solo 8 niños/as , (últimos años.

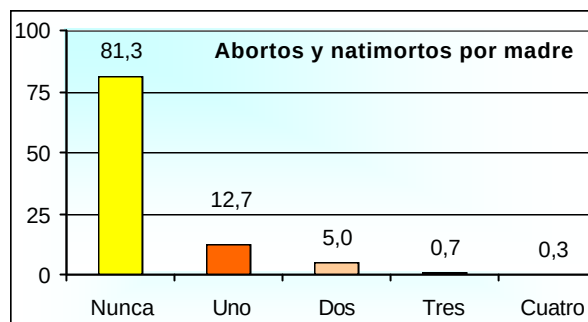
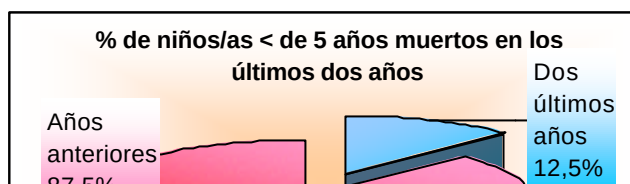
4	0,3 (1 / 300)
---	---------------

ESPACIAMIENTO INTERGENESICO

ESPACIAMIENTO INTERGENESICO	%
Menos de dos años	12,1 (26/214)
Más de dos años	87,9 (188/214)

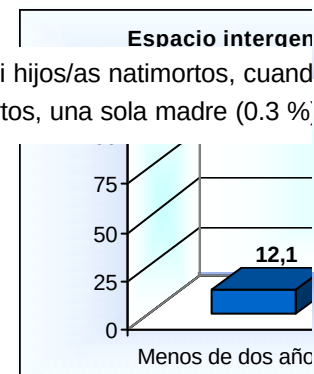
El 88% de las madres esperaron más de dos años para volver a embarazarse,

es posible que la orientación brindada por los ejecutores del proyecto haya permitido asumir esta decisión de manera informada.



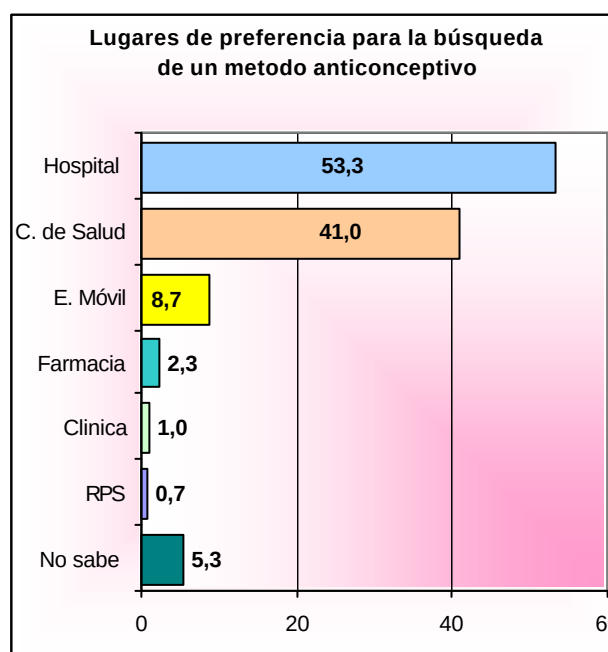
Cuadro N° 798

El 81.3% de madres nunca tuvo un aborto ni hijos/as natimortos, cuando Cerca de un 18% tuvo entre uno y dos abortos, una sola madre (0.3 %



Cuadro N° 80
LUGARES QUE LAS MADRES
CONOCEN PARA ADQUIRIR ALGUN
METODO DE ANTICONCEPCION
(PLANIFICACION FAMILIAR)

LUGAR	%
Hospital	53,3 (160/300)
Centro de Salud	41,0 (123/300)
Equipo Móvil	8,7 (26/300)
Farmacia	2,3 (7/300)
Clínica/Médico particular	1,0 (3/300)
RPS	0,7 (2/300)
No sabe /no responde	5,3 (16/300)



El 61% de las madres reconocen el hospital y el centro de salud como un lugar de preferencia para la adquisición de un método de anticoncepción.

Cuadro N° 81
N° Y % DE MADRES QUE
ACTUALMENTE ESTAN
EMBARAZADAS

EMBARAZO ACTUAL	%
Si	5,0 (15/300)
No	95,0 (285/300)

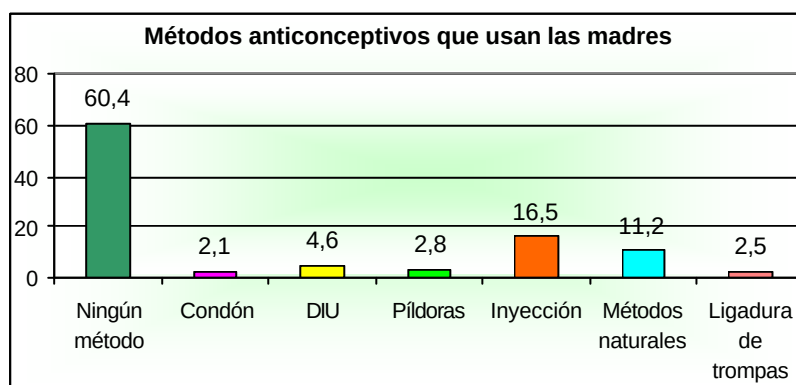
Durante la encuesta el 95 % de madres, manifestaron no estar embarazadas, solo un 5 % confirma su embarazo

Cuadro N° 82
METODOS DE ANTICONCEPCION QUE
LAS MADRES USAN ACTUALMENTE

LUGAR	%
Ningún método	60,4 (172/285)
Condón	2,1 (6/285)
DIU	4,6 (13/285)
Píldoras	2,8 (8/285)
Inyección	16,5 (47/285)
Métodos naturales	11,2 (32/285)
Ligadura de trompas	2,5 (7/285)

El 60.4% de madres en la actualidad no usan ningún método anticonceptivo.

El 11% utiliza un método natural, el 3% tuvo preferencia por un método definitivo como es la ligadura de trompas, y el 26% de madres utilizan un método moderno el de mayor elección es el inyectable en un 17%, le sigue el DIU con 5% y posterior a ellos el condón y píldoras respectivamente.



Cuadro N° 83
NUMERO DE AÑOS QUE LAS MADRES
QUIEREN ESPERAR PARA TENER OTRO
HIJO

NUMERO DE AÑOS
No quiere otro hijo
1

Según los resultados obtenidos apreciamos que el 58% de las madres no quiere tener otro hijo, el 31% de las madres dicen que esperaran de uno a cinco años, el 16% de las madres mencionan también que esperaran de 6 o más años inclusive hay algunas madres que desean esperar de 10 a 20 años.

2	9,5 (27/285)
3	4,2 (12/285)
4	3,5 (10/285)
5	13,0 (37/285)
6	3,5 (10/285)
7	0,7 (2/285)
8	0,7 (8/285)
9	0,7 (9/285)
10	4,9 (14/285)
12	0,4 (1/285)
15	0,4 (1/285)
20	0,4 (1/285)

10.- ACCESO A AGUA - ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

Cuadro N° 84

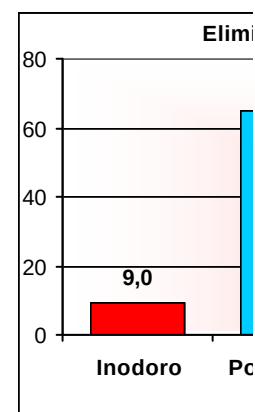
FUENTES DE AGUA PARA TOMAR Y PARA COCINAR

NUMERO DE HIJOS	%
Agua por cañería dentro de la casa	2,0 (6/300)
Agua por cañería en su patio	53,3 (160/300)
Grifo público	12,7 (38/300)
Noria abierta en su patio	2,7 (8/300)
Noria cerrada en su patio	3,0 (9/300)
Bomba manual (tipo rosario u otro)	6,7 (20/300)
Pozo profundo protegido en su domicilio	12,3 (37/300)
Pozo profundo protegido comunitario	2,0 (6/300)
Vertiente	0,3 (1/300)
Río, Lago o curichi	5,0 (15/300)

El 68% de las familias entrevistadas cuentan con agua potable por cañería para su consumo.

Un 12% utiliza agua de noria y bomba rosario, un 14 % consume agua del pozo, y tan solo el 5 % consume de vertiente, río, lago o curichi

TIPO DE ELIMINACION	%
Taza con vaciado de agua (Inodoro)	9,0 (27/300)
Pozo ciego	65,0 (195/300)
Letrina mejorada y ventilada	20,3 (61/300)
A campo abierto	5,7 (17/300)



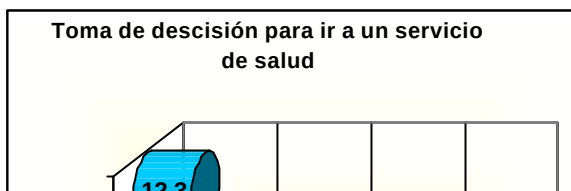
Como observamos el 65% de las familias utilizan pozo ciego para la eliminación de excretas, un 20% cuenta con una letrina mejorada y ventilada, tan solo un 9% utiliza inodoro y todavía existe un 6% de familias que utilizan el campo abierto para la eliminación de excretas.

Es evidente la falta de conexión sanitaria existente en las comunidades de la provincia aunque en muchas de ellas existe agua potable como muestra el gráfico anterior.

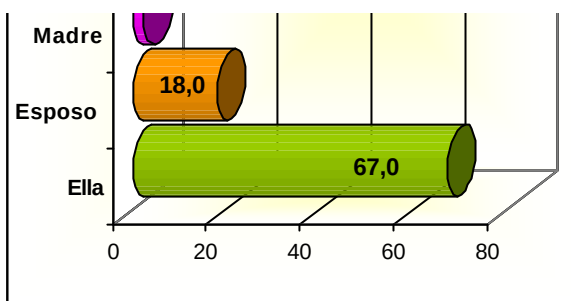
11.- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Cuadro N° 86
TOMA DE DECISIÓN PARA IR A UN
SERVICIO DE SALUD

QUIEN DECIDE	%
Ella misma	67,0 (201/300)
Esposo/pareja	18,0 (54/300)
Madre	2,3 (7/300)
Amigos/as/vecinos/as	0,3 (1/300)
Ambos (ella y su pareja/esposo)	12,3 (37/300)



El momento de tomar la decisión para ir a un servicio de salud un 67% ellas mismas, solo un 12% lo hace junto a su esposo/pareja. También esta opción la madre algún amigo o vecino.



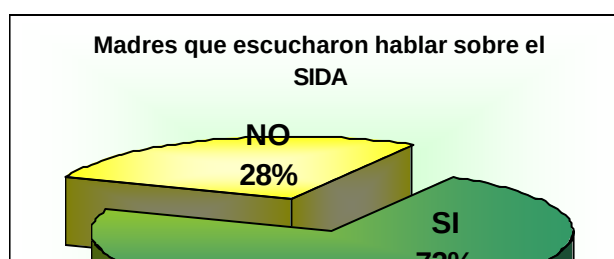
TIPO DE ATENCIONE
LA MADRE O SUS F

TIPO DE ATENCI	
Consulta en el Centro de	
Consulta en el hospital	
Consulta de salud a su domicilio	6,7 (20/300)
Consula con el Equipo Móvil	9,7 (29/300)
Peso, talla, o vacunación	75,3 (226/300)
Atención con el R P S	3,0 (9/300)
Ninguna	2,3 (7/300)

El último año el 95% de madres entrevistadas o algún familiar ligada a ella recibió una consulta médica en el hospital o en el Centro de Salud. El 75% recibió un control de peso, talla o vacunación.

Un 7 % de las familias entrevistadas recibieron una consulta de salud en su domicilio, el 10% recibió una consulta del equipo móvil, un 3% un servicio de salud por el RPS y un 2% indica no haber recibido ninguna atención de salud durante el año.

12.- VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)



Cuadro N° 88
N° Y % DE MADRES QUE
ESCUCHARON HABLAR ALGUNA VEZ
DE SIDA

ESCUCHO HABLAR DE SIDA	%
Si	72,3 (217/300)
No	27,7 (83/300)

El 72% de madres manifiestan haber escuchado hablar alguna vez nunca escuchó sobre el tema.

Cuadro N° 89
MEDIDAS PARA EVITAR EL SIDA SEGÚN
LAS MADRES

MEDIDAS	
Abstenerse del sexo	3.2 (7/217)
Usar condones	54.3 (118/217)
Mantenerse fiel a una sola pareja	26.2 (57/217)
Limitar el número de parejas sexuales	12.4 (27/217)
Evitar sexo con prostitutas	5.9 (13/217)
Evitar sexo con personas que tienen muchas parejas	18.4 (40/217)
Evitar sexo con personas del mismo sexo	1.3 (3/217)
Evitar transfusiones de sangre	10.1 (22/217)
Evitar inyecciones	0.9 (2/217)
"Evitar besos"	0,9 (2/217)
Evitar compartir hojas de afeitar	2.3 (5/217)
"Evitar baños sucios"	0,4 (1/217)
Evitar usar objetos contaminados	0,4 (1/217)
Nada	0,4 (1/217)
No sabe	25.8 (56/217)

Del 72% de madres que indican haber escuchado sobre el SIDA, el 54% manifiestan que una de las medidas adecuadas para evitar esta enfermedad es el uso de condones

Un 26% de madres resaltan como medida preventiva el mantenerse fiel a una sola pareja.

Entre 10 y 20% recomiendan limitar el número de parejas sexuales y evitar sexo con personas que tienen muchas parejas y evitar transfusiones de sangre.

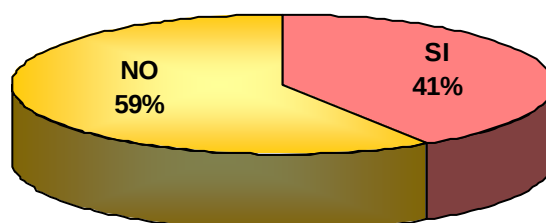
con menos porcentaje también se mencionadas por las madres otras medidas como muestra el cuadro siendo algunas de ellas conceptos erróneos como el evitar besos o baño sucios.

Llama la atención que el 26% de madres habiendo escuchado hablar de SIDA no conoce ninguna medida de prevención sobre esta enfermedad.

Cuadro N° 90A
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
SOBRE OTRAS INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

CONOCE OTRAS ITS	%
Si	41,0 (123/300)
No	59,0 (177/300)

Conocimiento de las madres
sobre otras ITS



--	--

El 59% de las entrevistadas no conoce otras infecciones de transmisión sexual, a diferencia de un 41% de madres que manifiestan que sí conocen. Llama la atención el porcentaje alto de madres que no conocen sobre las ITS, encontrándose el mayor porcentaje en la categoría de mujer adulta joven.

Cuadro N° 90 B
INFECCIONES DE TRANSMISION
SEXUAL IDENTIFICADAS POR LAS
MADRES

OTRAS I T S	%
Chancro	8,9 (11/123)
Chancro, Sífilis	3,3 (4/123)
Chancro, Sífilis, Tricomoniasis	0,8 (1/123)
Gonorrea	30,1 (37/123)
Gonorrea, Chancro	18,7 (23/123)
Gonorrea, Chancro, Sífilis	14,6 (18/123)
Gonorrea, Sífilis	14,6 (18/123)
Gonorrea, Sífilis, Clamidia	0,8 (1/123)
Hongos	0,8 (1/123)
Sífilis	7,3 (9/123)

Observamos que el 41% de madres identifican de una a tres ITS, la más mencionada fue la gonorrea en un 79%, la sífilis en un 41% y el chancro en un 13%.

Otras ITS como la tricomoniasis, clamidia, y hongos también fueron identificadas por algunas madres pero en menos proporción.

Anexo 1 Mapa de la provincia Ichilo

Cuadro N° 91
IDIOMA EN QUE SE HIZO LA
ENTREVISTA

IDIOMA	%
Español	87,7 (263/300)
Quechua	7,3 (22/300)
Ambos	5,0 (15/300)

El 88% de las entrevistas fueron por preferencia de las madres realizadas en español, el 7% en quechua y un 5% en ambos idiomas (Quechua – Español)

s, población y conglomerados seleccionados

Anexo 3 Lista de participantes

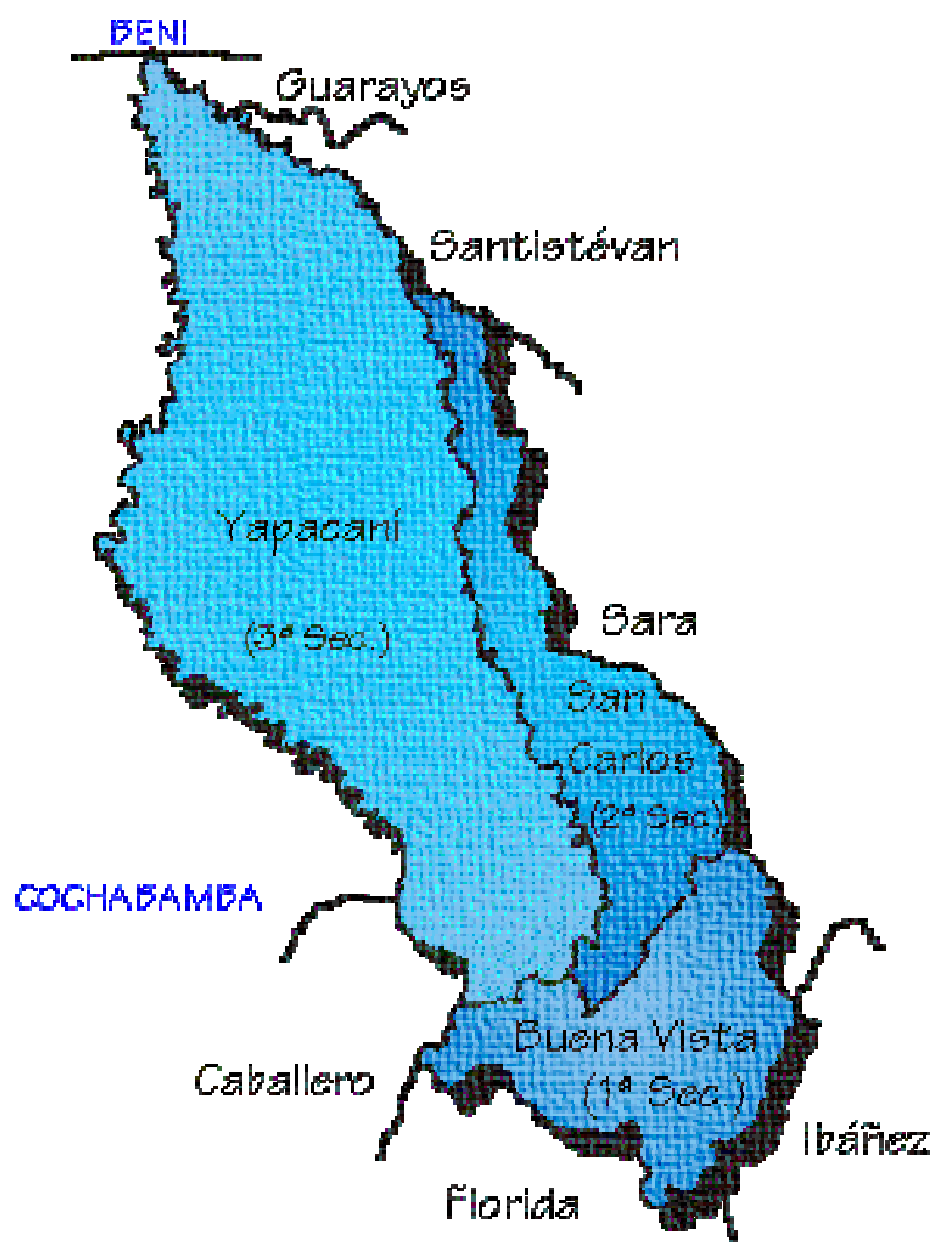
Anexo 4 Cuestionario de la encuesta

Anexo 5 Tabulaciones de la encuesta

Anexo N° 1

Mapa de la provincia Ichilo

Mapa de la provincia Ichilo



Anexo N° 2

Lista de comunidades, población y Conglomerados seleccionados

MARCO MUESTRAL PARA ENCUESTAS DEL KPC (Conocimientos, Prácticas y Coberturas)

SECTOR	COMUNIDADES	POBLACIÓN ESTIMADA	POBLACIÓN ACUMULADA	CONGLOMERADOS		
				SET 1	SET 2	Total
Huaytu	Huaytú 1ra.	204	204			
	Huaytú 2da.	949	1153			
	Aguas Blancas Paraiso	259	1412			
	Pozo Azul	288	1700	1543		1
	Cheyo	223	1923			
Carmen Surutú	Carmen Surutú	605	2528			
	Saguay	120	2648			
Espejitos	Espejitos	274	2922			
	Isama I	163	3085			
	Recompenza I	180	3265			
	Villa Amboró	440	3705	3594		1
	Santa Rosita.	219	3924			
Caranda.	Caranda.	596	4520			
	Rio Colorado	212	4732			
	Monterrico	142	4874			
	Aguas Calientes	194	5068			
	Las Flores.	334	5402			
Villa Diego	Villa Diego	372	5774	5645		1
	Salitral	110	5884			
Arboleda	Arboleda	703	6587			
	San Miguelito	214	6801			
Palacios	San Javier	54	6855			
	Palacios	341	7196			
San Miguel	San Miguel afuera	514	7710	7696		1
	San Miguel Rincón	255	7965			
	San Isidro	537	8502			
Buena Vista	Buena Vista	2240	10742	9747		1
	Las Delicias Madrejón	207	10949			
	Santa Bárbara	232	11181			
	Potrero 24 de Septiembre	286	11467			
	El Cairo	186	11653			
	Potrero San Rafael	280	11933	11798		1
	San Carlos	2983	14916	13849		1
	La Lidia	191	15107			
	Carretera San Carlos	506	15613			
Santa Fé	Santa Fé Yap. Norte	1714	17327	15900		1
	Santa Fé Yap. Sud	1715	19042	17951		1
	Sdto. Surutú Antacaba	120	19162			
	Los Majos	88	19250			
	Aguas Bonitas	169	19419			
	Oriente Chichas	117	19536			
	Mataracú	94	19630			
	25 de Septiembre	295	19925			

Buen Retiro	Buen Retiro	1620	21545	20002		1
	Piquiri	154	21699			
	El Cercado	358	22057	22053		1
	San Lorenzo	190	22247			

MARCO MUESTRAL PARA ENCUESTAS DEL KPC (Conocimientos, Prácticas y Coberturas)

Antofagasta	Antofagasta	635	22882			
	Tercera	269	23151			
	La Cuarta	141	23292			
	Estación Buen Retiro	212	23504			
	Aguas Blancas	183	23687			
	La Quinta	90	23777			
Jochi	Jochi	173	23950			
	2 de Agosto	273	24223	24104		1
	Bolivar, Villa Montes y Anarancho	140	24363			
	Villa Cotoca	186	24549			
Ayacucho	Ayacucho	186	24735			
	Chapaco	117	24852			
	Estación Molina	118	24970			
	Maria Auxiliadora	144	25114			
	San Pedro Sirari	212	25326			
	Estación Menacho	320	25646			
Enconada	Enconada	414	26060			
	Gualdalquivir	243	26303	26155		1
	Los Andes	236	26539			
San Juan	San Juan de Yapacani	2459	28998	28206		1
	Colonia Japonesa San Juan	1091	30089			
Yapacaní	Yapacani urbano 1	3212	33301	30257	32308	2
	Yapacani urbano 2	3212	36513	34359	36410	2
	Yapacani urbano 3	3212	39725	38461		1
	Yapacani urbano 4	3212	42937	40512	42563	2
	Yapacani urbano 5	3212	46149	44614		1
	Yapacani urbano 6	3212	49361	46665	48716	2
	Valle Hermoso	153	49514			
	Villa Bolivar Km 18 F N	209	49723			
	El Chore FC Km12 Norte	466	50189			
	Barrientos	286	50475			
	El Chore FC Km12 Sud	446	50921	50767		1
	Abanico Km 15 FN	170	51091			
	Abanico 2 - 3 Arroyo Agua Dulce	189	51280			
San Germán	San German	864	52144			
	Luna Nueva	279	52423			
	Moeler 27	239	52662			
	San German Km 25 y 26	314	52976	52818		1
	1ro. De Mayo	254	53230			
Moiler Condor	El Condor	231	53461			
	Tercera Transversal	212	53673			
	San Isidro	112	53785			
	Avaroa	392	54177			

Campo Víbora	Campo Vibora	162	54339			
	La Ele	264	54603			
	22 de Septiembre	397	55000	54869		1
	El Palmar F N.	158	55158			
	Puerto Chore	87	55245			

MARCO MUESTRAL PARA ENCUESTAS DEL KPC (Conocimientos, Prácticas y Coberturas)

Puerto Grether	Puerto Grether	200	55445			
	Santa Fé	100	55545			
Nuevo Horizonte	Nuevo Horizonte	405	55950			
	Central Km 50 - 45	392	56342			
	Chorolque	252	56594			
	2 de Abril	97	56691			
	Puerto Avaroa	230	56921	56920		1
	Viña del Mar	172	57093			
	18 de Noviembre	190	57283			
San Rafael	San Rafael	387	57670			
	San José Bajo	113	57783			
	Itili Alta	101	57884			
	Naranjal	354	58238			
	San Salvador	274	58512			
Puerto Palos	Comandito Km 35 F N	166	58678			
	Santa Ana	254	58932			
	Platanal	260	59192	58971		1
	Challavito	277	59469			
	15 de Agosto	93	59562			
	Los Pozos	182	59744			
	Patujusal	276	60020			
	24 de junio	111	60131			
	27 de Mayo	133	60264			
	San Miguel Troncal	269	60533			
	Comunidad Villa esperanza	116	60649			
	Villa imperial Km 23 F N	103	60752			
El Palmar	El Palmar Km 21 FC	579	61331	61022		1
	Litoral	222	61553			
TOTAL		61553				30

Intervalo	2051
Primer Conglomerado: tres primeros números de un billete de \$Bs.- # 15433423 F	1543

Anexo N° 3

Lista de Participantes

Lista de participantes Encuesta KPC

N°	Nombre y Apellido	Rol en la encuesta KPC	Cargo
1	Dr. Oswaldo Chávez	Coordinador	Gerente de Salud CEPAC
2	Lic. Teresa Mendoza	Coordinadora	Asesora PSI IEF
3	Lic. Rosmery Chávez	Coordinadora	Coord. Técnica PSI IEF
4	Lic. Fémida Gutiérrez	Supervisora	Supervisora Equipo Móvil
5	Lic. Delia Llanos	Supervisora	Supervisora Equipo Móvil
6	Manuel Illanes	Supervisor	Supervisor Act. Comunitarias
7	Lic. Claudia Ortiz	Supervisora	Supervisora MSD
8	Lic. Jenny Vallejos	Supervisora	Supervisora MSD
9	Lic. Mariluz Almendra	Supervisora	Supervisora MSD
10	Luis Rocha	Encuestador	Externo
11	Edith Hinojosa	Encuestadora	Externo
12	Alicia Muruchi	Encuestadora	Externo
13	Yaquelin Quintanilla	Encuestadora	Externo
14	Marisol Layme	Encuestadora	Externo
15	Amalia Escalera	Encuestadora	Externo

Anexo N° 4

Cuestionario de la Encuesta

**CENTRO DE PROMOCION AGROPECUARIA CAMPESINA – CEPAC
FUNDACION INTERNACIONAL DEL OJO – IEF**

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS PRÁCTICAS Y COBERTURA (KPC)
EN SUPERVIENCIA INFANTIL**

**KPC FINAL – AGOSTO 2003
(Yapacaní, San Carlos y Buena Vista)**

La encuesta KPC esta dirigida a madres con niños/as menores de 2 años (0 – 23 meses)
Antes de iniciar la encuesta verificar si la familia tiene por lo menos un niño/a menor de 2 años.

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO:

Estimada señora, venimos del Centro de Salud que pertenece al Ministerio de Salud y trabaja con CEPAC y la Alcaldía.

Estamos realizando esta entrevista para evaluar el estado de salud de los niños/as del municipio y quisiéramos pedirle por favor que nos responda algunas preguntas en relación a la salud de su familia.

La entrevista durará aproximadamente media hora, sus respuestas son confidenciales y no serán mostradas a ninguna otra persona, esperamos que Ud participe ya que sus opiniones son importantes.

¿Tiene alguna pregunta a cerca de la entrevista? ¿Está Ud de acuerdo?

Munaska warmy, jamvicu jampina wasimanta, trabajaico hospitaluan, CEPAC y Alcaldiahuan.

Cunan ruhuasaycu tapuyeunata yachana paj imainachus wawasninchej casancu saludnimpi, cay municipio ucupi: chaypaj mñacuico willanahuaicuta uj masca tapuycunata kay salva familia ucumanta.

Kay parlay canca, media hora, willawascaico nipiman rijsichisgaigocho, ni waj runaman, suyaico can parlacunaiquita, parlascaiqui sumaj canca.

Nombre de la Comunidad _____ Municipio: _____

Entrevista No. _____

Fecha de entrevista ____ / ____ / 2003
(dd / mm / aa)

Re – entrevista ____ / ____ / 2003
(dd / mm / aa)

Conglomerado No _____

No. de vivienda _____

Nombre del entrevistador

Firma del entrevistador

Nombre del Supervisor

Firma del supervisor

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y edad de la madre en años cumplidos

Nombres y Apellidos _____ 1.- Edad _____

Nombre y edad del último niño/a menor de 2 años

Nombres y Apellidos _____

2.- Sexo: Masculino ☐ Fecha de nacimiento ____/____/____
Día Mes Año

Femenino ☐ 3.- Edad (meses) _____

ANTECEDENTES

4.- ¿Hasta que curso estudió? <i>Ima cursukama estudiarganki?</i>	1) No estudió 2) Primaria incompleta (Menos de 5 años) 3) Primaria completa (5 años) 4) Secundaria (6 ó mas años) 5) Estudios superiores
5.- ¿En que idioma se comunica Ud con mas facilidad? <i>* Puede haber más de una respuesta posible, en ese caso marque todas las respuestas dadas por la Madre</i> <i>Ima idiomapy gan parlakunki aswan facilta</i>	a) Español (castellano) b) Quechua c) Aymara d) Otro (especifique) _____
6.- ¿Realiza usted otra actividad fuera de la casa para ayudar a su familia economicamente? • Si la respuesta es SI, ¿Qué clase de trabajo hace? <i>Ruanquichu gan waj trabajuta wasimanta jahuapi yanapanayquipaj familizyquita.</i>	a) NO trabaja fuera del hogar ----pase a 8 b) Artesanías c) Agricultura d) Venta de alimentos e) Vendedor ambulante f) Empleada domestica g) Asalariada h) Otra (especifique)
7.- ¿Quién cuida a (nombre del niño/a) mientras usted está fuera de su casa? • Puede haber más de una respuesta posible, en ese caso marque todas las respuestas dadas por la Madre <i>Pitaj (nombre del niño) kawan qan llank'anaykikaman wasimanta jahuapi?.</i>	a) El niño/a va con la mamá b) El padre o su pareja c) Hermanos/as mayores d) Pariente e) Vecina , amigas/os f) Empleada g) Nadie h) Otro _____ Especificar

CONTROL DE CRECIMIENTO

8.- ¿Tiene (nombre del niño/a) Carnet de Salud Infantil? • En caso afirmativo pida que se lo muestre Kanchu (nombre del niño/a) carnetin salud infantil nismamanta?	1) SI – Carnet de Salud verificado 2) NO -----pase a la 13 3) No verificado, pero dice tenerlo en especificar el lugar _____ -----pase a la 13
9.- Verifique en el CSI cuantas veces (nombre del niño/a) ha sido pesado/a en los últimos cuatro meses (Abril – Julio 03) Khaway carnetrimpy maska kutitatac (nombre del niño/a) pesakuska?	1.- Numero de veces _____
10.- Si el niño/a tiene algún control de peso, pregúntele a la madre mientras le muestra el Carnet de Salud Infantil. ¿Cómo estaba (nombre de niño/a) de su peso en su último control? Imainachu karga peson kay ultimo control ninpy?.	1. Respuesta correcta (la madre debe describir correctamente si el peso y el sentido de la flecha están bien) 2. No sabe ó incorrecto o no responde

INMUNIZACIONES / MICRONUTRIENTES: VITAMINA “A” - SULFATO FERROSO

11.- Verifique en el CSI las fechas de la vacunación de (nombre del niño/a)	VACUNA	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN Día / mes / año	Supervisora	
				SI	NO
Khawary chay carnetnimpy ima techastaj jacunakuska (nombre del niño/a)	BCG	única	/ /		
	ANTIPOLIO	1.	/ /		
		2.	/ /		
		3	/ /		
	PENTAVALENTE DPT (triple)	1.	/ /		
		2.	/ /		
		3	/ /		
	SRP ANTISARAMPIÓN	única	/ /		
NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES 12.- Verifique en el CSI si (nombre del niño/a) ha recibido dos tomas de Vitamina “A” Khawary chay carnetnimpy (nombre del niño/a) japhergachus iskay ujjayta vitamina A nismata	1) SI 2) NO				
13.- ¿A que edad un niño/a debería tener sus vacunas completas? Yachankichu ima killamcama wawaky jumthanantian vacunasninta?.	1) Hasta los 12 a 15 meses 2) De 16 a 23 meses 99) No sabe / No responde o cualquier respuesta diferente				

NIÑOS /AS DE 6 A 23 MESES 14.-En los últimos 6 meses(nombre del niño/a) ha recibido vitamina "A" o sea una tabletita como esta? • Muestre la perla de vitamina "A" Kay sujtakilla pasajpi waway japhercachu kay tabletitata.	1) SI 2) NO 99) No sabe / No responde
--	---

SULFATO FERROSO

NIÑOS /AS DE 6 A 23 MESES 15.- En los últimos 6 meses(nombre del niño/a) ha recibido jarabe Ferrasol o sea un frasquito como este? • Muestre el frasquito Kay sujtakilla pasajpi waway Kjaphercachu kay fraskujinata.	1) SI 2) NO 99) No sabe / No responde
---	---

LACTANCIA MATERNA Y NUTRICION

16.- Le dio usted su pecho a (nombre del niño/a) Khurkanquichu gan chuchuyquita wawayki (nombre del niño/a)	1.- SI 2.- NO -----pase a la 23a
17.- ¿Cuánto tiempo después del parto de (nombre del niño/a) le dió pecho por primera vez? Nacicuscanmanta maska tiempoman chuchuykita corkanqui.	1) Durante la primera hora después del parto 2) Entre la primera y 8 horas después del parto 3) Más de 8 horas después del parto 99) No sabe / No responde
18.- ¿Está usted dando pecho a (nombre del niño/a) actualmente? Chuchusanchu wawayki kuntampy?	1) SI ----- pase a la 20 ó 21 2) NO dependiendo de su edad
19- ¿Que edad tenía (nombre del niño/a) cuando dejó de darle pecho? Maskha watayuj karga (nombre del niño/a) chuchu thipysanteiguy?	0) Menos de un mes 1) Edad en meses: _____ 99) No sabe / No responde
NIÑOS/AS MAYORES DE 6 MESES 20.- ¿En los primeros seis meses de vida de (nombre del niño/a) le dió otro alimento de comer o beber a parte de su propia leche? Ultimas sojta killa causaynimpy (nombre del niño/a) khurhanguichu waj mikunata o wjianata aparte chuchuyquimanta?	1) SI -----pase a la 22 2) NO -----pase a la 23a

NIÑOS/AS MENORES DE 6 MESES	
21.- ¿Actualmente le está dando otro alimento fuera de su leche? Kuntampy khusanquichu waj mikhunata aparte lecheiquimanta.	1) SI 2) NO ----- pase a la 34
22.- ¿Qué le dió (que le dá) de comer o beber a (nombre del niño/a) fuera de su leche materna ? • Marque todas las opciones que indique la madre Imata khurganki o khusanqui mikhoyta o hujiayta (niño/a) aparte lecheiquimanta?	a) Leche maternizada (NAN - S26 – SIMILAC) b) Leche entera en polvo c) Leche fresca de vaca d) Agua corriente e) Jugos de frutas f) Té o Mates g) Otros alimentos ESPECIFICAR _____

AGUA / OTROS LIQUIDOS

23a ¿En los siete días pasados, cuantos días tomo (nombre del niño/a)?..... • lea todas las opciones Ñaupaj ganchis phunchay pasajpi maska dizta hujiarka (nombre del niño/a)	LIQUIDOS	No. de días
	a) Agua	
	b) Otros líquidos (refresco, te, mates, café, caldos)	
	c) Leche maternizada en polvo (NAN – S26 – SIMILAC)	
	d) Otro tipo de leche: fresca de vaca, cabra, leche entera polvo	
23b ¿Podría indicarnos cuántas veces tomo ayer (nombre del niño/a) durante el día y la noche?..... • lea todas las opciones Willahuanquimanchu maska kutista hujiarka gaina punchaypi chisicama?	LIQUIDOS	No. de veces
	a) Agua	
	b) Otros líquidos (refresco, te, mates, café, caldos)	
	c) Leche maternizada en polvo (NAN – S26 – SIMILAC)	
	d) Otro tipo de leche: fresca de vaca, cabra, leche entera polvo	
	e) Jugos de frutas	

OTROS ALIMENTOS

Tubérculos (raíces):

24a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, papa, yuca, chuño, camote, oca o platano de freír? Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.	1). No comió 2) _____ (coloque el número de días)
24b: ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, papa, yuca, chuño, camote, oca o platano de freír entre ayer y anoche? Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.	1). No comió 2). _____ (coloque el número de veces)

Cereales:

25a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, maíz, arroz, avena, quinua o trigo? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1). No comió 2). _____ (coloque el número de días)
25b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, maíz, arroz, avena, quinua o trigo entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Fuentes vegetales de vitamina A:

26a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, zapallo, mango o papaya maduros, zanahoria o camote? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1). No comió 2). _____ (coloque el número de días)
26b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, zapallo, mango, papaya maduros, zanahoria o camote, entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Fuentes vegetales de hierro:

27a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, verduras de color verde oscuro como espinaca, acelga u otras hojas verdes? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
27b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, verduras de color verde oscuro como espinaca, acelga u otras hojas verdes entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Otros vegetales y frutas:

28a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, palta, tomate, guineo, gualele, naranjas, mandarinas, manzana, piña, vainita, achojcha? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
28b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, como palta, tomate, guineo, gualele, naranjas, mandarinas, manzana, piña, vainita, achojcha entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Leguminosas:

29a.-En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, poroto o frejol, soya, lenteja, garbanzo, maní, habas o arvejas secas? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
29b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, poroto o frejol, soya, lenteja, garbanzo, maní, habas o arvejas secas entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Fuentes animales de proteínas y hierro:

30a.- De los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, carne de res, pollo, pato, otras aves, vísceras o menudencias, cerdo, pescado? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
30b.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, carne, pollo, pato, otras aves, vísceras o menudencias, cerdo, pescado entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

30c.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) huevos? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
30d.- ¿Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) huevos entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Fuentes animales de proteínas y calcio

31a.- En los siete días pasados, ¿cuántos días comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, queso, quesillo, yogurt? <i>Ganchis punchay pasajkamanta mascapunchaytata micorgo miconasta.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de días)
31b.-Y cuántas veces comió (nombre del niño/a) algunos de estos alimentos, queso, quesillo, yogurt entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj micorga gaina punchay chisicama.</i>	1) No comió 2) _____ (coloque el número de veces)

Fuentes de calorías:

32a.- De los siete días pasados, ¿cuántos días le aumentó una cucharilla de aceite, margarina o mantequilla a las comiditas de (nombre del niño/a) <i>Ganchispunchay pasajmanta mascapunchaytataj yaparga cucharillapi aceiteta micunasman.</i>	1). Ninguno 2) _____ (coloque el número de días)
32b.- ¿Y cuántas veces le aumentó una cucharilla de aceite margarina o mantequilla a las comiditas de (nombre del niño/a) entre ayer y anoche? <i>Mascacutitaj yaparga aceiteta gaina punchay chisicama.</i>	1) Ninguna 2). _____ (coloque el número de veces)
33.- ¿Cuántas veces le dió a (nombre del niño/a), comida espesa o alimentos semisolidos ayer durante el día y la noche? <i>Mascacutitataj kurcanqui (nombre del niño/a) sancu micunata kaina diapy chisincama?</i>	1) Número de veces _____ 99) No sabe

Enfermedades Diarréicas

34.- ¿Ha tenido (nombre del niño/a) diarrea durante las dos últimas semanas? (nombre del niño) q'echalerayujchu karqa kay iskay ñaupá semanasta?.	1) SI 2) NO ----- pase a la 41 09) No sabe/No responde
35.- ¿Durante la diarrea de (nombre del niño) le dió pecho? lea las opciones y marque solo una respuesta Q'echalerayuj kasajtin (nombre del niño) chuchucherqankichu.	1) No hay respuesta 2) más de lo acostumbrado? astawan k'ikillantachu 3) igual a lo acostumbrado? - k'ikillantachu 4) menos de lo acostumbrado? - aswan pisitachu 5) dejó de darle pecho? mana qonichu 6) ya no le da pecho – mana chuchusarqanachu
36.- ¿Durante la diarrea de (nombre del niño) le dió otros líquidos además del pecho? lea las opciones y marque solo una respuesta Q'echalerayuj kasajtin (nombre del niño) chuchucherqankichu y qorkanqichu yakuta (ademas del pecho)	1) No hay respuesta 2) más de lo acostumbrado? – astawan k'iskitachu 3) igual a lo acostumbrado? - k'ikillantachu 4) menos de lo acostumbrado? - aswan pisitachu 5) dejó de darle líquidos completamente? mana qonichu 6) solo le dio pecho
37.- ¿Durante la diarrea de (nombre del niño) le dió comida o alimentos espesos? lea las opciones y marque solo una respuesta (nombre del niño) q'echalerawan kasajtin mikucherqankichu mikhunata o ñathuska mikhunata:	1) No hay respuesta 2) más de lo acostumbrado? – astawan k'ikillantachu 3) igual a lo acostumbrado? - k'ikillantachu 4) menos de lo acostumbrado? - aswan pisita 5) dejó de darle comida completamente? mana qonichu 6) sólo le dió pecho
38.- Cuando (nombre del niño) tuvo diarrea ¿Que tratamientos le dió? marque todas las respuestas dadas por la madre (nombre del niño) q'echalerayuj kasajtin imastataj qorqanki?.	a. Nada b. Sobre de rehidratación oral (SRO) c. Mezcla de agua con azúcar y sal (suero casero) d. Agua de arroz u otro cereales e. Agua, mates, u otros líquidos disponibles f. Tabletas o jarabes g. Inyección h. Suero Intravenoso i. Remedios caseros j. Otro (especifique): _____
39.- ¿Cuándo (nombre del niño) tuvo diarrea, Pidió consejo o ayuda fuera del hogar? Q'echalerayoj kasajtin (nombre del niño) mañargankichu ayudata?.	1) SI 2) NO -----pase a la 41

40.- ¿De dónde recibió consejo o ayuda cuando (nombre del niño) tuvo diarrea? • Marque todas las respuestas dadas por la madre ¿Pimanta jap'erqanki consejota q'echaleranta jampinaykipaj (nombre del niño)?	a) hospital b) centro de salud c) médico/clínica particular d) farmacia e) (RPS) Responsable Popular de Salud f) curandero g) partera h) parientes, amigos, o vecinos i) Equipo Móvil j) otro (especifique): _____
41.- ¿Si (nombre de niño/a) tuviese diarrea, cómo se daría cuenta de que está grave para buscar consejo o ayuda? • Marque todas las respuestas dadas por la madre) Imata cuenta khoqua'j sinchi (nombre del niño) q'echalerawan kasajtin?.	a) No sabe/ no responde b) Vomita todo lo que ingiere c) Letárgico – estado de inconciencia d) No puede beber ni lactar e) Presencia de convulsiones o ataques f) Boca seca, ojos hundidos, mollera hundida, orina poco (deshidratación) g) Diarrea prolongada (mas de 7 días) h) Sangre en las heces i) Otros (especificar)
42.- ¿Sabe Ud. para qué sirve el contenido de este sobre? • Mostrar un sobre de rehidratación oral (Suero de la Vida) Khanyachanquichu imapajchus sirvin chay sobrecito o suero casero	1) Si, sabe (para la diarrea o para prevenir o tratar la deshidratación) 2) No sabe 3) Incorrecto Especifique _____
43.- ¿Ha usado el sobre de rehidratación oral (SRO) Suero de la vida, alguna vez?. Usarcanchu sueruta uj utillatapis	1) SI 2) NO
44.- ¿Sabe preparar el sobre de rehidratación (SRO) • si dice “si,” pídale que le explique como prepararlo Yachanquichu waquichitan sobreta o suero casrota niway imaynatataj waquichicun.	1) SI → Correcto: • Un sobre de SRO en un 1 litro de agua (hervida, fría) 2) no sabe / incorrecto

Infecciones Respiratorias Agudas

45.- ¿Ha estado (nombre del niño/a) enfermo/a con tos o resfrío en algún momento de las últimas dos semanas? (Nombre del niño/a) kasargachus ch'ojuyuj kai iskay ñaupa semanasta?	1) SI 2) NO -----pase a la 51 99) no sabe -----pase a la 51
46.- ¿Qué tratamiento le dio (Nombre del niño/a) cuando estuvo enfermo/a? chujuan kasajtin imatataj qurcunqui	1) Anotar la respuesta si le dio tratamiento _____ 2) Ninguno 99) No sabe

47.- ¿Cuándo (nombre del niño) estuvo enfermo/a con tos o resfrío ¿tuvo dificultad para respirar o respiraba más rápido que lo usual, en forma entrecortada y poco profunda? Maicajchuj (nombre del niño/a) unqusca kaszitin chujuan ¿capurgachu problemas samainimpy?	1) SI 2) NO 99) No sabe ® pase a la 51 ® pase a la 51
48.- ¿Buscó consejo o ayuda para (nombre del niño/a) cuando estuvo enfermo/a con tos y dificultad para respirar? Chujuna casajtin mañarnanquichu yanapata (ayudata).	1) SI 2) NO 99) No sabe
49.- ¿Cuanto tiempo después de haber notado la dificultad para respirar de (nombre del niño/a) buscaron ayuda? Ima tiempuman yachaitawan problemas samainimpy yanapa mascarcangui?	1.- El mismo día 2.- Al día siguiente 3.- Después de dos o más días
50.- ¿Dónde acudió usted para buscar consejo o ayuda cuando (nombre del niño/a) tuvo tos y dificultad para respirar? • marque todas las respuestas dadas por la madre Imantata japiqanki yanapata chujuwan kasajtin.	a. no sabe b. hospital c. centro de salud d. equipo móvil e. médico particular f. (RPS) Responsable Popular de Salud g. partera h. curandero i. farmacia, tienda/venta j. parientes y amigos k. otro (especifique): _____
51.- ¿Cuáles son los signos de peligro que indican que (nombre de niño/a) pudiera tener neumonía?. • marque todas las respuestas dadas por la madre Imainata cuenta gucuhaaj (nombre del niño/a) chay chujun grave cascanta?	a) No sabe/ no responde b) Vomita todo lo que ingiere c) Letárgico – estado de inconciencia d) No puede beber ni lactar e) Presencia de convulsiones o ataques f) Respiración rápida g) Dificultad para respirar h) Otros (especificar)
52.- (Nombre del niño/a) ¿Tuvo alguna otra enfermedad en las ultimas dos semanas? (Nombre del niño/a) kapurcanchu waj unkoy kay últimos iskay semanaspy?	ESPECIFICAR _____ _____
53.- ¿Cuándo (Nombre del niño/a) esta enfermo/a, le da líquidos, menos, igual o más cantidad que la acostumbrada?	1) Menos 2) Igual 3) Más

54.- ¿Cuándo (Nombre del niño/a) esta enfermo/a, le da menos, igual o más cantidad de comida que la acostumbrada?	1) Menos 2) Igual 3) Más
---	--------------------------------

Salud Materna

55.- ¿Tiene Ud. Carnet de Salud Materna u otra tarjeta de salud de su último embarazo? Muéstreme por favor. Tiapusunquichu carnetiqui caypasaj on´khoj caskayquimanta ricuchiway.	1) SI (verificado) 2) NO, pero tiene Carnet en el centro de salud Especificar _____ 3) No, nunca lo tuvo															
56.- ¿Consultó a alguien para recibir control prenatal cuando estaba embarazada Tapurcankichu maykenta controla chikunayquipaj embarazoiquita?	1) SI 2) NO -----pase a la 61															
57.- ¿Quiénes atendieron sus Controles Prenatales? • marque todas las respuestas dadas por la madre Piscuna controlarqasungu chay emarasuiquita?	a) médico b) enfermera c) equipo móvil d) partera e) RPS Responsable Popular de Salud f) otros (especificar) _____															
58.- ¿Durante su control prenatal le orientaron sobre?..... • lea cada una de las opciones y marque todas las que la madre indique seleccionando entre SI o NO Chai conttolneyquipi willarkasongocho caicunamenta.....	<table><tr><td>a) Preparativos para el parto</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>b) Lactancia Materna</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>c) Espaciamento entre embarazos</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>d) Vacuna DT o TT</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>e) Señales de peligro</td><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	a) Preparativos para el parto	SI	NO	b) Lactancia Materna	SI	NO	c) Espaciamento entre embarazos	SI	NO	d) Vacuna DT o TT	SI	NO	e) Señales de peligro	SI	NO
a) Preparativos para el parto	SI	NO														
b) Lactancia Materna	SI	NO														
c) Espaciamento entre embarazos	SI	NO														
d) Vacuna DT o TT	SI	NO														
e) Señales de peligro	SI	NO														
59.- ¿Cuántos Controles Prenatales tuvo durante su último embarazo? Maska controlta ruhuarcankui ultimo emarasuiquipi?	1.- Número de veces verificando con el Carnet _____ 2.- Número de veces sin verificar _____															
60.- ¿Cuándo estuvo embarazada de (nombre del niño), usted recibió tabletas de Sulfato ferroso como estas? • Mostrar las tabletas Onkospa casaspa korcosanquichu o rantiniquichu sulfato ferrosota .	1) SI 2) NO 3) No recuerda															
61.- ¿Tiene usted su Carnet de vacunas contra el tétanos? • En caso afirmativo pida que se lo muestre Kapusunquichu campata carnetneigui vacuna tetanumanta?	1) SI - (verificado) 2) NO -----pase a la 63 3) NO verificado, pero dice tenerlo en el Centro de Salud especificar _____ ----- Pase a la 63															

62.- Verifique en el Carnet de Vacunación de la madre las dosis de la aplicación de la DT o TT • Marque la dosis correspondientes Khaway mamaj carnetninta maska vacunastaj tiyapun chuiachicuscan DT y TT.	DOSIS 1ra 2da 3ra 4ta 5ta	SI	NO
63.- ¿Antes de que naciera (nombre del niño/a) recibió Ud la vacuna contra el tétanos (inyección en el brazo)? Niraj nasisantic (nombre del niño/a) churarcasunquchu vacuna tetanosmanta?	1) SI 2) NO -----pase a la 65		
64.- ¿Cuántas veces la vacunaron en el brazo durante su embarazo? Masca kutita vacunarcasunqu chay embarazupi?	1) Una vez 2) Dos veces 3) Tres o más veces		
65.- ¿Cuál es la razón principal para que una mujer estando o no embarazada se vacune contra el tétanos? Niwankimanchu imarayqutaj ongoj warmy kasaspa vacunachikumman tetanusmanta?.	1) Para proteger a la madre y al niño/a contra el tétanos 2) Para proteger sólo a la mujer contra el tétanos 3) Para proteger sólo al niño/a contra el tétanos 4) No sabe		
66.- ¿Cuántas dosis contra el tétanos debe recibir una mujer para protegerse ella y su recién nacido? Ongoj warmi kasaspa, maska vacunasta necesitanman churachikuyta, chay wawitanman jarcananpaj chay tetanusmanta?.	1) Una 2) Dos a cinco 3) Ninguna 99) No sabe / No responde		
67.- ¿Cuales son los signos de peligro durante el embarazo que le indican la necesidad de buscar ayuda? • marque todas las que la madre indique Ongoj warmi kasaspa ima unguycuna llaquichisunqui, yanapa mascanayquipaj?	a) Fiebre b) Falta de respiración c) Hemorragia d) Hinchazón del cuerpo/mano/cara e) Convulsiones/ ataques f) Otros (especifique)_____ 99) No sabe/No responde		

68.- ¿Dónde buscaría ayuda en el caso de que se	1) Hospital
--	--------------------

presentara algún signo de peligro durante su embarazo? <i>Maiman yanapa mascahuaj chay ongoy cona jamuntej embarsasga casajteigue?</i>	2) Centro de Salud 3) Clínica/medico particular 4) Equipo Móvil 5) RPS Responsable Popular de Salud 6) Curandero 7) Farmacia 8) Pariente o amigos 9) otros (especifique)_____
---	---

PARTO

69.- ¿Donde dio a luz a (nombre del niño/a)? <i>Maipitaj nacichicurcanqui (nombre del niño/a)</i>	1) Casa 2) Hospital 3) Centro de Salud 4) Clínica privada 5) otro lugar (especificar)_____
70.- Cuando nació (nombre del niño) ¿Quién atendió el parto? <i>(Nombre del niño) nacikusajtin pitaj watarqa y khuchurqa pupitumta?.</i>	1) Médico 2) Enfermera 3) Partera 4) RPS Responsable Popular de Salud 5) Esposo/pareja 6) Familiar 7) Ella misma 8) otro persona (especificar)_____

PUERPERIO

71- ¿ Tuvo algún control después de su Parto en un Servicio de Salud? <i>Carcachu uj control naciscaramanta trabajador Salud niccahuan?</i>	1) SI 2) NO ----- pase a la 75
72.- ¿Este primer control de su puerperio fue antes o después del primer mes después de su parto? <i>Chay uj control niraj killapichu o killa pasaitachu nasiscamanta?</i>	1) Antes del primer mes 2) Después del primer mes
73.- En los primeros dos meses después de nacido <i>(nombre del niño/a)</i> le dieron a Ud. una cápsula de Vitamina A como esta? ▪ <i>Mostrar la perla de vitamina A.</i> <i>Khosorcancucho kayjina vitaminata</i>	1) SI 2) NO
74.- Durante su control de puerperio le dieron	a) Espaciamento de nacimientos

orientación sobre...? • lea cada una de las opciones y marque todas las que la madre indique Controlneyquipi naciscamanta willarcasongocho chay.....?	b) Alimentación del niño/a c) Vacunas d) Signos de peligro del niño/a e) ninguna f) Otro (especifique) _____
75.- ¿Cuáles son los signos de peligro después del parto que indican la necesidad de buscar ayuda inmediatamente? Ima uncoicuna wawa naciscamanta jamusujtin yanapa maskawaj?	a) Fiebre b) Hemorragia excesiva c) Secreción mal oliente d) otros (especificar) _____

CONTROL DE SALUD DEL RECIEN NACIDO/A

76.- ¿Cuántos días después de nacido/a (nombre del niño/a) tuvo su primer control de salud? Masca diamana naciscamanta (nombre del niño/a y control ruarcinqui?)	1) Antes del primer mes 2) Después del primer mes 3) No tiene
77.- ¿Cuáles son los signos de peligro que pudieran indicarle que el recién nacido está enfermo? Imainata yachahuaj wawayqi nacisca grave uncosca cascanta?	a) mama con desgano b) respiración rápida c) enrojecimiento alrededor del cordón umbilical d) ojos enrojecidos y/o con secreción e) llora débilmente/ niño/a desgano/a f) Piel de color amarillo intenso g) otros (especifique) _____ h) No sabe

FERTILIDAD/MORTALIDAD

78.- ¿Cuántos hijos tuvo usted en total (vivos y muertos) incluyendo los que viven en otro lugar? Maskacancu wawasniki intirupi.	1) número total de hijos _____ -----si solo tiene un hijo pasa a la 83
79.- ¿Cuántos hijos/as se le han muerto? Maska wawasniqi huañupunku.	1) Ninguno/a -----pase a la 83 2) Numero de hijos muertos _____
80.- ¿Que edad tenían cuando murieron? Maskha watasniu wañupunku	Edades al morir en años (si es menor de un año, anotar en meses) (si es menor de un mes, anotar en días) 1. _____ 2. _____ 3. _____
81.- ¿Cuántos de sus hijos/as menores de 5	

años murieron en los últimos dos años (2001 -2002)? Masca wawas wañuncu kay iskay wata pasajpi?	1) Número de hijos/as muertos _____		
82.- ¿Qué edad tiene su hijo/a que le sigue a (nombre del niño/a)? Masca watayuj wawaiqui?	Años	Meses	Supervisor Ver espaciamiento intergenésico
			1.- Menos de dos años
			2.- Más de dos años
83.- ¿Cuántos veces tuvo usted un fracaso o su niño/a nació muerto/a? Maskacutita malparto kapusorkha o wawayki nacerca wañusca	1) Número de veces _____ 2) Nunca tuvo 3) No sabe/no responde		
84.- ¿Conoce algún lugar donde puede obtener un método de Planificación Familiar? ¿Dónde? • marque todas las que la madre indique Rejsenquichu ima lugarpi willasum quiman familia planificanapaj?	a) Hospital b) Centro de Salud c) Equipo móvil d) Farmacia e) Otro (especificar) _____ 99) No sabe / No responde		
85.- ¿Está usted embarazada actualmente? Cutan kan oncojcho casanqui?	1) SI ----- Pase a la 88 2) NO 3) No esta segura		
86.- ¿Que método de Planificación Familiar para demorar o evitar el embarazo esta usando actualmente? Imainata cuidacusanqui mana watejmanta oncoj ricurinayquipaj usasanquichu kuntan?	1) Ningún método 2) CONDON 3) DIU 4) Píldoras 5) Inyección 6) Medados Naturales 7) Ligadura de trompas 8) Otros (especificar) _____		
87.- ¿Después de cuantos años quiere volver a tener un nuevo hijo/a? Ima tiempuman watijmanta wawa kanan munanqui?	1) Número de años _____ 2) No quiere otro hijo 99) No sabe/No responde		

AGUA Y SANEAMIENTO

88.- ¿De dónde obtienen el agua que usan para tomar y cocinar ? Maymanta apamunki yacuta tomanapaj.	1) Agua por cañería dentro de la casa 2) Agua por cañería en su patio 3) Grifo público 4) Noria abierta en su patio 5) Noria abierta de uso común con otras familias 6) Noria cerrada en su patio 7) Bomba manual (tipo rosario u otro) 8) Pozo profundo protegido en su domicilio 9) Pozo profundo protegido comunitario 10) Vertiente 11) Río, Lago o curiche 12) Otro (especificar) _____
89.- ¿Qué clase de baño usa su familia? Imaynata bañuquichis.	1) Taza con vaciado de agua (Inodoro) 2) Pozo ciego 3) Letrina mejorada y ventilada (caseta y cemento) 4) Ninguno (Hace sus necesidades a campo abierto) 5) Otros (Especificar) _____

ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD / PROGRAMAS

90.- ¿Quien decide para que usted vaya a un servicio de salud ? Pitaj mandan kan rinayquipaj jampina wasiman?	1) Ella misma 2) Esposo/pareja 3) Madre 4) Suegra 5) amigos/as/vecinos/as 6) ambos (ella y su pareja/esposo) 7) otros (especificar) _____
91.- ¿Qué tipo de atención de salud del área recibió Ud. o alguno de sus familiares durante este año? • lea las opciones – marque todas las respuestas dadas por la madre) Ima atencionta recibinaiquichis familiayqui khaynahuata.	Consulta en el Centro de salud comunitario Consulta en el hospital Consulta del personal de salud a su domicilio Consulta con el Equipo Móvil Peso, talla, o vacunación Atención con el Responsable Popular de Salud Otro (especifique): _____ h) Ninguna

SIDA / ITS

92.- ¿A oído hablar alguna vez sobre la enfermedad del SIDA?	1) SI 2) NO ---pase a la 95
93.- ¿ Que se puede hacer para evitar contagiarse del SIDA?	a) Abstenerse del sexo b) Usar condones c) Mantenerse fiel a una sola pareja d) Limitar el número de parejas sexuales e) Evitar el sexo con prostitutas f) Evitar el sexo con personas que tienen muchas parejas g) Evitar relaciones sexuales con personas del mismo sexo Evitar sexo con personas que se inyectan drogas Evitar transfusiones de sangre Evitar inyecciones Evitar besos Evitar picadas de mosquito Evitar compartir hojas de afeitar Obtener protección de un curandero Otros (especificar) _____ Nada No sabe
94.- A parte del SIDA ha oído hablar de otras infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual? • Si la respuesta es SI, preguntar ¿Cuáles?	1.- SI Especificar _____ _____ 2.- NO

¡GRACIAS POR SU PACIENCIA!

IDIOMA EN QUE SE HA REALIZADO LA ENTREVISTA

95.- Idioma en qué se hizo la entrevista	1. Español 2. Quechua 3. Ambos
--	--------------------------------------

DATOS DEL CARNET DE SALUD INFANTIL EN EL HOSPITAL U OTRO CENTRO DE SALUD

- Solo para madres y niños/as que durante la entrevista no pudieron mostrar el Carnet de Salud Infantil o el Carnet de Salud Materna*

CONTROL DE PESO

96.- ¿Se verifico que el niño/a tiene un Carnet de Salud Infantil u otro documento de salud en el centro de salud u hospital?	1) SI 2) NO ----- pase a la
97.- ¿Cuántas veces ha sido pesado desde el 1 de mayo del 2003 al 1 de julio del 2003?	1) número de veces: _____ 2) ninguno

INMUNIZACIONES

98.- Verifique en el CSI las fechas de la vacunación de (nombre del niño/a) y registre en el espacio correspondiente	VACUNA	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN Día / mes / año	Supervisora	
				SI	NO
	BCG	única	/ /		
	ANTIPOLIO	1.	/ /		
		2.	/ /		
		3.	/ /		
	PENTAVALENTE DPT (triple)	1.	/ /		
		2.	/ /		
		3.	/ /		
	SRP ANTISARAMPIÓN	única	/ /		

VITAMINA A

NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES 99.- Verifique en el CSI si (nombre del niño/a) ha recibido dos tomas de Vitamina "A"	1) SI 2) NO 3) No hay registro de vitamina "A"
---	--

DATOS DEL CARNET DE SALUD MATERNA EN EL HOSPITAL U OTRO CENTRO

100.- Se verifico que la madre tiene un Carnet de Salud Materna u otro registro en el centro de salud u hospital?	1) SI 2) NO
---	----------------

CONTROLES PRENATALES

101.- ¿La madre tiene controles prenatales anotados en el Carnet de Salud Materna u otro registro en el Centro de Salud u Hospital?	1) SI 2) NO ----- pase a la
102.- Anote el número de controles prenatales que tuvo en su ultimo embarazo	1. Número de controles prenatales _____ 2. No tiene controles prenatales _____

INMUNIZACIONES

103.- Mire el Carnet de vacunación u otro registro de salud de la madre y registre las fechas de vacunas de TT o DT	DOSIS	SI	NO
	1ra		
	2da		
	3ra		
	4ta		
	5ta		

FIN DE LA ENCUESTA

Anexo N° 5

Tabulaciones de la encuesta