Grupo Consultores Sociales
PETER BODDY

FINAL REPORT

Performance Evaluation of the FamiSalud Project

(ORDER N° AID-524-O-11-00007 / REQ-524-11-000024)

Managua - Nicaragua, april 2012

Disclaimer: The views expressed in this report do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

CREDITS

Prepared by: *Grupo Consultores Sociales Peter Boddy - GCS*

Principal Staff: *Dr. Eduardo Julio de Trinidad Barboza*
Lic. Ángeles Barberena
Dr. Mary Luz Dussán Márquez
Dr. Julio Cesar Ortega Betanco

Support team: *Dr. Manuel Rodríguez Rojas*
Lic. Olga Mercedes Montalván Montalván

USAID Supervisor: *Dra. Clelia Valverde*
Project Management Specialist Health and Education Office - USAID/Nicaragua

MOH counterpart: Lic. Lilliam Rivera
General Director External Cooperation MOH

Design y Edition: *Lic. Yara Isabel Castro*
Lic. Yessica María Monjarrez Rayo

SPECIAL THANKS

We acknowledge the special support received by the Ministry of Health Directors: External Cooperation of the Ministry of Health, Health Surveillance, Extent and Quality of Care, SILAIS Nueva Segovia, Jinotega and Chontales, health personal and technicians of the benefited municipalities.

Team of the USAID/Nicaragua Mission.

Management Team of NicaSalud.

FamiSalud Manager and territorial coordinators, NGOs technical assistants in the eight municipalities visited.

Voluntiers and beneficiaries of the communities visited.

All other people who one way or another contributed to this work.

Thank you very much, the investigators.

Managua – Nicaragua, April 2012.

ACRONYMS

AC	Contraceptives
AIEPI	Community Integrated Management of Childhood Illness
AIMNA	Comprehensive Care for Women, Children and Adolescents
APN	Prenatal Care
PHC	Primary Health Care
IDB	Inter-American Development Bank
CONE-C	Emergency Obstetric and Neonatal Care at the Community level
DAIA	Committee to Ensure the Availability of Contraceptives Supplies
DELIVER	DELIVER PROJECT: Manage availability of essential health supplies
DGECA	General Directorate of Extension and Quality of Care / MOH Nicaragua
DGVS	General Directorate for Health Surveillance / MOH Nicaragua
ECMAC	Community Delivery of Contraceptive Methods
ADD	Acute Diarrhoeal Diseases (EDA in Spanish)
ENACAL	Nicaraguan Company of Water and Sewer
ENDESA	National Poll Demographic and Health
FamiSalud	Families United for their Health (FamiSalud Project)
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations.
FFSDP	Fully Functional Services Delivery Point.
UNFPA	United Nations Populations Fund
GCS	Group of Social Consultants Peter Boddy (GCS in Spanish)
HCI	Health Care Improvement Project
HIV	Human immunodeficiency virus
INIDE	National Institute of Information and Development
ARI	Acute Respiratory Infection
EB	Exclusive Breastfeeding
M&E	Monitoring and Evaluation
MAC	Contraceptive Methods
MAIS	Comprehensive Health Care Model
MASIRAAN	Comprehensive Health Care Model of RAAN
MASIRAAS	Comprehensive Health Care Model of RAAN

CCM	Community Case Management of Sick Children
MEF	Women of Childbearing Age
MOE	Ministry of Education (MINED in Spanish)
MOH	Ministry of Health (MINSA in Spanish)
MOSAFC	Family and Community Health Model
MSC	Most Significant Changes
NicaSalud	Federation NicaSalud
SO	Strategic Objective
WHO	World Health Organization
NGO	Non Guvernamental Organizations
PHO	Panamerican Health Organization
PVO	Private Voluntary Organizations
FWP	Food World Programme
PROCOSAN	Community Program for Health and Nutrition
PRONICASS	Program of Support to Social Sector
Q	Question
RAAN	North Atlantic Autonomous Region
RAAS	South Atlantic Autonomous Region
NB	New Born
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
SILAIS	Local System of Comprehensive Health Care = regional delegation of the MOH
SOW	Statement Of Work
IMR	Infant Mortality Rate
TRIAGE	Technical information collection for the animation of Expert Groups
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: between September and December 2011 we executed an interim performance evaluation of the project Familias Unidas por su Salud - FamiSalud - (Families United for Your Health), fulfilling a contract established between USAID/Nicaragua and the firm Social Consultants Group Peter Boddy (SCG). The objective of this consultancy is to evaluate the performance and results of the project, in Phase I (2006-2008) and Phase II (2009-2011), by seeking answers to eight questions taken as specific objectives, and using gender approach in the aspects required by the SOW Order N° AID-524-O-11-00007 / REQ-524-11-000024.

Content: FamiSalud is a project of USAID/Nicaragua, executed by the NicaSalud Federation Network, with the goal to "help improve the health conditions of the Nicaraguan population through positive changes in health and nutrition of households and communities." The project has been implemented in two phases, with the following objectives: Phase I: 1) Development of an integrated community health program, 2) Institutional strengthening of the NicaSalud Network and 3) Strengthening the capacity of the NicaSalud Network, facilitating the development of an integrated community health program. Phase II: 1) Expansion and improvement of the service, information and care of child and maternal health, as well as family planning through the community, 2) Improvement of nutrition, food and hygiene practices and 3) Better use of the research for planning, implementation and evaluation of programs.

Methodology: This is an interim evaluation of the performance of FamiSalud, where the sampling universe is the entire population served by the project in the first and second phases, within 12 and 8 SILAIS, respectively. In order to collect and process the information from secondary sources, we used data from FamiSalud's own information system. Primary information[1] was acquired using a sample obtained through simple random cluster sampling, during a work session with FamiSalud technical staff, USAID/Nicaragua and GCS. We selected the SILAIS of Nueva Segovia, Jinotega and Chontales, and 8 of 38 municipalities: El Ayote de Chontales, Terrabona de Matagalpa, El Castillo de Río San Juan, La Cruz de Río Grande de Bluefields, Siuna de Puerto Cabezas, San Lucas de Madriz, Dipilto de Nueva Segovia and Wiwilí de Jinotega. We used qualitative research techniques with key national informants, with 9 in-depth interviews. In the SILAIS, we carried out 3 in-depth interviews and 3 triage sessions. At the municipal/community level, we carried out 16 focus groups and 25 testimonial surveys using MSC (Most Significant Change) technique. The information obtained was processed through an analysis plan previously shared with the counterpart team. The evaluation was conducted in four phases, following a work plan approved by the USAID/Nicaragua mission and shared with the technical team of FamiSalud and the Directorate of External Cooperation of the MINSA.

1 We dispensed from using a statistically representative design sample, instead setting criteria for the inclusion of key informants (also called directed or convenience samples), where we randomly selected 3 of 8 SILAIS with 48 key informants and 8 of 38 municipalities/communities with 128 key informants.

Findings/Conclusions/Recommendations for each objective:

1. *What are the strengths, weaknesses, opportunities and threats in the Nicaraguan health system with regards to the implementation of each of the community-based strategies that the project is supporting now, and in the first phase of the project: ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN, AIEPI-C, Community Environmental Health and HIV strategy? (Q1)*

Findings: *Strengths:* the capabilities acquired throughout the execution of the project, to assimilate the processes of change by adapting the strategies applied to the MAIS in the first phase and the immediate integration to the MOSAFC in the second phase. The actions of FamiSalud strengthens the work of volunteers providing training, tools, promotional material and bringing services to more communities.
Weaknesses: the bonds of the community network with the staff of the health centers are negatively affected by the high turnover rate among doctors and nurses on social service duty. We found no established criteria or deadlines to maintain effective working strategies within the communities; the program designs in the case of ECMAC, PROCOSAN[2] and Birth Plan are outdated.
Opportunities: the existence of a legal framework in Nicaragua's health system, with national policies in place that allow the development of consistent sectorial plans for the development of the country. There also are opportunities in the interaction between the different strategies, the mutual support of the projects (HCI, DELIVER) and the search of alliances with other sectors.
Threats: Funding to cover the logistics at the completion of the FamiSalud program are not guaranteed; the insufficient number of existing volunteers and newcomers to the network; in some communities (12 to 14%) there is no structured community organization (committees, commissions, councils or community cabinets), forcing the project to invest additional time to organize the community, jeopardizing the implementation of activities. Additionally, the management and coordination of the project may be delayed due to a lack of norms from the MINSA to deal with the external cooperation at the level of the SILAIS, since a procedure has not yet been established on how to integrate the development and monitoring the project.

Conclusions: a) the opportunity is being seized to implement community strategies with FamiSalud, within a favorable framework of public health policies, b) the main strength of the project has been the adaptation of the first phase strategies and the immediate integration with the creation of MOSAFC, starting in 2007, c) the main weakness is the still fragile link between the network of community volunteers and the MINSA, which constitute a risk to long-term sustainability and d) the main threat is that progress may not be sustained at this pace, due to the limitations of funding of the public health sector.

Recommendations: a) We recommend promoting discussions and analysis forums, or other similar events involving the MINSA technicians, FamiSalud's technicians, and other NGOs and community leaders, to update the design criteria and periods of validity for the community strategies and b) promote, with the MINSA and the other actors involved in the cooperation, a revision of tools, guideline and policies to address the shortage of volunteers from the community network, the logistics and the quality of community work.

2 PROCOSAN and ECMAC were institutionalized before the year 2005.

2. *How has the FamiSalud project contributed to the successful implementation of each of the community health strategies that it has supported over the past five years: PROCOSAN, ECMAC, Birth Plan, Environmental Health, AIEPI-C and the Community Strategy with HIV? (Q2)*

***Findings**: PROCOSAN*: The community network is trained, has its stationery, teaching materials, and logistical support from the NGOs; mothers and children usually attend the monthly weighing sessions and they learn how to stimulate the babies. The social workers have gotten better at controlling the children, avoiding malnutrition or infant deaths, as they continually monitor their growth.
ECMAC: The community network was expanded with new, trained social workers; the social workers facilitate the access to family planning methods in the rural communities attended by FamiSalud; they have been provided with educational materials, and the users express satisfaction.
Birth Plan: MINSA staff and trained community volunteers have been provided with stationery to maintain community registries; the censuses of expectant women have been updated and for this strategy there is good communication between the MINSA and the community network.
AIEPI-C: the program shows good performance with respect to the implementation indicators as it is reaching its target communities, and community staff training goals are attained; their contribution is similar to PROCOSAN, as both their approaches and results are reflected in an improvement of nutrition and child health; the program has started operating in its Phase II.
Environmental Health: we found a set of initiatives being implemented in the communities, with trained MINSA, MINED and local communities' personnel. These initiatives include: Safe Water in the context of the Water and Sanitation program line, Coloring in Health, and the Blue Bus; however, this last community strategy has not yet been formally adopted by the MINSA.
HIV[3]*:*During Phase I, FamiSalud promoted the prevention of sexually transmitted diseases (HIV-ETS), with educational materials, posters and leaflets distributed to the MINSA and 444 communities; an estimated 40,000 people received prevention messages; additionally, a qualitative research was carried out in Waspán (RAAN 2008) on "perceptions, knowledge and behaviors of the rural population towards HIV-ETS, in order to develop an educational strategy applied with focus groups of men and women aged 15 to 49. The actions related to the HIV program were only carried out during Phase I.

Conclusions: FamiSalud successfully contributed to the **implementation** of PROCOSAN, ECMAC, Birth Plan, AIEPI-C and Environmental Health: a) supporting integration processes and providing training to community volunteers, b) supporting the training of institutional staff, c) validating the support material, including operating, instructional and promotional manuals for the counseling work, and d) actively working in the territories which show significant reductions in rates of maternal and neonatal mortality, as reported by the MINSA in the past 5 years.

Recommendations: a) promote coordination/negotiation with the MINSA and the organized communities, in order to integrate the contributions of FamiSalud related to the expansion of the

3 *Qualitative research, Perceptions, knowledge and behaviors of the rural population towards STD-HIV drugs: A Diagnostic for its approach in the community. FamiSalud 2007. Community Intervention for Promotion and Prevention of STD-HIV drugs: "Let's talk about STDs - HIV ... a good opportunity to reflect" FamiSalud 2007. Workshop: Management tools; Qualitative Research on Perception and behavior that communities have about STDs - HIV, directed to the technical and field Staff of the FamiSalud Project, September 2007*

coverage and outreach of health services to users in rural communities, for the development and consolidation of MOSAFC and b) promote studies with the progress made thus far, through a systematization of experiences on the field of Environmental Health and AIEPI- C, under a strategy of field research to be carried out through universities and health research centers.

3. *How did the FamiSalud project contribute to the objectives of USAID/Nicaragua's Intermediate Result 3.3, "Improved Management of Child and Reproductive Health" under Strategic Objective 3, "Healthier, Better Educated People? (Q3)*

Findings: FamiSalud's contribution to the USAID objective is evidenced by: a) the achievement of goals in the overall[4]efficacy reached a 40% in Phase I and 41% in Phase II under all indicators; additionally we found 22% of indicators above compliance in Phase II; this over-compliance, though apparently positive, can actually be caused by poor planning of goals and/or a bias in the execution of actions, which results in the risk of investing more time, or unplanned materials and financial resources, and b) in Phase II, the indicators of all the strategies grouped into four *Lines Of Action* of the project, reveal that the *Implementation* efficacy is 78%, *Sustainability* is 56%, *Coordination* is 40% and *Service Delivery* is 14%. In absolute numbers, we report the implementation of ECMAC and PPF-C in 764 communities, benefiting 79,855 people, amongst men, women and adolescents, and training of 413 health officials and 1775 community counselors; the Birth Plan was implemented in 792 communities, providing PHC to 10,107 expecting mothers and the training of 3.103 volunteers, 451 health care workers from the MINSA, and 265 traditional midwives with materials from CONE-C; PROCOSAN implemented weighing session in 571 communities, benefiting 6,194 children under two years of age; AIEPI-C is positioned in 223 communities and have trained 638 volunteers; Environmental Health has implemented Safe Water in 724 communities, benefiting 31,963 families, and has managed to meet 8 out of 13 indicators related to the issue of Sustainable Positive Behavioral Changes, at home and in the community.

Conclusions: FamiSalud has contributed effectively to the objectives of USAID/Nicaragua's "Healthier, Better Educated People" by: a) **achieving high efficiency** in the implementation of the strategies, which suggests better management of child and reproductive health. With the available data it is only possible to evaluate the efficacy in increasing the coverage of services, as the information system indicators are not very useful for determining the efficacy of the actions taken, and b) promoting healthy behavioral changes in the target population; the largest contributions are evident in the ECMAC and Environmental Health strategies, whose results are positive for USAID and MOSAFC-MINSA's strategic objective 3. This latter strategy has no official counterpart in the MINSA but its components can be promptly exploited as they form part of the functions of various governmental institutions (ENACAL, INAA, MINSA, MOE, INETER, Municipalities).

Recommendations: a) NicaSalud/FamiSalud should transfer to the MINSA the lessons learnt by FamiSalud in the implementation of the community strategies, both the institutionalized and the non-institutionalized ones by the MINSA: ECMAC / PPF-C, Birth Plan / CONE-C, PROCOSAN / AIEPI-C, Environmental Health (Safe Water, Coloring in Health, etc.), b) suggest to the MINSA that they upgrade or ratify the standards and procedures for training and counseling, in

4 General Overview of all strategies.

accordance to the needs found, and c) incorporate other types of field investigations: user satisfaction, registration of variables that measure elements of managerial control, and other informational needs still being unmet (supply, service offerings, schedules, etc.).

4. *To what extent did the FamiSalud Project's approaches and outcomes contribute to the achievement of each of its objectives during the first and second phase of the project?(Q4)*

Findings: the approaches employed by the project to achieve the objectives in Phase I and Phase II were: extension of coverage, reduction of the difficulties to access the services, and to community participation[5]; the work of Phase II was reinforced by emphasizing a comprehensiveness of actions amongst all possible strategies, an alignment with the MOSAFC, geographic concentration, networking using the cumulative results of Phase I, training community volunteers, especially through ECMAC and Birth Plan's strategies, which increased the number of participating communities and showed an increased number of indicators met, except for PROCOSAN; three operational investigations were executed (not yet completed) as well as training of technical personnel, in larger numbers and emphasis, using as a reference the MOSAFC/MASIRAAS/MASIRAAN.

Conclusions: a) the approaches employed by the project were appropriate and contributed successfully to the achievement of the objectives, therefore they should be continued within a justifiable context, and b) the set of strategies successfully implemented in the communities resulted in satisfactory results, with better coverage, and the development of a more comprehensive community health program.

Recommendations: a) consolidate the results achieved through FamiSalud's approaches and transfer them to the MINSA in the form of a community health program that integrates the best experiences obtained by FamiSalud, complementing and supporting the development of MOSAFC and b) in order to improve the implementation of the ECMAC, Birth Plan and PROCOSAN's strategies, we suggested to review, analyze and utilize the results, conclusions and recommendations of the operative investigations conducted by FamiSalud during Phase II.

5. *What were the most significant successes of the FamiSalud project –both planned and unplanned? (Q5)*

Findings: The project presents planned[6] and unplanned achievements, the most important being: ECMAC's implementing communities (95%), Birth Plan (99%), PROCOSAN (98%), AIEPI–C (101%); working health care units with community health care committees (111%) and health care units carrying out monthly activities with volunteers (111%). We recognized the work done locally with counselors trained in FP (100%), Birth Plan (105%), AIEPI–C (94%), Safe Water (97%), their empowerment through the new knowledge acquired, and the developed skills, "*that is what will remain at the end.*"

Other unplanned achievements: a) the recognition of the central MINSA and SILAIS' officials of the "insertion" of FamiSalud in implementing the MOSAFC, b) recognition of health personnel

5 Primary information obtained from in-depth interviews at the central level.

6 Final Report FamiSalud, this was the Fourth Quarterly Report from July-September 2011

to the accompanying role of the midwife, c) un-generalized references to the involvement of men in the weighing sessions, in accompanying the expectant woman to the consultation, and in reference to delivery and acceptance of the request for BC by her partner, d) increased presence of women in organizations and community activities, in responsibility positions, e) health personnel with a better understanding of gender equity and f) efforts to establish alliances with participants from other sectors.

Conclusions: FamiSalud has accomplished very important achievements: a) planned around the care of women and children through the successful implementation of ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN and AIEPI-C, b) the work done by the health personnel towards community development and c) the skills developed by those counselors/volunteers from the communities. Among the unplanned achievements we count: a) the positive assessment of the MINSA officials, at different levels, b) FamiSalud's contributions to the implementation and development of the MOSAFC, c) the role of midwives and d) the expressions relating to gender equity.

Recommendations: the achievements obtained by FamiSalud can be consolidated through: a) transferring to the MINSA the knowledge related to reducing maternal and child risk, drawing on the experiences of training volunteers and the contribution of working with midwives, b) completing the training of volunteers for PROCOSAN, c) accompanying the development of MOSAFC in the sectors of those communities that are still in need, particularly relating to those aspects of sectoring, patient classification, and the implementation of community diagnosis, and d) supporting the sustainability of the strategies through the partnerships initiated with other sectors.

6. What were the most significant implementation constraints faced by the FamiSalud project? (Q6)

Findings: the most important constraints were: a) not being able to count on a competent management information system: the available system does not produce reliable, timely, or secure quality data (it is easily manipulated); or not being able to count on a system of effective monitoring and evaluation; of course they are two different systems, where M&E managers are the primary users of the first, and rely on it for their efficient performance, b) on the ground, the level of strengthening of MOSAFC is uneven throughout the municipalities, as not all the SILAIS provide strategy training to institutional personnel; human resource management in the MINSA is not being decentralized down to the SILAIS and municipalities level, which delays operational decisions in the territories, c) the monitoring of community resources is carried out by the MINSA and FamiSalud's technicians working in the territory, it is not guaranteed at a sufficient level by the organized communities themselves, which may be caused by low levels of recruitment, retention and operational efficiency of the volunteers, resulting in turn in poor performance of community workers, as, for example, in PROCOSAN, d) at least 12% to 14% of the 804 communities served by FamiSalud II were lacking an organized effort to work with the ECMAC, Birth Plan and PROCOSAN's strategies; this does not depend on the MINSA, nor on FamiSalud, but it does depend on an more established community organization, and e) there still remain strong prejudices deriving from the "macho" culture, the men participate very little and limit the participation of their partners.

Conclusions: The main constraints identified were: a) the M&E system would be more effective if it could rely on timely and dependable information and have skilled staff to run it, and it could then contribute to decision-making, based on reliable evidence, b) the inadequate planning/implementation of the strategy-based training programs for health care staff, as evidenced by the non-fulfillment of goals (in 4 of 6 strategies), is attributable to difficulties in coordination and communication between the project and the SILAIS; in addition, the managers did not have enough information on the benefits of supporting the project, to enable them to implement the strategy, and c) there still are underlining difficulties in the cultural environment of the rural communities, especially gender inequalities and the dependency surrounding paternalism.

Recommendations: a) consider an immediate review and adjustment of the information system used by FamiSalud, around the most obvious and pressing needs: availability of useful, timely and reliable information to manage the work plans properly, b) propose to the MINSA the development of a strategy-based training plan, which would be incorporated into the SILAIS strategic plan c) recommend feasible (financially viable) and innovative actions to the MINSA, aimed at closing the gaps in the coverage area for reasons of accessibility, where community-based strategies still present unfulfilled indicators, differentiating and optimizing care to the communities in which the population is only partially covered, and where goals of service production are not yet met. The optimization aspects identified may include the review with community leaders, FamiSalud technicians and the MINSA's officials of the hours of operation, the presence of health care personnel, and the users' satisfaction levels, and d) propose to the MINSA, the universities and the professional health care associations, elements for their investigative agendas in Primary Health Care, presented with the cultural issues and the development of community organization evidenced in the development of this project.

7. *How effectively has FamiSalud coordinated with the MINSA, other stakeholders and other USAID projects to achieve its objectives? (Q7)*

Findings: FamiSalud benefited from the coordinations that the MINSA has provided at different levels: a) in the municipalities and communities the coordination is agile, versatile and friendly; while working with community volunteers, the various activities of training, monitoring, and problem solving take place as scheduled, b) at the level of the SILAIS, the coordination depends on the particular effort of its management and project technicians, as they try to maximize the opportunities presented to them. However, the SILAIS doesn't have regulations in place from the MINSA to work with the external cooperation at this level, and c) at the national level the coordination is less effective due to the amount, and complexity, of activities performed by the health personnel, which does not favor a carefully planned coordination, resulting in delays in the progress of the project. As a result, the agenda is usually kept open until the proposed results can be achieved.

With other projects sponsored by USAID, mainly DELIVER, HCI, PATH, PRONICASS (Phase I) the coordination has been effective in developing contributions in the fields of management and leadership, logistics of contraceptives, obstetric and neonatal care, through coordinated plans, exchange of information, improvement of skills, joint monitoring, development of tools and

working guidelines. Likewise, the project established partnerships with the private sector to provide support for "maternity homes" and other community activities.

Conclusion: the coordination efforts executed by FamiSalud in the pursuit of achieving the objectives had different levels of effectiveness. In this regard they were: a) very effective with the MINSA at the SILAIS level, with the volunteer networks and the USAID projects and b) found to be less than effective with the MINSA at the central level, where the project maintained the basic necessary managerial coordination, due to the importance of addressing strategic health issues related to women, children, the family and the environment.

Recommendations: a) improve the effectiveness of the coordination with the MINSA at different levels using the spaces that were established, such as management and technical meetings, analysis and balance workshops, technical advice, site visits, teaching plans or continuing education plans to ensure progress in meeting the objectives and facilitate the implementation of adjustments and feasible knowledge transfers and b) collaborate in the strategic planning processes together with the MINSA and other local stakeholders, integrating different health care actions, where the effectiveness of coordination plays an important role in achieving the objectives and the expected results of FamiSalud.

8. What are the five key recommendations for USAID/Nicaragua in designing and implementing future community health programs? (Q8)

We recommend that the design and implementation of a future community health program, by the USAID/Nicaragua mission, should consider the following recommendations:

1. Integrate the legacy of the best experiences gained with FamiSalud, including successful approaches such as: the organized participation of rural and/or urban fringe communities, the extension of coverage, the reduction in the difficulties related to geographic access, the fairness in the delivery of services, the practices and gender roles, the lifecycle of the individuals (children, adolescents, youth, adulthood and old age), and the multiculturalism in all initiatives and activities complementing and supporting the development of the MOSAFC, from the design phase, implementation, analysis and feedback,.
2. Continue to encourage existing interchange opportunities (advocacy) and the collaboration between partners and counterparts of the new community health program, to be properly used along with the planning, evaluation and strategic research processes, promoting communication, the coordination of social participants and the synergy with new community-based dynamics and initiatives.
3. Promote - with partners, counterparts, central and municipal governments, private sector, civil society, etc. – the exploration of options that facilitate and support the functioning and sustainability of community networks, through coordinated and agreed-upon actions that positively impact the health determinants that directly affect them, especially economic, labor-related, and cultural.
4. Seize the momentum created by the integrative processes in Primary Health Care advanced by FamiSalud's operational practice, proposing a creative menu of options to meet the health needs of families, community, and the environment; through reproductive and childhood health, nutrition programs, community assessments, best practices in safe water, healthy habits and behaviors, coloring in health (school health), all consistent with the objectives of

the USAID/Nicaragua mission, and simultaneously compatible with the preventive and health-promoting guidelines of the MOSAFC.

5. For each strategy or component of the new community health program of USAID/Nicaragua, there should be an agreement (through negotiations and relevant exchanges) with the central government of Nicaragua[7] on the criteria and overall terms of efficacy, implementation, operation/production of services, sustainability, and progress indicators, as well as on those signs of stagnation which can be prevented, with the final goal of achieving an efficient management of the program.
6. Make sure to be equipped with a competent management information system in terms of its design, data collection and validation, manuals and automatic data processing, as well as ease of analysis, availability of useful, timely and reliable information to efficiently support the M&E system management. Of particular importance is the early definition and deployment of indicators to monitor the implementation, coordination, service provision and sustainability processes of the program, and all of its components.

7. Transitional recommendations to finalize FamiSalud:
   a. Transfer to the Central MINSA the key lessons learned in the process of strategic planning at the SILAIS levels, to ensure the implementation of coordinated comprehensive care, and the availability of a training plan for the community strategies.
   b. Transfer to the MINSA the lessons learned by FamiSalud in the implementation of the community strategies, both the ones institutionalized and the non-institutionalized by the MINSA: ECMAC/PPF-C, Birth Plan/CONE-C, PROCOSAN/AIEPI-C, Environmental Health (Safe Water, Coloring in Health, etc.)
   c. Recommend feasible (financially viable) and innovative actions to the MINSA, to close the gaps in the coverage area for reasons of geography accessibility, where community-based strategies still present unfulfilled indicators, differentiating and optimizing care to the communities in which the population is only partially covered, and where goals of service production are not yet met. The optimization aspects identified may include the review with community leaders, FamiSalud technicians and the MINSA's officials of the hours of operation, the presence of health care personnel, and the users' satisfaction.

7 MINSA, MINED, MIFAN, ENACAL, INIDE, among others.

CONTENTS

1. INTRODUCTION 2
1.1 DESCRIPTION OF THE CONTENTS OF THE REPORT 2
1.2 CONTENT 2
2. FAMISALUD PROJECT, PURPOSE, OBJECTIVES AND EXPECTED RESULTS 3
3. PURPOSE OF THE EVALUATION OF FAMISALUD 6
4. GENERAL OBJECTIVE OF THE ASSESSMENT 6
5. SPECIFIC OBJECTIVES OF THE EVALUATION 6
6. METHODOLOGY 7
7. FINDINGS (DISCUSSION OF RESULTS, CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS) 12
Q1: STRENGTHS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES AND THREATS 12
Q2: CONTRIBUTIONS TO THE IMPLEMENTATION OF THE COMMUNITY STRATEGIES 16
Q3: CONTRIBUTIONS TO THE STRATEGIC OBJECTIVE 3 AND INTERMEDIATE RESULT 3.3, PLAN USAID/NICARAGUA 20
Q4: CONTRIBUTIONS OF THE APPROACHES AND OUTCOMES OF FAMISALUD 26
Q5: MOST SIGNIFICANT SUCCESSES PLANNED AND UNPLANNED 28
Q6: MOST SIGNIFICANT IMPLEMENTATION CONSTRAINTS 31
Q7: EFFECTIVENESS OF COORDINATION 34
8. WHAT ARE THE FIVE KEY RECOMMENDATIONS FOR USAID/NICARAGUA IN DESIGNING AND IMPLEMENTING FUTURE COMMUNITY HEALTH PROGRAMS? (Q8.) 37
9. BIBLIOGRAPHY 39
10. ANNEXES 41
ANNEX 1. STATEMENT OF WORK (SOW) 42
ANNEX 2. COMPOSITION OF THE TEAM 55
ANNEX 3. METHODS AND TECHNIQUES APPLIED 56
ANNEX 4. LIST OF SITES VISITED 75
ANNEX 5. LIST OF KEY INFORMANTS 76
ANNEX 6. LIST OF BENEFICIARIES MUNICIPALITIES 82
ANNEX 7. RESEARCH FRAMEWORK 84
ANNEX 8. RESULTS OF DEPTH INTERVIEWS 85
ANNEX 9. RESULTS OF THE THREE SESIONS TRIAGE TECHNIQUE 97
ANNEX 10. RESULTS OF THE EIGHT FOCAL GROUPS WITH COMMUNITY VOLUNTEERS 105
ANNEX 11. RESULTS OF THE EIGHT FOCAL GROUPS WITH BENEFICIARY POPULATION 111
ANNEX 12. MOST IMPORTANT TESTIMONY OBTAINED WITH THE MSC TECHNIQUE 121
ANNEX 13. COMPLIANCE OF THE NATIONAL GOALS OF THE FAMISALUD PROJECT PHASE I AND II BY RESULTS 122
ANNEX 14. LIST OF INDICATORS OF FAMISALUD II, BY COMPLIANCE OF THE GOALS AND ACTION LINES 123
ANNEX 15. SCOREBOARD OF FAMISALUD II, BY SCALE TO VALORATE COMPLIANCE OF THE GOALS AND CLASIFIED PER ACTIONS LINES, 2011 125
ANNEX 16. SCOREBOARD PER STRATEGY AND ACTIONS LINES, FAMISALUD PHASE II 127

PART ONE

1. Introduction

1.1 Description of the contents of the report

This assessment consists of three parts. The first is an introduction to the content of the FamiSalud project and to the purpose of this evaluation and the methodology (materials, methods, techniques and procedures) applied.

The second part answers the eight questions on which this assessment is based. The specific findings and recommendations to each evaluation question are presented along with the findings and analysis supporting the principal general recommendations obtained. It also includes the literature utilized.

The third and last part includes the annexes required by the SOW and other, by primary information sources as collected during the field research, such as: in-depth interviews, focus groups, TRIAGE sessions and testimonial evidence with MSC techniques.

1.2 Content

Having reached the end of its second phase on September 30th, 2011, the FamiSalud project warranted an interim evaluation of its performance, in order to complete its contributions to the country and to the USAID/Nicaragua mission; this led to the hiring of the consulting firm Social Consultants Group Peter Boddy to perform the SOW ORDER No. AID-524-O-11-00007 / REQ-524-11-000024 (see annex1)

1.2.1 Background

According to USAID Nicaragua[8], Country Plan, the main expected results for the social sector categorize the FamiSalud project, initiated in 2006, in a supporting role to the MINSA policies, especially with regard to outcome 3.3:

- RI 3.1 More and better investment and transparency in the social sector.
- RI 3.2 More and better opportunities for basic education, better quality and efficiency of education focused at the primary level.
- RI 3.3 Comprehensive child and reproductive health care.

The project title is Families United for Your Health (FamiSalud) under the Cooperative Agreement No. 524-A-00-06-00005-00 between USAID/Nicaragua and the NicaSalud Federation Network. The project implementation dates are April 2006 to September 2013. This project has been executed in an environment of structural socio-economic transition for Nicaragua. In this regard, as set out by the National Health Plan 2004-2015[9], under the National Human

8 See USAID Nicaragua Country Plan

9 See National Health Plan 2004-2015

Development Plan 2009-2011[10], the National Health Act 2002[11], and its regulations of 2003[12], the MINSA has directed its resources to respond to major health problems of the population, such as maternal mortality, infant mortality, malnutrition in children under five years of age, endemic health problems and the containment of HIV/AIDS.

1.2.2 Context

The implementation of Phase I of FamiSalud coincided with the implementation of a new Comprehensive Health Care Model (MAIS), evolving in Phase II to a Model of Family and Community Health Care (MOSAFC)[13], which assumes the paradigm of a systemic/holistic approach aimed at improving the way in which health issues are addressed, focusing on individuals, families, and on active community participation by strengthening community networks, the promotion of improved health care management and the decentralization of health services. The MINSA has divided the national territory into several geographical areas in order to address the health needs of individual families by visiting them in their homes, and offering health services according to the needs (determined by community diagnosis) of the families in these territories subject to primary care.

The MINSA, with its network of 1.000 facilities, which include 32 hospitals, 179 health centers and 869 health posts, provides health care coverage to approximately 76% of the population, and is the main provider of health services in Nicaragua.

2. FamiSalud Project, Purpose, Objectives and Expected Results

NicaSalud was created in Nicaragua as part of USAID response to the devastation caused by hurricane Mitch in Central America, in October 1998, in order to respond quickly and effectively to the critical health situation in the communities devastated by the hurricane, assigning resources to projects implemented by a group of twenty one organizations with a presence in the affected communities. In late 2001 NicaSalud was a federation of 15 national and international organizations and that same year acquired its legal status. Creating NicaSalud produced the birth of a new federation of Private Voluntary Organizations (PVOs) and non-governmental organizations (NGOs) to work in primary health care.

The FamiSalud project was designed to improve service delivery of maternal and child care, to improve good nutritional and hygiene practices through community strategies; the general objective being to contribute to improving the well-being of the Nicaraguan population through positive changes in health care and nutrition in the households and communities, and their expected results are:

1. *Expanded and improved service, information, and maternal/child health care, as well as family planning, throughout the community:*
   - *1.1 Expanded community services for family planning (ECMAC).*

10 See the National Human Development Plan 2009-2011

11 See the National Health Act of 2002

12 See Regulation of 2003

13 View Model of Family & Community Health

1.2 Expanded community services related to essential obstetric and neonatal care, as well as referrals.
1.3 Extended health coverage by the MINSA, through the network of volunteers and staff trained by MINSA.

2. Improved nutrition, food and hygiene practices:
2.1 Reduced global and chronic malnutrition in high-risk communities.
2.2 Improved child health through the expansion of PROCOSAN.
2.3 Sustainable positive behavioral changes in homes and in the community, in the aspects of hand washing, personal hygiene and safe disposal of waste.

3. Utilization of the research for the planning, implementation and evaluation of the programs: (ECMAC, Birth Plan for safe motherhood and PROCOSAN)

The project implementation has been carried out in two phases. The ***first phase*** (2006-2009) had the following objectives: the development of an integrated community health program, institutional strengthening of the NicaSalud Network, and capacity-building of NicaSalud to work within the network, thus allowing the development of an integrated community health program. During this phase, the FamiSalud project was implemented by 18 NGOs in 12 of the 17 departments, in 69 municipalities and 1,233 communities.

The ***second phase*** (2009-2011) established the following objectives: improved and expanded community-based family planning and information services on maternal and child health, improved nutritional, dietarian and sanitary practices, improvement in the use of research for planning, implementation and evaluation purposes. During this phase, FamiSalud activities were implemented by 10 organizations - members of NicaSalud - that participated in the first phase. FamiSalud focused its community health program on those locations classified as extremely poor, situated in remote, rural, and dispersed areas, where the needs for primary health care were greater.

FamiSalud faced several challenges in implementing the first phase, which were subsequently identified for correction during the implementation of the second phase; a concern was the many NGOs involved in the execution of the programs, which were complicating the management and monitoring activities from the headquarters of FamiSalud; also, not all selected departments and communities were those most in need. Community strategies were implemented in isolation in each community in Phase I, but in Phase II they were implemented comprehensively, which represented a greater challenge for the NGOs.

The project currently operates in 804 communities, in 78 of the 153 Nicaraguan municipalities (51% of all municipalities), in 8 of the 17 departments (see annex 6) It supports 344 health care units (MINSA) and train staff in primary health care (MINSA), as well as supporting social workers and health care volunteers from the communities in executing community strategies that are implemented in the context of the MOSAFC, as referenced below.

FamiSalud supported the MINSA with the introduction of MOSAFC from the time of its implementation in the beneficiary communities, helping to carry out territory segmentations, family history surveys, community assessments and the training associated with these processes.

It also collaborated in the implementation of the strategies of the MINSA (ECMAC, PROCOSAN, Delivery Plan and AIEPI-C) which were applied in remote communities; in facilitating the organization of community health committees; in developing the skills of the network of volunteers, enabling them to comply with the requirements of the strategies; and in promoting shared responsibility for the health care of individuals, families and the community:

- **ECMAC** facilitated the delivery of family planning services for women and men in remote communities with limited access to the delivery of contraceptive methods.
- **PROCOSAN** helped decrease the proportion of malnourished children under the age of two, with the goal to reduce morbidity and mortality in this group, through weighing sessions.
- **AIEPI-C** helped reduce morbidity and mortality - in children under the age of five - due to preventable and treatable causes such as diarrhea and pneumonia, by through the detection of vulnerabilities and administration of the appropriate treatment by the family and the community.
- **Birth Plan for Safe Motherhood** helped reduce the risks during pregnancy, childbirth, and postnatal, through a proactive plan in which women, their partners, their families and the community get involved in the care of pregnant women and their newborn, knowing what to do in case of an emergency.

FamiSalud also collaborated with the objectives of the National Development Plan, and the 2011-2015 Five-Year Health Plan, with other interventions, amongst which stood out:

- **Obstetric and Neonatal Emergency Care at the Community level (CONE-C)** focused on reducing maternal and perinatal mortality, ensuring access to emergency obstetric and quality neonatal health care, to which end the participation and developing skills of traditional midwives have contributed significantly.
- **Environmental Health**, sought to produce positive and sustainable changes in the behavior of people in their homes, schools and communities, related to hand washing, personal hygiene, use and handling of water, food preparation, and safe waste disposal; its main components being: Safe Water, Behavioral Change, and Coloring in Health.
- **Community Case Management** of sick children (MCC) guided the use of curative interventions on several diseases, including pneumonia, diarrhea, malaria, and the prevention of complications, while supporting preventive measures focused on good nutrition.
- **New Energy** contributed educational activities focused on sexual and reproductive health, aimed at young, adolescent girls and boys in urban areas.
- **Blue Bus** supported a wide range of activities to promote health care, with emphasis on hygiene and environmental sanitation, through community mobilization activities.

3. Purpose of the Evaluation of FamiSalud

This evaluation addresses the results of the FamiSalud community health project since its inception in April 2006, through September 2011. The purpose is to determine the contribution of the NicaSalud Network, through its FamiSalud project, to the implementation of community-level strategies for maternal and child health in rural areas. The main beneficiary of the evaluation will be the mission of USAID/Nicaragua, but it is expected that NicaSalud, the NGO partners and the MINSA can benefit from the results and recommendations obtained. The evaluation answers eight questions specifically raised in the SOW (see annex 1) which exerts a guiding role for the investigative work and are contained in the objectives listed below:

4. General Objective of the Assessment

To evaluate the performance and results of the FamiSalud community health project during the two execution phases of 2006 - 2009 and 2009 -2011, using gender approach in the aspects required.

5. Specific Objectives of the Evaluation

1. What are the strengths, weaknesses, opportunities and threats in the Nicaraguan health system with regards to the implementation of each of the community-based strategies that the project is supporting now, and in the first phase of the project: ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN, AIEPI-C, Community Environmental Health and HIV strategy? (Q1)
2. How has the FamiSalud project contributed to the successful implementation of each of the community health strategies that it has supported over the last five years: PROCOSAN, ECMAC, Birth Plan, Environmental Health, AIEPI-C and the Community Strategy with HIV? (Q2)
3. How did the FamiSalud project contribute to the objectives of USAID/Nicaragua's Intermediate Result 3.3, "Improved Management of Child and Reproductive Health" under Strategic Objective 3, "Healthier, Better Educated People? (Q3)
4. What extent did the FamiSalud Project's approaches and outcomes contribute to the achievement of each of its objectives during the first and second phase of the project?(Q4)
5. What were the most significant successes of the FamiSalud project –both planned and unplanned? (Q5)
6. What were the most significant implementation constraints faced by the FamiSalud project? (Q6)
7. How effectively has FamiSalud coordinated with the MINSA, other stakeholders and other USAID projects to achieve its objectives? (Q7)
8. What are the five key recommendations for USAID/Nicaragua in designing and implementing future community health programs? (Q8)

Additionally, two gender-related questions were incorporated into the context of assessing FamiSalud: Has the project incorporated gender considerations into their activities? And, have there been unanticipated results from the FamiSalud activities with respect to gender?

6. Methodology

6.1 Type of evaluation

This is an interim, mid-term evaluation of the performance of FamiSalud, based on a systemic approach to monitoring and evaluation processes, tested in the development of public health programs and services[14.] This is the approach known as FFSDP (Fully Functional Services Delivery Point) used to monitor and evaluate the performance of social projects and programs, directed at the distribution/delivery of services through fully functional links. (see annex7)

This approach has been used to evaluate the implementation and development of a set of community-based strategies supported from the first phase (April 2006) to the completion of the second phase (September 2011). These strategies were understood or assumed to be complex processes from which stipulated outcome were expected (immediate, intermediate and final) in agreement with the MINSA, at the primary care level.

6.2 Universe

It contains the entire population universe considered by FamiSalud in the second phase for the managing of data and statistical indicators used by project management in their internal M&E procedures. The agreement between the MINSA and USAID for the development of Phase II FamiSalud encompasses 804 communities, in 38 municipalities and in 8 SILAIS (RAAN, RAAS, Rio San Juan, Chontales, Matagalpa, Jinotega, Madriz, Nueva Segovia), (see annex 6).

6.3 Sample[15]

Simple random sampling was applied, in two-stage clusters, with the management and technical personnel of FamiSalud, USAID and GCS, as described below:

Initially, one municipality was selected from each of the 8 departments (El Ayote de Chontales, Terrabona de Matagalpa, El Castillo de Río San Juan, La Cruz de Río Grande de Bluefields, Siuna de Puerto Cabezas, San Lucas de Madriz, Dipilto de Nueva Segovia y Wiwilí de Jinotega) served directly by FamiSalud.

Secondly, 3 of 12 SILAIS were selected (Nueva Segovia, Jinotega and Chontales).

During the period from October 11, 2011 to November 18, 2011, after having selected the SILAIS and the municipalities we employed the proposed and approved qualitative research techniques to carry out the gathering of primary information:

- At the national level we executed 11 in-depth interviews with 11 key informants.
- At the SILAIS level we executed 3 in-depth interviews with 5 key informants (2 in Chontales, 2 in Jinotega and 1 in Nueva Segovia). Additionally, we ran 3 TRIAGE working sessions (see annex 9), (1 per SILAIS) with 48 participants (24 women and 24 men) and 9 "most significant changes" testimonies were collected with the MSC technique (see annex 12)

14 See Management and Leadership Program

15 We dispensed from using a statistically representative design sample, instead setting criteria for the inclusion of key informants (also called directed or convenience samples), where we randomly selected 3 of 8 SILAIS with 48 key informants and 8 of 38 municipalities/communities with 128 key informants.

- At the municipal/community level, we ran 16 focus groups and collected 16 "most significant changes" statements with the MSC technique (2 per municipality - 1 to leaders and 1 to beneficiaries-).

6.4 Criteria for inclusion

This evaluation process took into account only those municipalities which completed the second phase and involved the active participation of the participants in the FamiSalud project implementation. Key informants were selected in consensus with the USAID/Nicaragua mission.

6.5 Techniques and methods used by level of involvement of informants

As an operationalization of variables where each of the specific objectives represents sensitive areas of this work, the research team proposed - and the USAID mission approved - the following affectations matrix.

Table 1. Affectations matrix, techniques/procedures and information sources

Response level	Technique / Procedure	Administrative level	Participants
Q1	Documental review and information analysis.	Country level, central level and SILAIS.	Consulting team.
Q2 (Q4, Q5, Q6, Q7)	TRIAGE (Technique for information collection by animation of groups of experts). (It collects information from a gender perspective.)	3 SILAIS (Nueva Segovia, Jinotega, Chontales) with their directly dependent municipalities.	Head of AIMNA SILAIS. Head of Planning SILAIS, Municipal AIMNA, Municipal Educator, Community Manager for Municipal MINSA, Municipal technicians for FamiSalud.
Q2 (Q1, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7)	In-depth interviews (National). (Collects information from a gender perspective).	9 interviews nationwide.	DGECA, MINSA External Cooperation, DGVS, NicaSalud, FamiSalud, DAIA, USAID, IDB, HCI and DELIVER.
Q3 (Q1, Q2, Q4)	Documental review and quantitative analysis of tangible information.	Central level (FamiSalud and USAID), departmental and municipal of FamiSalud.	Consulting team.
Q4 (Q5, Q6, Q7).	In-depth interviews (SILAIS). (Collects information from a gender perspective).	SILAIS Nueva Segovia, Jinotega y Chontales.	3 SILAIS Directors or their delegates.
Q2 (Q4, Q7).	Focus groups (collects information from a gender	Communities of Dipilto, El Castillo,	Beneficiaries and organized members of the

Response level	Technique / Procedure	Administrative level	Participants
	perspective).	Wiwilí, Terrabona, El Ayote, Siuna, San Lucas, La Cruz de Río Grande.	community.
Q5 y Q6	MSC (Most Significant Changes).	SILAIS of Nueva Segovia, Jinotega, Chontales. Municipalities, Communities.	10 technicians who participated in the TRIAGE, 10 focus group participants.
Q8	Review/documental analysis to develop the conclusive summary of the study.	National.	Consulting team.

6.6 Analysis Plan used

This is a methodological resource used to pre-feed - and give feedback to - the complex tasks of processing, analyzing and integrating the primary and secondary information progressively obtained. Thus, the analysis plan worked by facilitating the development of tools: formats, processing guidelines (see annex 3.f) and other tools needed to handle the mass of raw data and information that was obtained through interviews, focus groups, meetings, TRIAGE sessions and the MSC reports. We applied the same work structure for the collection, processing and management of the secondary information obtained from FamiSalud, especially the list of indicators and complementing information available.

Components:

According to the working plan approved by the USAID/Nicaragua mission, the conceptual framework used (see annex 7) predefines the general order of the evaluation in two major components:

A first component of documentary character used secondary data sources, which responded largely to the specific target of Q1 and enabled the development of the context found. Another requisite, in order to answer Q3, was to have the list of indicators used by FamiSalud's M&E system.

The *second component* refers to the collection and processing of primary data through in-depth interviews at the national and SILAIS levels, the triage session reports, focus group reports and most significant changes reports (MSC) achieved with FamiSalud in the municipalities and beneficiary communities. With this component of the analysis plan we covered the specific objectives of Q1, Q2, Q4, Q5, Q6 and Q7, in correspondence with the affectations matrix, techniques/procedures and sources of information (see Table 1).

Summarizing, the assessment was conducted in four stages following a work plan approved by the USAID/Nicaragua mission, the FamiSalud technical and administrative team, and the External Cooperation Directorate of the MINSA. The first three stages of this evaluation were conducted over a period of 10 weeks from October 22, 2011 to December 4, 2011. For the last

stage, scheduled to end on December 31, 2011, the period of review and adjustment of the final report was extended until April 13, 2012.

In *Stage I* (organizational), GCS had a meeting with the USAID/Nicaragua mission to receive general guidance on the technical, administrative and financial evaluation processes.

In *Stage II* (preparation, design and instrument validation), the review and analysis of available documents was performed, as well as the selection of municipalities, SILAIS and key players participating in the evaluation, and the development and validation of data collection instruments.

In *Stage III* (implementation and information processing) we carried out the planned field work, collecting and processing information from primary sources using the instruments approved for that purpose.

In *Stage IV* (presentation of results), the successive proposals of technical reports were developed, in accordance with the SOW, including the presentation and discussion of findings with the USAID/Nicaragua mission, the MINSA and FamiSalud, in order to obtain feedback for the development of the present report.

PART TWO

Opening explanations and CONSTRAINTS encountered in implementing the approved work plan

- The transfer of information from the municipal MINSA to FamiSalud, and from there on to the research team, was delayed and took place 9 weeks after having been requested.

- Due to the delay in providing the research team with the necessary documentation (indicators, list of indicators, research protocols, technical implementation reports, etc.) the preparation of the instruments for the focus group guides, interviews materials, and TRIAGE forms were limited in scope to the questions related to areas of weakness of FamiSalud, referring mainly to its results achieved.

- The monitoring indicators showing the continuous record statistics of the M&E system, were delivered by FamiSalud 5 weeks after the established due date.

- The electoral process that took place on November 6 in Nicaragua, caused delays in obtaining the approval of the MINSA to conduct interviews with general managers at the central MINSA and SILAIS levels in Nueva Segovia, Jinotega and Chontales, as well as conducting TRIAGE sessions.

- Due to poor quality of data obtained through the SIG, we experienced delay in the analysis of the information provided in the indicators, and additional time was required to process the findings, conclusions and recommendations.

In summary, the development, design and potential reach of the primary instruments of data collection were adversely affected by the unavailability or late/fractioned delivery of the information produced by the FS. This information included the list of municipalities served in Phase II, the criteria for defining the indicators, the actual indicators produced by the NGOs in the municipalities, the protocols and strategy evaluations, the quarterly reports of the FS, the materials needed for community care, the results of field research (baseline assessment survey), the M&E documentation as well as the information produced by the MINSA in the communities served by the project, which FamiSalud was supposed to have available.

The above situation created great tension in the investigating team and also created reasonable doubt in the counterpart (USAID), which was eventually cleared up.

7. Findings (Discussion of Results, Conclusions and Recommendations)

The findings, results, conclusions and recommendations of this paper serve the purpose established in the SOW ORDER No. AID-524-O-11-00007 / REQ-524-11-000024. (see annex 1, section 4)

The first broad steps taken, in compliance with the general objective of this work, involved outlining the overall situation of the health care system through the findings of Q1, and determining the specific FamiSalud framework, through the findings of Q2. Then we proceeded to evaluate the successes, and the accomplishments of objectives expected by FamiSalud's execution, in its two stages, through the findings set out in Q3, thereby providing the essential elements of this overall performance assessment. Subsequently, we assessed the contributions and achievements of the project (Q4 and Q5), the difficulties encountered (Q6), and the effectiveness of the coordination (Q7) observed/reported in the processes of implementation of the community strategies.

This part of the report presents the sequential responses to the eight questions presented as specific objectives, in order to evaluate the contributions of NicaSalud in the implementation of community strategies for maternal and child health in rural communities. All of this with the objective to provide the necessary elements of judgment, based on evidence and recommendations (Q8), that the USAID mission, NicaSalud, the NGO's and the MINSA can use in their future strategic projections.

Q1: What are the strengths, weaknesses, opportunities and threats in Nicaragua's health system with respect to the implementation of each of the community strategies that the project is supporting now and in the first phase of the project?

Findings:
Since it is not possible to answer this question directly, it is necessary to frame the *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* in a comprehensive context of what happened with FamiSalud in Phase I and Phase II, related to aspects of public health care at a national and international level, finding the following contexts:

a) Phase I Context: during both the first and second phase of the implementation and development of FamiSalud, each of the major health care[16] determinants affecting the country have had similar continuing effects on the health care status of the population, with varying degrees of affectations and trends, mainly related to demographic variables. It is evident that the observed changes in trends in the overall mortality profile, which show reductions in the mortality of fertile women, in infant mortality, and in fertility rates, generally results in an improved situation for maternal and child health. (1), (2), (3). Some opportunities in these transitions were characterized as a demographic bonus, which suggests a better position to implement policies on employment and wages, with some ability to have an impact on sustainable human development, including health and education. The changes occurred in the transitions of age-specific mortality intersect with the epidemiological transition, particularly

16 Employment/salary, housing, health services, nutrition, and education.

with respect to the causes of death where the problems of infectious and parasitic diseases, and child malnutrition, are decreasing their relative weight in the overall mortality factors.

In the health sector, the organization and delivery of health care services reflect political changes and transitions that occur at the national and international levels, the relationships within the framework defined by the policies, the health plans (4), (5), and new ways of conceptualizing, and re-launching the approaches to primary health care (6) as expressed in what was the Model of Integrated Health (MAIS), which validated and continues to implement various community strategies, mainly PROCOSAN, ECMAC, Birth Plan (in the process of being validated), AIEPI-C and HIV, which in turn, represent the main focus of FamiSalud/USAID during its first phase, April 2006 to September 2009 (fiscal years 2006-2008 in the U.S.).

b) Phase II Context: During the second phase of the project, October 2009-September 2011, while meeting goals and eliminating constraints, we experienced some paradigm shifts (7) both in the actual project, and in the Nicaraguan model of health care, but we still retain, and benefit from, the good experiences from previous programmatic structures, mainly in ECMAC and PROCOSAN.

During the design of Phase II, USAID decided not continue pursuing the community strategy for HIV, as this was aimed at the general population, and chose instead to focus efforts in high risk populations through another project, which explains why the indicators of HIV/STD for Phase I do not appear in the system of M&E during Phase II. However, we witness a continuing strengthening of the implementation processes for other strategies, especially the community birth plan for safe motherhood (already validated), essential community obstetric neonatal care, safe water, coloring on health, promotion of family planning, and community case management, now also including the initiative of AIEPI-C, which was not part of Phase I.

According to the previously exposed contexts on the country and the health care system, for the implementation of community strategies, the following was found:

Table 2. Summary of **Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats** (see annex 8)
STRENGTHS
The accumulated capability of the project to assimilate the change processes through the adaptation of the strategies applied to the MAIS in the first phase, and its immediate integration to the MOSAFC in the second phase. The actions of FamiSalud strengthen the work of volunteers, providing them with training, tools, promotional material, and deliver the services to more communities. The health care system of Nicaragua contributes to these strengths by organizing the services with the MOSAFC, and through a disciplined analysis of the general, maternal and child mortality data by the MINSA. As far as the strategies regarding sexual and reproductive health, it was found that the MINSA has better reach within the community, and is able to assure the logistics and availability of BC, while monitoring the work of the volunteers and providing them with training and tools.
WEAKNESSES
The bonds of the community network with the staff of the health care centers are negatively

affected by the high turnover rate among doctors and nurses on social service duty. We found no established criteria or deadlines to maintain effective working strategies within the communities; the program designs in the case of ECMAC, PROCOSAN[17] and Birth Plan are outdated. Some believe that "the strategy coverage is still very low and needs to be prioritized further." Furthermore, we considered a weakness that the designs are inadequate and outdated, and that there is an absence of effective criteria and deadlines for the strategies. One such instance is ECMAC, which does not provide specific teen activities, and PROCOSAN[18] that has gaps in their design because it omits important age groups and does not track chronic malnutrition.
OPPORTUNITIES
The legal framework of the Nicaraguan health care system harmoniously integrates the health care plans, the organization of services, and the effectiveness of foreign aid. Other opportunities consist in the interaction between the different strategies, the mutual support amongst projects (HCI, DELIVER) and the pursuit of alliances with other sectors. Moreover, the existence of networks and community organizations that bring the service directly to the communities, where women learn more about their rights and demand more information, and the pursuit of alliances with other private sectors and civil society, are also components of synergy that facilitate the development of the health care model through community strategies.
THREATS
Funding to cover the logistics at the completion of the FamiSalud program are not guaranteed; the insufficient number of the existing volunteers and newcomers to the network; in some communities (12 to 14%) there is no structured community organization (committees, commissions, councils or community cabinets), forcing the project to invest additional time to organize the community, jeopardizing the implementation of activities. Additionally, the management and coordination of the project may be delayed due to a lack of MINSA norms to deal with the external cooperation at the level of the SILAIS, since a procedure has not yet established on how to integrate the development and monitoring of the project. Part of the cooperation considers that the strategies haven't been sufficiently institutionalized, and that there is an excess medicalization of the MOSAFC's organizational guidelines, referring to a concept of health care in which MOSAFC is valid only if it includes medical practice as the central focus in the organization of PHC services.

Additionally, through in-depth interviews and in the context of the opportunities and threats faced in the implementation of community strategies, in relation to equity and gender practices, we found the following:

- The MINSA considers that having volunteers of both sexes in the ECMAC presented a relative difficulty, the influence of which is undetermined, due to old persisting cultural paradigms that remain unresolved, including the macho culture; and indicate that the use of condoms on the man's part remains a major constraint. Additionally, husbands are upset because their wives are out of the house for long periods of time, and midwives are struggling with problems at home, related to having to go out at night to attend cases.

17PROCOSAN y ECMAC institucionalizadas antes del año 2005.

18PROCOSAN y ECMAC institucionalizadas antes del año 2005.

- There are an increased number of women actively participating in the communities, but many men are also involved, although they mention the difficulty to meet their commitments to the communities, while also trying to go about their daily work.
- The MINSA reports that a high percentage of community workers are men, but with regards to family health care it is the woman who bears the brunt of the household work and domestic duties, despite the efforts carried out thus far by the project.

Discussion of results / findings:

Generally speaking, in regard to the implementation/development of community health strategies, from the perspective of FamiSalud/USAID through its application of such strategies, we can point to efforts to extend coverage, reduce the access constraints to Primary Health Care Services, and to community participation as essential elements that accompanied the implementation of MAIS.

All the actions and benefits accrued in the first phase of FamiSalud are aligned, with varying degrees of approximation, with the organizational efforts involved in the implementation of the MOSAFC in the second phase, as evidenced by the support provided by the project, with the training of the MINSA institutional staff, and community workers, to enable them to comply with the specific objectives of the community strategies, which are now linked to the investigation of family histories (potential families using the services of PHC), the segmentation of the territories, the community health care diagnoses, and an incipient process of categorization of people and families at risk, mainly in rural and fringe urban areas, incorporating new practices of home care, as required or scheduled by the MINSA at the community level.

All of this is very compatible with the health care perspectives promoted by WHO/OPS[19], through preventive care approaches, health care promotion, and integrated approaches more consistent with socioeconomic and political realities, which can ultimately provide sustainability to the MOSAFC project, with the support of community strategies promoted and financed through FamiSalud/USAID (8).

In an attempt to assimilate FamiSalud contributions, we can state the following: we place high value on the contributions of good child nutrition and maternal health, aimed at preserving the health of vulnerable populations, and on necessary - and therefore liberating - education that enables the social/cultural sustainability of the contributions achieved through PROCOSAN; and likewise on reproductive health practices achieved through the ECMAC and Birth Plan for safe motherhood in a healthier environment, promoted by community strategies around Environmental Health.

As can be seen, all the actions deployed by FamiSalud through the community strategies promoted in Phase I and Phase II, were based on meeting the strategic objective No. 3, of USAID Country Plan, which still remains "More educated and healthier people". This is entirely consistent with the national health policies being implemented by the MINSA through the MOSAFC, which will be discussed in more details when addressing the specific objectives Q2, Q3 and Q4 of this Report.

[19] Resolution of the 62nd World Health Assembly, WHO 2009.

Conclusions:

a) The opportunity is being seized to implement community strategies with FamiSalud, within a favorable framework of public health policies.
b) The main strength of the project has being the adaptation of the first phase strategies and the immediate integration with the creation of MOSAFC, starting in 2007.
c) The main weakness is the still fragile link between the network of community volunteers and the MINSA, which constitute a risk to long-term sustainability.
d) The main threat is that progress may not be sustained at this pace, due to the limitations of funding of the public health sector.

Recommendations:

a) Promote discussion and analysis forums, or other similar events involving the MINSA's technicians, FamiSalud's technicians, and other NGOs and community leaders to update the design criteria and periods of validity for the community strategies.
b) Promote, with the MINSA and the other actors involved in the cooperation, a revision of tools, guideline and policies to address the shortage of volunteers from the community network, the logistics and the quality of community work.

Q2: How has the FamiSalud Project contributed to the successful implementation of each of the community health strategies it has supported over the last five years: PROCOSAN, ECMAC, Birth Plan, Environmental Health, AIEPI-C and the Community Strategy with HIV?

Findings:

Regarding PROCOSAN, we found the followings: the community networks were trained, they rely on materials that appeal to mothers and children attending the weighing sessions, and the mothers are learning to stimulate their babies; the institutionalized strategy is being expanded to other communities, the community network is aware of which children need follow-up, in order to avoid cases of child malnutrition and deaths. The NGOs have provided logistical support with stationery and with the monitoring procedures for its use. We consider that the weighing sessions – as well as increased vaccination coverage for children - contribute to the reduction of child deaths and malnutrition.

Sustainability can be ensured through the action of specialized technicians, and by the institutionalization of the program and its organizational aspects. The health care workers are trained and possess the necessary working tools (methods) while the MINSA is working in the development of family and community health teams, in close coordination with the community organizations supported by FamiSalud.

Regarding ECMA: the community volunteers have accumulate good experiences and knowledge in sexual and reproductive health, the population visits the health centers which has an impact on the reduction of unwanted pregnancies, mainly amongst adolescents and women at high risk, who benefit from improved access to family planning methods, thus contributing to the reduction of maternal, perinatal and infant mortality.

We take notice of the political will which enables the leaders at the SILAIS and municipalities level to negotiate and work in coordination with the agencies, and that people are increasingly

demanding access to family planning; the MINSA has improved counseling services and users from remote areas are able to get access to family planning methods.

This is a very sustainable strategy because it is taking place directly in the communities, through the intersectional efforts of FamiSalud, the community, and primarily through the monitoring services provided by the MINSA.

Regarding the *Community Birth Plan for safe motherhood*, we found the following: the teams are very familiar with the terrain and can count on the enthusiastic participation of community leaders. The census of pregnant women is maintained updated and there is good communication between the MINSA and the community network. The staff has been trained in a timely manner; while the role of maternal houses has improved through this strategy, the institutional delivery care is also improving, thus helping in the reduction of maternal mortality.

There is the political will to support the strategy because it is associated with reduced maternal deaths, which is greatly helped by FamiSalud technicians' timely follow-up.

The training in the context/timing of the strategy implementation and subsequent monitoring is focused on reducing home births with associated complications, and on the involvement of the network to learn what users need at the time of giving birth. Sustainability responds to a priority of the MINSA and there are human resources available to support the continuity of the strategy where necessary. This is reflected in the quality of care in institutional delivery settings, the lack of which could result in maternal deaths.

With respect to the performance of AIEPI-C, Environmental Health and HIV strategies, the findings show that these have not yet reached levels of program structuring similar to the preceding examples, however, we have the following comments:

AIEPI-C: the program shows good performance with respect to the implementation indicators, as it is reaching its target communities, and community staff training goals are attained; their contribution is similar to PROCOSAN, as both their approaches and results are reflected in an improvement of nutrition and child health; the program has started operating in its Phase II.

Environmental Health: we found a set of initiatives being implemented in the communities, with trained MINSA, MOE and local communities' personnel. These initiatives include: Safe Water in the context of the Water and Sanitation program line, Coloring in Health, the Blue Bus; however, this last community strategy has not formally been adopted by the MINSA.

HIV[20]*:* during Phase I, FamiSalud promoted the prevention of sexually transmitted diseases (HIV-ETS), with developed educational materials (posters and leaflets distributed to the MINSA and 444 communities); an estimated 40,000 people received prevention messages; additionally, a qualitative research was carried out in Waspán (RAAN 2008) on "perceptions, knowledge and behaviors of the rural population towards HIV-ETS, in order to develop an educational strategy applied with focus groups of men and women aged 15 to 49. The actions related to the HIV program were only carried out during Phase I

20 FamiSalud unpublished documents.

Discussion of results/findings:

Regarding PROCOSAN: according to FamiSalud's M&E indicators the number of communities implementing PROCOSAN reached 98% of the targeted beneficiaries for Phase II. (indicator 2.1.4) The evidence found in the TRIAGE sessions (see annex 9) confirm the favorable outcome[21], as the community network was trained and possesses the supporting teaching materials. However, PROCOSAN started its implementation 5 years before FamiSalud "was born", and 7 years before the MOSAFC was officialized; consequently we expect over the short term to see signs of obsolescence in its design, since the MINSA and NGO partners of NicaSalud had not established criteria or effective deadlines to keep these strategies running in the communities (9)[22]; in fact, amongst the results provided by the research conducted by FamiSalud in November 2010, we can read: "there is no mention of measures directed to the PROCOSAN maternal module, or a link of this to the Birth Plan, which would represent a step further towards the development of integrated and comprehensive strategies at the community level "... and later again: "It is relevant that in the view of the MINSA management, there is a lack of clarity regarding the use of the program information beyond the SILAIS level, and a perception that this productivity is not fully integrated into the official statistics ... "Similar views were found in the aforementioned study (10)[23].

Regarding ECMAC: according to FamiSalud's M&E indicators the number of communities implementing ECMAC has reached 95% (indicator 1.1.1) in Phase II. The correlation between the expected result No. 1[24] of FamiSalud II, with the findings evidenced in the results of the TRIAGE sessions, can confirm the positive attainment of the extended reach of family planning services with ECMAC. The community network was expanded and strengthened with new groups of trained social workers. These workers experienced "good reception from the users" in the rural communities targeted by FamiSalud that were granted easier access to family planning methods; these evaluative considerations are consistent with conclusions reached by the project in response to the expected result No. 3[25] with respect to the assessment of ECMAC in November 2010, specifically when it says "acceptance of the ECMAC in remote communities is due to the involvement of the local players starting in the first phase of implementation. "

Regarding the Birth Plan: according to FamiSalud M&E indicators the number of communities implementing Birth Plan reached 99% (indicator 1.2.7) in Phase II. The success of this strategy also confirmed the attainment of FamiSalud results[26] with regards to community obstetric care, and referrals: the staff has been trained in a timely manner; the censuses of pregnant women are kept updated, and there is good communication between the MINSA and the community network; all these aspects are consistent with the most relevant results obtained in the evaluation research conducted by FamiSalud in November 2010; in fact, of the three investigations realized, this is the only one which offers constructive critical judgments regarding a possible auxiliary and complementary role of all the community strategies evaluated. With respect to the

21 Outcome 2.2: Improved child health through the expansion of PROCOSAN.

22 Evaluation of the Community information system (SICO). PRONICASS/USAID. Managua, Nicaragua. December 2008. Pages. 25 and 26.

23 Evaluation of the Community information system (SICO). PRONICASS/USAID. Managua, Nicaragua. December 2008. Pages 25 and 26.

24Result 1.1: Expanded community services for family planning (ECMAC)

25 *Outcome 3: Using research for planning, implementation and evaluation. (ECMAC, Plan delivery to safe motherhood and PROCOSAN)*

26 Result 1.2: Expanded Community Services EOC and neonatal care as well as referrals.

implementation of the MOSAFC, it states that: "in relation to the MOSAFC, the health care staff has not identified any inconsistencies, and in fact they consider that it facilitates the implementation of the Birth Plan by having segmented the entire population ..."

With regard to the AIEPI-C, Environmental Health and HIV community strategies: the findings show a more delicate situation, as more restrictive elements are weighing in that do not converge in the coordinated efforts to implement the health model: previously the MAIS and currently the MOSAFC; in fact all the actions destined for the HIV community strategy were completely discontinued in Phase II of FamiSalud, for the reasons previously stated in the findings of Q1. For its part, the AIEPI-C presents weaknesses attributable to a medicalization of the understanding and implementation of the new instructions for primary health care, leading to a distortion of the organizational efforts of communities and voluntary workers, which should prioritize preventive actions and the promotion of health care, and the traditions of the Nicaraguan culture (both amongst users and staff), while instead it follows the pattern of health care exercised when seeking to cure a disease with doctors and medicines.

Finally, the Environmental Health strategy lacks the necessary programmatic identity and rather it consists of a set of initiatives of more recent application, such as Safe Water, in the applicative context of the more general theme "Water and Sanitation", Coloring in Health, Blue Bus, and others initiatives that can't guarantee the necessary institutional sustainability.

With regard to the outlook[27]: the community strategy outlooks in the short, medium and long term were analyzed in TRIAGE meetings, using their strengths-weaknesses and opportunities-threats by "cumulative ratings of weighted percentages". These lines of analysis and sustainability were perceived as favorable to very favorable by the MINSA technicians, and by FamiSalud technicians at the SILAIS level (see annex 9). In this sense, some of the favorable factors found are associated with a good outlook for short-term strategies going into the immediate future, with reinforcing of training, improving counseling, and overcoming current difficulties and weaknesses. Thus the outlook is better with regards to Birth Plan and ECMAC, through avoiding pregnancies that lead to maternal deaths, improving prenatal care and maintaining good records of pregnancies.

Conclusions:

a) FamiSalud successfully contributed to the implementation of community strategies, supporting complex processes of recruiting and training volunteer staff from the communities; directly and indirectly supporting the training of institutional staff; validating supporting materials such as operating, instructional and promotional manuals for the health care centers, among others.
b) The main contributions to the implementation of the strategies were observed in the areas of promotion of maternal health, in the processes associated with pregnancy, childbirth and postnatal, family planning and nutrition (healthy habits and behaviors). For example, the AIEPI-C presents a good performance according to the indicators of implementation, as it reaches the targeted communities and administers the training of the community staff. Its contribution is similar to that of the PROCOSAN, while its approaches and results are reflected in the improvement of nutrition and child health.

27 Results of 3 TRIAGE sessions, November 2011, Ocotal, Juigalpa, Jinotega. 48 key informants.

Recommendations:

a) Promote coordination/negotiation with the MINSA and the organized communities, in order to integrate the contributions of FamiSalud related to the expansion of the coverage and outreach of health services to users in rural communities, for the development and consolidation of MOSAFC.
b) Promote studies with the progress made thus far, through a systematization of experiences on the field of Environmental Health and AIEPI- C, under a strategy of field research to be carried out through universities and health research centers.

Q3: How did the FamiSalud project contribute to the objectives of USAID/Nicaragua's Intermediate Result 3.3, "Improved Management of Child and Reproductive Health" under Strategic Objective 3, "Healthier, Better-Educated People"?

We have measured how FamiSalud contributed to this objective through the implementation of project indicators. Under the assumption that the target and results of the project were met through its indicators, these actions directly contributed to bringing health services to the population and to the improvement in the development of certain health-protecting procedures for the population. In other they words, the project achieved the goals defined in the strategies and contributed to the intermediate result *3.3, improving the management of child health and reproductive health, within strategic objective 3, Healthier and better educated people.*

The aforementioned measurement is performed in two stages, by means of:

1. *Compliance with individual indicators' goals, or effectiveness of the action measured, where the scale used to assess compliance with these goals is stipulated by USAID rules (see annex 15):*
   a. From 90 to 110%: Compliance.
   b. Less than 90%: Non-compliance.
   c. 110% and more: over-compliance (planning problems).
2. *Percentage of the total number of indicators met, measured from the number of individual indicators met, both for the general target and for the results, outcomes, or sub-strategic lines in each phase:*
   a. First layer: 50% or more indicators met.
   b. Second layer: 30 to 49% completed indicators.
   c. Third layer: less than 30% completed indicators.

The identified approaches were:

1. Measuring the percentage of indicators met in Phase I and Phase II, in compliance with the general objective of the results and sub-results defined by FamiSalud for the project, as presented in Phase II. This first approach visualizes the project's compliance strategy.
2. Measuring the percentage of indicators met for FamiSalud II, to obtain a better vision of key project activities, grouped into four *Lines of Action* (see annex 14 and 15) which are described below
   a) Implementation: includes coverage indicators for the strategies implemented in communities and schools (Coloring in Health).
   b) Service Delivery: includes indicators of both promotional activities (counseling in EB/messages to the population, families and schools) and preventive (family planning

counseling, NB care, and WCBA referrals and pregnancies, PHC, weight control) and curative (treatment of children under 5 years of age with ADD or ARI, delivery care).

c) Coordination: Includes indicators on the status of resources, and degree of interaction with the community and the health care units.

d) Sustainability: includes several training indicators for MOE and institutional health care personnel, as well as training for community workers (volunteers and midwives).

Findings:

A comparison was performed between meeting the goals of the indicators for Phase I, and those for Phase II. The indicators for Phase I are not the same as those in Phase II (nor do they have the same structure), therefore an equivalence of indicators, developed by the project, has been used by comparing those indicators for Phase I which were equivalent to some of those for Phase II, even though their quantity in each phase was not identical (see annex 13). All of this was done in order to perform a comparison of results with similar indicators in both phases. Given the above, the key findings were:

a) The fulfillment of goals in the overall[28]efficacy, measured by the achievement of targets for all indicators ranked in the *second layer* (30 to 49%), reaching 40% in Phase I, and 41% in Phase II. *Failure* to meet the goal of the indicators had an unfavorable rise from 28 to 37% from Phase I to Phase II, but *over-compliance* had a remarkable decline from 32 to 22%. This *over-compliance*, though apparently positive, can actually be caused by poor planning of goals and/or a bias in the execution of actions, which results in the risk of investing more time, or unplanned materials and financial resources.

b) In Phase I, we recognize better efficacy in the execution the project aimed at achieving Outcome 1 (ECMAC, Birth Plan and Organization). However, Outcome 2 (PROCOSAN, AIEPI-C and Environmental Health), has registered a lower efficacy. In Phase II, both Outcome 1 and Outcome 2 showed similar efficacies in *meeting* the goals of the indicators, but Outcome 2 displayed a higher percentage of *default* and lower rates of *over-compliance*.

In Phase II, we observed that the 51 indicators of the strategies grouped into the four *Lines Of Action* of the project reveal a much different *compliance*, depending on the individual Line. The efficacy of the *Implementation* is 78%, S*ustainability* is 56%, *Coordination* is 40% and *Service Delivery* is 14% (see annex 15). In absolute numbers (see annex 16) we report the implementation of **ECMAC and PPF-C** in 764 communities, benefiting 79,855 people, amongst men, women and adolescents, and training of 413 health officials and 1775 community counselors; the **Birth Plan** was implemented in 792 communities, providing PHC to 10,107 expecting mothers and training 3.103 volunteers, 451 health care workers from the MINSA, and 265 traditional midwives with materials from CONE-C; **PROCOSAN** implemented weighing session in 571 communities, benefiting 6,194 children under two years of age; **AIEPI-C** is positioned in 223 communities and has trained 638 volunteers; **Environmental Health** has implemented Safe Water in 724 communities, benefiting 31,963 families, and has managed to meet 8 out of 13 indicators, related to the issue of Sustainable Positive Behavioral Changes, at home and in the community. Based on the above, the findings indicate that in the second stage

28 Overview of all the strategies.

the project experienced high efficacy in the implementation of strategies. Not so in the provision of services, this was met with difficulty, particularly in Birth Plan and PROCOSAN.

Discussion of results/findings:

Any community-based project aimed at strategic intervention in the health care sector generally consists of at least four distinctive development stages, covering a design and validation period, an implementation phase, service production phase, and finally the conclusion. In the particular case of FamiSalud, for the present study the set of indicators used in the M&E allows the classification of these phases into *Action Lines*, which would respond to the implementation and services production, plus two substantive elements, such as sustainability and coordination. However, outside the realm of operation of the community strategies, the functioning of the project is not evident, only what is presented in the findings, so it is now necessary to discuss each of results expected in Phase II, which define each of the strategies in action.

Analysis of Results by Strategy:

1. ***Increase and improvement in the service, information and care of child and maternal health, as well as of family planning throughout the community:***

Sub outcome 1.1: *Increase in community services related to family planning* (ECMAC). As a family planning strategy, the ECMAC is linked to the second type of demographic transition and has direct effects on its structure and dynamics, since it affects its main variable, the fertility of the WCBA in general (spacing out and limiting the number of children) and especially adolescents (postponing pregnancies). That also has an influence on the women's health, the levels of maternal mortality during pregnancy, childbirth and postnatal, and those maternal complications carrying disabling consequences. It also has an impact on children's health, such as the frequency of underweight newborns' cases, and the level and composition of IMR and perinatal mortality.

The ECMAC and PPF-C projects were implemented in 764 communities, benefiting 79,855 people among, men, women and adolescents and training 413 health officials and 1775 community counselors. Nationwide, there were no compliance problems. In the TRIAGE sessions (see annex 9), the technicians found that 80% of subjects expressed that it was a strong strategy, and spoke of the benefits of institutionalizing the network, and of the good reception they had from the population. One respondent said that the ECMAC had significantly contributed to the reduction of the gap in contraceptive prevalence between rural and urban areas.
However, despite all their success, some localized problems were observed with the compliance of some of the indicators pertaining to this strategy:

- There were apparent problems with the accessibility and deployment in remote communities, and some arguments were provided to justify the *non-compliance* with the frequency of the monitoring efforts. Such as the special 'health days' (vaccination campaigns, etc.) which occupied a lot of the MINSA staff's time.
- *Un-compliance* was also observed *in the counseling of adolescents*. The interviews with the decision makers (see annex 8) have identified that one of the weaknesses of the ECMAC was a lack of adequate procedures for adolescents. From previous experiences working with adolescents on reproductive health, we know that awareness-building towards family planning

and other reproductive health issues are more effective in adolescents, when done using certain procedures and certain types of advisers/counselors (like others adolescents).

- Additionally, there were *un-compliances in referring WCBAs to the health units, and in the training of health personnel*. Among the possible factors that may be associated with this *un-compliance*, were the general problems common to all strategies, as well as the health staff's lack of time, lack of material for the training, lack of technical staff in the NGO's to reach dispersed and remote populations, and a shortage of CAM.

Sub outcome 1.2*: Expansion of EOC and neonatal Community Services, as well as referrals.*
The Birth Plan Strategy is an important determinant of women's health and of the health of infants and children under 2 years of age, linked to the involvement of women, family, community and institutions to the pregnancy, childbirth and postnatal care, as well as to newborn care. It was designed to confront maternal mortality, maternal complications, perinatal mortality, malnutrition, MR, immunodeficiency, etc. This strategy was implemented in 792 communities, providing PHC to 10,107 pregnant women, and training 3,103 volunteers and 451 MINSA health workers, as well as 265 traditional midwifes (with materials from the CONE-C). At TRIAGE meetings, 82% of the opinions expressed by the technicians were favorable. They expressed that training was an important element, despite the difficulties of this strategy which the health care staff integrated successfully.

However, the Provision of Services indicators (see annex 16) showed additional problems. The activities most affected by un-compliance, are presented below:

- In postnatal care: in general, postnatal controls are traditionally the ones least applied, with significant negative consequences such as maternal mortality due to postnatal complications, which can include hemorrhages and infections, and among children an increase in the levels of perinatal and neonatal deaths. FamiSalud's Birth Plan had scheduled a series of activities related to postnatal care, such as counseling and most importantly the referrals of mothers and babies to the health care units, even in the cases of deliveries attended by skilled personnel.
- The indicators for these activities had the lowest compliance and, curiously, those were the activities that were virtually absent from the assessment strategy of the Birth Plan. This may indicate that being a strategy initiated by the project[29], it was followed through in Phase II with a specific focus on increasing coverage in the communities with the most problems, on increasing the number of pregnant women assisted, and on the prevention of preterm births, neglecting somewhat the implementation of the postnatal activities or omitting the proper record-keeping of all these.
- Another indicator that was often found to be in un-compliance, and which is linked to the above, was the CONE-C coverage in the communities (82%). In the Preliminary Report [30], geographical inaccessibility was mentioned as the main problem. The health care staff recognized that there hadn't been enough personnel available to visit the communities, which in turn placed limitations on the community surveillance of pregnant women.

29 The director of Phase I stated that, since its inception, the project has incorporated the priorities of MAIS and of MINSA (extension of coverage at the community level) and incorporated the birth plan in the maternal strategy, as well as having helped the MINSA to develop the design of materials and formats to train midwives, and introduced innovative elements such as the cultural adaptation of childbirth in the Atlantic Coast, along with support from HCI.

30 FamiSalud, Preliminary Report on Birth Plan, September 2011 (unpublished).

2. Improvements in nutrition, and food and hygiene practices:

Sub outcome 2.1*: Reduction of general and chronic malnutrition in high-risk communities.*
Investments in the improvement of health care and nutrition results in greater productivity for the country, and for this reason the nutritional problem has been incorporated into the national and sectorial policies of Nicaragua. In Nicaragua, the problem of malnutrition has required intersectoral and multidisciplinary actions from the Government, the NGOs, the universities and the community. The National System for Food and Nutritional Security Act, as well as the integration to Central American initiatives, has strengthened the legal framework and the integrated approach to the problem. Theoretically, all these efforts have begun to yield results with a decrease in chronic malnutrition and extreme poverty (or poverty by hunger), at least according to the latest official results.

The PROCOSAN strategy falls within the objectives of this state policy, with its fundamental aspects of joint implementation between community workers and health personnel, counseling, referrals, counter-referrals, provision of micronutrients, weight controls and behavioral changes related to nutrition. PROCOSAN was implemented in 571 communities. Opinions from the technicians attending the TRIAGE sessions showed a 67% acceptance for this strategy, confirming the establishment of a trained community network, and a supply of training materials well-received by mothers and children. According to their assessment, the program contributed to the decline of child deaths and malnutrition, and to the increase of immunization coverage in children.

However, the quantitative assessment showed that the project had compliance problems in almost all indicators, as shown in the coverage of children taking part in the weighing sessions (80%: 6194 children under two years integrated in the weighing sessions, (with or without satisfactory growth), as well as in the indicators for the training of volunteers (79%: 1359) and health care personnel (63%). The TRIAGE technicians mentioned that some of the mothers *weren't keeping their appointments and many withdrew from the weighing sessions because they didn't receive help from WFP*. They also mentioned *demotivation amongst the volunteers and desertion of the leaders, due to economic problems* and that the work overload for the health care personnel made follow-up monitoring difficult. A community leader in the MSC confirmed that mothers would give any excuse for not attending, but when they were given micronutrients, deworming medicine, and so on, they would be motivated to attend again.

Sub outcome 2.2: *Improvement in child health through the expansion of the PROCOSAN.*
The Integrated Management of Childhood Illness (AIEPI-C) is promoted by PAHO/WHO and UNICEF as part of a new way to strengthen the resolving power of primary health care. The delivering of a basic service package, community education and anti-epidemic fight has been adapted for implementation at the community level. This type of integrated care makes a better contribution towards prevention and facilitates the treatment of the diseases prevalent in children under the age of five, such as: pneumonia, malaria, dengue, malnutrition and diarrhea. It also decreases the chance of complications leading to death in that age group. As a strategy, it was implemented in 223 communities through the training of 638 volunteers. 71% of the technicians participating in a TRIADE session felt this strategy was effective.

The indicators with the highest un-compliance were those of children with ADD (49%) and ARI (29%) who attended and were given regulated treatment. It is considered that there might have been several factors associated with this failure, as listed below:

- Low participation of sick children, which would be a clear failure to meet targets.
- Coverage problems: area of influence was smaller than planned. Also may be a function of project performance.
- Overvaluation of targets, because a lower incidence of the disease, that may reflect planning problems.
- Underreporting of the activities. Mismanagement of records or lack of stationery logs. Having witnessed the various problems in the information system, this does not seem too far-fetched, since they are indicators difficult to record because of their complexity, and were not so suitable for the exigencies of a continuous logging system.

The vast majority of the SILAIS failed to complied with the indicators regarding the protection of children younger than six months with EB and the visits to the NB during the first 3 days (although nationally the EB goals were met). Apparently, this was related to the counseling centers attended by the mothers for postnatal activities, which experienced some difficulties with the Birth Plan and the PROCOSAN compliance strategies; there may also be other similar explanations. According to the PROCOSAN[31], report, this might also be associated with MINSA staff turnover.

Sub outcome 2.3*: Change in positive sustainable behaviors in homes, and the community, in hand washing and personal hygiene practices, and safe waste disposal.*

Changes in behavior of the population regarding their health and hygiene habits are the expected impact of all actions undertaken for this purpose. Amongst the whole range of environmental problems that may arise, the availability of suitable water for human consumption - and its main associated factors - plays a very important role. Safe Water was implemented in 724 communities, benefiting 31,963 families. The opinions of the technicians that attended the TRIAGE reflect a 76% success rate for the strategy. This is one of the strategies that showed the highest success from a numerical standpoint, and the recipients' information revealed that they learnt a lot and that it has been extremely helpful towards improving their health. In addition, they offered concrete examples of this, for example in the reduced incidence of ADD in children, and confirmed the participation of their families in the program.

However, there was a un-compliance of indicators related to the coverage of families who treated the water, and the number of liters treated. In this regard two of the respondents said that a lot remained to be done in this strategy; that there wasn't a strong national counterpart, so it was hard to make progress. However, while this strategy has no official counterpart in the MINSA, its components can be promptly exploited as they form part of the functions of various governmental institutions (ENACAL, INAA, MINSA, MINED, INETER, Municipalities).

Conclusions:

FamiSalud contributed effectively to the objectives of USAID/Nicaragua "Healthier and better educated people":

31 FamiSalud: Preliminary Report on Birth Plan, September 2011 (unpublished).

a) **High efficacy was achieved** in the implementation of strategies, suggesting better management of child and reproductive health care.
b) With the available data it is only possible to evaluate the efficacy in increasing the coverage of services, as the information system indicators are not very useful for determining the efficacy of the actions taken.
c) Promotion of healthy behavioral changes in the target population: the largest contributions are evident in the ECMAC and Environmental Health strategies, whose results are positive for USAID and MOSAFC-MINSA's strategic objective 3.
d) The strategy of Environmental Health has no official counterpart in the MINSA; however its components can be promptly exploited as they are part of the functions of various government institutions (ENACAL, INAA, MINSA, MINED, INETER, Municipalities).

Recommendations:
NicaSalud / FamiSalud should:
a) Transfer to the MINSA the lessons learnt by FamiSalud in the implementation of the community strategies, both the ones institutionalized and the non-institutionalized by the MINSA: ECMAC / PPF-C, Birth Plan / CONE-C, PROCOSAN / AIEPI-C, Environmental Health (Safe Water, Coloring in Health, etc.).
b) Suggest to the MINSA that they upgrade or ratify the standards and procedures for training and counseling, in accordance to the needs found.
c) Incorporate other types of field investigations: user satisfaction, registration of variables that measure elements of management control, and other informational needs still being unmet (supply, service offerings, schedules, etc.).

Q4: To what extent did the FamiSalud Project's approaches and outcomes contribute to the achievement of each of its objectives during the first and second phase of the project?

Findings:
This section addresses the different approaches used by NicaSalud in the implementation of FamiSalud and its relation to the products obtained. The number of NGOs, SILAIS, municipalities and communities involved in the implementation of Phase II of the project is small in relation to Phase I, and demonstrates the organizational approach (see Annex 8) utilized by FamiSalud when faced with the complex managerial issues experienced in Phase I, thus allowing to focus efforts, optimize resources and strengthen the work here relevant to the integrated implementation of all, or most, of the strategies in the same community, according to the network approach.

The approaches used by the project to achieve the objectives in Phase I and Phase II were: extension of coverage, reduction of the difficulties to access the services and to community participation[32], the work of Phase II was reinforced by emphasizing a comprehensiveness of actions amongst all possible strategies, an alignment with the MOSAFC, geographic concentration, networking using the cumulative achievements of Phase I, training to community volunteers, especially through ECMAC and Birth Plan strategies which increased the number of participating communities, and showed an increased number of indicators met, except for PROCOSAN; three operational investigations were executed (not yet completed) as well as

32 Primary information obtained from in-depth interviews at the central level.

training of technical personnel, in larger numbers and emphasis, using as a reference the MOSAFC / MASIRAAS / MASIRAAN.

It was not possible to establish through FamiSalud's M&E system the degree of participation and behavioral changes occurred in men and women, in relation to health care. However, we uncovered qualitative elements related to healthy behavioral changes, as well as the gender approach inherent to the community strategies. All this was revealed through contact with the beneficiaries (see annex 8 and 11) and technical staff of the MINSA and the NGOs (see annexes 9, 10, 11 and 12), which stated that women showed an increasingly greater participation in their health care and in that of their family. Participation in the ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN, AIEPI-C, CONE-C is limited predominantly to women, though men participate to a lesser extent in strategies like Safe Water and MMC.

Discussion of results/findings:
The evidence found in order to answer Q2 and Q3, confirms that the approaches used by NicaSalud to implement FamiSalud indeed contributed to achieve the project objectives, because:

The approaches identified within NicaSalud, for the implementation of the FamiSalud program, fall into the scope of institutional development of the federation, and of the strengthening of the NGOs networks within an overall goal of developing an integrated community health care program in rural areas. This is very clear in objectives 2 and 3 of the first phase of the project; not so in the second stage; however a knowledge management task (objective 3 of Phase II) will continue operating, involving in turn a research program. Amongst the investigations, the clearest outcomes were observed with regards to the issues of PROCOSAN, ECMAC and Birth Plan, consistent with the new priorities assigned to FamiSalud II, which primarily focuses its resources on strengthening maternal and child health care, and nutrition.

The network of NGO's was strengthened by their involvement in the implementation of the MOSAFC, with direct support to the strategies and with a focus on comprehensive, intersectoral and participatory actions. FamiSalud has strengthened the institutional strategies by supporting the MINSA in the instances in which it still has deficits and gaps that it cannot cover with its own resources. In the municipalities where it has intervened, the project has helped in fundamental aspects, such as with the promotion of official MINSA strategies, by strengthening them, and in issues related to community health. In this process, the focus in community participation/organization within the project's community network has resulted in an empowerment of the communities themselves.

We can advance the hypothesis that the PROCOSAN, as a community strategy shows signs of exhaustion, given that: the individuals attending the monthly weighing sessions were more numerous in Phase I; the control of unsatisfactory growth in girls was only recorded in Phase I, the community staff reports that the process for each weighing session is time-consuming, that a lot of paperwork and human resource are needed; and none of the output indicators for services monitored by the M&E system achieves compliance with the goals. Finally, according to the assessment scales assumed in this report, there are repeated and unacceptable instances of un-compliance with stated goals.

With regards to the gender approach used, we observed some modest changes (as a hypothesis to prove or deny in gender roles) in which women show a more active participation in community organizations in positions of responsibility, in order to address health care issues, among other important aspects. On the other hand, and contrary to the hypothesis put forward, the beneficiaries of the ECMAC are women, and we witnessed a lack of male involvement in the decision-making process, as the PROCOSAN sessions were mostly attended by women with their children. The Birth Plan, chlorination of water and household hygiene practices are run by women, but the whole family participates. (see annex 10 and 11) This behavior is similar in areas where the project has no influence, so we can't see obvious changes in this aspect of gender roles.

Conclusions:

a) The methods used by the project were appropriate and contributed successfully to the achievement of the objectives; therefore they should be continued within a justifiable context.
b) The set of strategies successfully implemented in the communities lead to satisfactory results, with better coverage and the development of a more comprehensive community health program.

Recommendations:

a) Consolidate the results achieved through FamiSalud's approaches and transfer them to the MINSA in the form of a community health program that integrates the best experiences obtained by FamiSalud, complementing and supporting the development of MOSAFC.
b) In order to improve the implementation of the ECMAC, Birth Plan and PROCOSAN strategies, we suggested reviewing, analyzing and utilizing the results, conclusions and recommendations of the investigations conducted by FamiSalud during Phase II.

Q5: What were the most significant successes of the FamiSalud project –both planned and unplanned?

The project shows planned and unplanned achievements, the most important being:

a) Planned, with targets for implementation in the ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN, and AIEPI–C communities; health care units with functioning community health care committees, health care units that develop monthly activities with volunteers, counselors trained in FP, Birth Plan, AIEPI–C, Safe Water.
b) Other unplanned results were identified with the people involved in the evaluation at different levels, through the application of the different methodological tools used in this evaluation.

Findings:

The project presents:

a) Significant planned achievements (see annex 14); communities implementing ECMAC (95%), Birth Plan (99%), PROCOSAN (98%), AIEPI–C (101%); working health care units with community health care committees (111%) and health care units carrying out monthly activities with volunteers (111%). We recognized the work done locally with counselors trained in FP (100%), Birth Plan (105%), AIEPI –C (94%), Safe Water (97%), their empowerment through the new knowledge acquired, and the developed skills, "*that is what will remain at the end.*" (see annex 8)

b) Unplanned[33] achievements are: The recognition of the central MINSA and SILAIS' officials of the "insertion" of FamiSalud in implementing the MOSAFC (see annex 8); recognition of health care personnel of the accompanying role of the midwife; un-generalized references to the changes of attitude in both women and men in communities, as evidenced in the participation of the latter in the weighing sessions, in accompanying the expectant woman to the consultation, in the referral of the deliveries, and acceptance of the request for BC by her partner; increased presence of women in organizations and community activities, in responsibility positions; health[34] care personnel has a better understanding of gender equality; the recognition of the accompanying role of the midwife during childbirth, which contributes to the reduction of maternal and infant mortality; and finally, an increased manifested respect for multiculturalism (as in rural habits).

The coordination and assertive communication between technicians at different levels of the MINSA (municipality, SILAIS, Central), FamiSalud (technicians, managers) and other partners (HCI, DELIVER), and the private sector, contributes to the effective and timely management and response to unexpected situations; for example, when facing difficulties with the delivery of supplies to a region of the country, the timely information transmitted by FamiSalud to the technicians of USAID facilitated the establishment of contact with the central offices of the MINSA, which in turn followed up and gave solution to the problem: support for maternity homes and implementation of other activities in the communities.

The following results have been achieved with regards to gender[35] approach:

- Men were motivated to accept change, as they now have more information and gradually get involved in the family and community health care problems, some accompanying the women to the weighing sessions, and to prenatal care visits.
- It has helped to overcome cultural barriers, as it is now more accepted when medical care is administered by male doctors and when the referral of a woman to a gynecological exam is done by a male counselor; there are men trained in ECMAC, performing activities usually performed by women, and the PROCOSAN promotes the joint work of both men and women, within the family and community.
- It has helped women to learn more about their rights and better focus their demands: *"it has been noted that they feel they have more of a say"* (see annex 8); they are now able to operate more freely when it comes to dealing with any situation; with information and knowledge there is a change in behavior and mentality, for instance when having to face difficult situations such as domestic violence.
- Raised awareness among the MINSA officials to modify their preconceptions regarding the relationships between men and women, creating awareness that such changes should be incorporated into their professional practice and in their daily activities, in life and health care practices; *"that is something not learnt in college."*[36]

33 From the different perspectives of the direct beneficiaries, volunteers, health and NGOs technicians, central level SILAIS directors and, and other stakeholders

34 FamiSalud has helped us tremendously and we have recorded people testimonies and how they have changed their attitude quite a bit. Interview with an official of the central level of MINSA.

35 Interview with non-official key informants at the national level.

36 Interview with a MOH official.

Discussion of results / findings:

The opinion of the different participants and the documentary analysis of FamiSalud performance provide significant evidence of achievements in advancing the planned community strategies, which are in line with the evolution of the National Health Policy 2008, stating the overall guidelines of the government health care policy, as well as the creation of the MOSAFC, which in his guiding principle shares with the NGOs the theme of community participation as a fundamental basis for improving health care and life conditions in the communities.

The significant planned achievements with regards to the work with volunteers and community midwives; the extended scope of services, particularly with regards to the ECMAC[37] the community network expanded and strengthened through training[38] and the supply of educational materials are all confirmed by the results observed in Q3, through the statements of the different participants and the results of the ECMAC research [39] conducted by FamiSalud.[40]

The volunteers mention changes in the mothers who attend the PROCOSAN sessions: "*they have more direct knowledge of child care and exclusive breastfeeding, the age at which they can be given foods and which ones, the importance of the follow-up vaccine, of monitoring weight and of what to do if a child weighs in 2 months in a row below satisfactory levels.”*

Other unplanned changes related to trained health care personnel: they have a better attitude towards midwives, a better relationship with the volunteers, and show effective communication with coworkers and with their counterparts. Transversal aspects of gender[41] in the community show that women are more integrated and trained than men, and are attending the activities in greater numbers, "*maybe 20% of men participate in the case of PROCOSAN, while they are more involved in the Birth Plan, up to 50% because it is a shared commitment*". There are many women at the head of their families, some share the decision-making process with their partners, and they have been trained on gender equity and "*that makes the man realize that there should be no male chauvinism in the family*."

Conclusions:

FamiSalud has achieved very important goals planned around:

a) The care of women and children through the successful implementation of ECMAC, Birth Plan, PROCOSAN and AIEPI-C.
b) The work done by the health care personnel towards community development.
c) The skills developed by the counselors/volunteers from the communities.

Among the unplanned successes are:

a) The positive assessment from the MINSA officials, at different levels, of FamiSalud’s contributions to the implementation and development of the MOSAFC.
b) Diversification of the role of midwives, recognized by health care personnel, especially concerning the accompaniment of pregnant women, and their subsequent monitoring.

---

37 Findings Q3.

38 See Q3 and Q4, outcome indicator of volunteer training.

39 See Q3 and Q4, outcome indicator of volunteer training.

40 Evaluation report on the implementation, strategy and provisions for the delivery of contraceptives in remote communities, FamiSalud, November 2010.

41 Focus Group with volunteers

c) Evidence relating to favorable changes on gender equity, with the active participation of more women assuming positions of responsibility and leadership in communities. Another noticed change, although minor, was that of men's involvement in some of the project strategies.

Recommendations:

a) Transfer to the MINSA - systematizing the experience of training of volunteers - the changing mindset of the health care personnel as they recognize the contribution of the midwives' work in reducing maternal and infant risk, and the new role of both men and women participating in the community.
b) Complete the training of volunteers and health care personnel where the need still exists, and where it is feasible to achieve such goals, particularly in PROCOSAN and AIEPI-C.
c) Support the development of MOSAFC in those sectors of the communities that still need it, in particular on those aspects of sectoring, patient classification, and implementation of community diagnosis.
d) Promote the participation of women, incorporating in the project a formal training program on gender and rights, which integrates women and men, with monitoring indicators.

Q6: What were the most significant implementation constraints faced by the FamiSalud project?

Findings:

A considerable amount of primary information was obtained (see annex 8, 9) in relation to the difficulties that FamiSalud faced in the implementation of the strategies, the more relevant being:

a) With respect to management support.
   - It was observed, at different levels of management, that FamiSalud didn't have a competent management information system: the available system does not produce data of reliable, timely, or secure quality (it is easily manipulated).
   - The lack of an effective monitoring and evaluation system; of course they are two different systems, where M&E managers are the primary users of the first, and rely on it for their efficient performance. This has technical and administrative implications, one of the most important being the inability to consistently measure their contribution in different aspects of the project. For example, there are no indicators to measure coordination, sustainability and to develop appropriate executive controls.
   - Limitations in the M&E system in carrying out detailed analysis of each of the processes. There were reports of *"gaps in the integration of the necessary management elements, lack of clear strategies necessary for good performance, such as a gender and communication strategies, as well as in the systematization of experiences and …there is a poor integration of the technical and financial aspects."*
b) At the field level.
   - The MINSA authorities report that the level of strengthening of the MOSAFC is uneven throughout the municipalities, as not all the SILAIS provide strategy training to the institutional personnel.
   - They also indicate certain apprehensiveness in training new volunteers, both from FamiSalud and the MINSA. The monitoring of community resources is carried out by the

MINSA and FamiSalud technicians working in the territory, it is not guaranteed at a sufficient level by the organized communities themselves, which may be caused by low levels of recruitment, retention and operational efficiency of the volunteers, resulting in turn in poor performance of community workers, as, for example, in PROCOSAN.

- On the institutional side, human resource management in the MINSA is not being decentralized down to the SILAIS and municipalities level, which delays operational decisions in the territories.
- Moreover, in the practical implementation of the strategies, the project staffs points out to the limited time available for the volunteers to provide counseling. Additionally, the extensive areas of coverage assigned to the technicians/promoters often exceed their capabilities in term of being able to properly monitor and respond to the requirements and needs in those territories.

c) In the project management at the SILAIS, municipalities and communities levels we found: (see annex 9).

- Funding and stationery are not guaranteed, which risks an interruption in the mobilization of resources and the information flow required by the M&E processes of the MINSA and FamiSalud.
- The ECMAC was not implemented in all communities because of religion problems, secrecy amongst couples, mistrust and other structural cultural aspects such as the paternalism and chauvinism that are prevalent in rural communities.
- The MINSA was affected by high staff turnover and little technical support on the operation of the strategy. There was also a shortage of stretchers or other means of transport.
- Restrictive, pre-existent myths and cultural taboos that block the proposed actions of this strategy in rural communities. This situation was aggravated by the actions of volunteers with little knowledge and improper handling of the formats for referrals and for sending reports back to the health care units.
- The promoter often feels alone and has to cover many communities; there is a lack of coordination with the MINSA and especially with the community programs.
- The "defection" of community leaders due to hardship or economic problems, only refers to the danger of ending up without the volunteers, for lack of funding to train new replacements.

d) With respect to community participation, the following difficulties were found. (see annex 10 and 11)

- In some communities, the organizational structure is weak or nonexistent, at least 12% to 14% of the 804 communities served by FamiSalud II were lacking an organized effort to work with the ECMAC, Birth Plan and PROCOSAN strategies; this does not depend on the MINSA, or on FamiSalud, but it does depend on a more established community organization.
- The implementation of PROCOSAN suffered from: the MINSA non-attendance to the weighing sessions, changes in the weighing dates, changes of venue without giving notice, irregular WFP food delivery in some communities.
- Among the problems still faced by volunteers are: occasional shortages of contraceptives, despite being available in the health care centers (they are not being delivered on certain occasions); the costs of transportation and meals are at times being absorbed by the

volunteers; poor attention of the health care personnel to community referrals, and lack of recognition of their work.

- Volunteers have no periodical information to instruct them on what to do when there are shortages of BC material, and except for the condoms there are no instructions on how to counsel men who "do not like using condoms." Fears persist in women, keeping them from using BC for religious reasons; they have little support from their partner, and lack the information to make a decision.
- In some communities, not all expectant women benefit from the Birth Plan; the implementation has been extremely difficult because women do not have the financial means to set aside savings, as stipulated by plan.
- Some women do not receive the full support of their partner and family, making it difficult to provide even the most basic delivery care.

e) The testimonial evidence: *(see annex 12).*

Illustrate difficulties and ways of coping with them from the perspective of community workers, which are vital to the implementation of community strategies; these contributions deserve follow up from the M&E as well as from the MINSA and FamiSalud in order to systematize the most valuable experiences that the social practice is responsible for producing and reproducing.

Discussion of results/findings:

The range of difficulties discovered through primary information sources, cover a considerable variety of issues that range from operational issues with the implementation of the strategies; their corresponding modes of visualizing the potential risks to the sustainability; technical organizational difficulties of the communities, of the MINSA and of FamiSalud, mainly with their own human resources and materials used in the performance of their duties.

This whole set of difficulties could be part of the explanatory basis that answers for some un-compliances of the goals related to the processes of service delivery, for example, indicators 2.2.1. (Children under 5 with diarrhea receiving ORS, 45% compliance), 2.2.2 (Children under 5 years with ARI referred to health care units treatment, 29%) or 2.2.4 (NB receive postnatal visits during the first 3 days of life, 58%) are indicators that respond to the proper execution of a series of activities of various sizes and degrees of complexity (identification of warning signs, administration of treatment, counseling and referral), so it is not advisable to synthetize them in a single one, nor should they sometimes be captured by a single source. However, this evaluative procedure is limited from a monitoring standpoint, because it prioritizes those process indicators that measure efficacy, and not so much those performance indicators that measure efficiency. Another issue is the high standard of the performance criteria, which only considers as complied those indicators that have achieved 90 to 110%.

The knowledge management implemented through investigations that purported to be used to strengthen the weak areas, or at least those susceptible to be improved, highlights many of the qualitative findings that correspond with this assessment. This is particularly true of the PROCOSAN, Birth Plan and ECMAC research executed by the technical investigating team of FamiSalud since November 2010[42], in fulfilling its third expected result, although these processes

42 Research program of FamiSalud II.

are not yet finalized and have not been validated with their counterparts in the MINSA, at the national level.

Conclusions:

a) The M&E system would be more effective if it could rely on timely and trustworthy information, have skilled staff to run it, and would be able to contribute in decision-making based on reliable evidence.
b) The inadequate planning/implementation of the training programs for health care staff on strategies, as evidenced by the non-fulfillment of goals (in 4 of 6 strategies, ver anexo 15), is attributable to difficulties in coordination and communication between the project and the SILAIS; in addition, the managers did not have enough information on the benefits of supporting the project, to enable them to implement the strategies.
c) There still are underlining difficulties in the cultural environment of the rural communities, especially gender inequalities and the dependency surrounding paternalism.

Recommendation:

a) Consider an immediate review and adjustment of the information system used by FamiSalud, around the most obvious and pressing needs: availability of useful, timely and reliable information to promote the goals and the successful advance towards reaching the final objectives.
b) Propose to the MINSA and other national health research:
   - Training plan for the strategies, to be incorporated into the SILAIS strategic plan.
   - Feasible (financially viable) and innovative actions to the MINSA, to close the gaps in the coverage area for reasons of accessibility, where community-based strategies still present unfulfilled indicators, differentiating and optimizing care to the communities in which the population is only partially covered, and where goals of service production are not yet met. The optimization aspects identified may include the review with community leaders, FamiSalud technicians and the MINSA's officials of the hours of operation, the presence of health care personnel, and the users' satisfaction levels.
   - Investigative agendas in Primary Health Care, presented with the cultural issues and the development of community organization evidenced in the development of this project.

Q7: How effectively has FamiSalud coordinated with the MINSA, other stakeholders, and other USAID projects to achieve its objectives?

Findings:

With regards to the efficacy of the coordination of FamiSalud with the MINSA technicians, key stakeholders, and other USAID projects, we found:

The strengthening of the NicaSalud Federation Network benefited greatly from the effective coordination with other USAID-sponsored projects, mainly PRONICASS, DELIVER, HCI, and PATH, in aspects of management and leadership, logistics of contraceptives, obstetric and neonatal[43], care, and through the improvement of skills, development of tools, work guides, manuals and other management tools to implement and monitor the community-based strategies.

43 USAID partners Interviews, November 2011.

- *Coordination of MINSA-FamiSalud (see annex 8):*

At the municipal and health care unit level, the coordination with the project managers is complementary, fast, friendly and versatile, but still requires consolidation of the mechanisms (management meetings, conferences and balance analysis) or other adjusting at the local level. Some project technicians consider that in the coordination with the MINSA, that institution decides what gets done.

At the SILAIS level the coordination depends on the particular effort on the SILAIS directives and on the project technicians, as they try to maximize the opportunities presented to both of them. However, the SILAIS doesn't have regulations in place from the MINSA to work with the external cooperation at this level. It is instructive that in the SILAIS of Chontales they consider that the project's headquarters being is located in Santo Tomas is detrimental to good coordination, while the responsibility for not having a better coordination is mutual.

Nationally, the overall coordination has not been very successful and has been affected by delays that affect decision making on strategic issues; although the FamiSalud team has been available to provide support to the MINSA, for example, in the development, review and validation of the rules.

- *FamiSalud – community coordination:(see annex 10)*

All sources indicate that the coordination with the community is successful; the community volunteers express that they meet according to schedule with the health care personnel and technicians to receive project training, track activities, and to look for solutions to problems that are presented. For example, during the meetings they have succeeded in obtaining the signatures of the women, in order to have contraceptive methods delivered to the community.

- *FamiSalud Coordination– other partners:(see annex 8)*

According to interviews with USAID projects (HCI, DELIVER, and FamiSalud) and following the mandate of the mission, the coordination of field activities has been successful. Another coordinating body has been the DAIA committee, which helped solving the shortage of BC in the RAAN.

- *FamiSalud Coordination–other players:*

FamiSalud benefits from the political will in the MINSA in establish negotiations with agencies, and working in coordination with the Red Cross, UNICEF, FAO, and private companies in sectors other than health care, to promote sustainability. The unplanned coordination of NicaSalud with the UNICEF, the private sector and government institutions responded to the emergency of Hurricane Felix.

Discussion of results / findings:

The efficacy of coordination between the partners of NicaSalud and FamiSalud under the USAID Country Plan is a prerequisite for realizing the planned effects on the synergy of their respective contributions, which undoubtedly have an enormous social and economic influence as determinants of health care as reviewed in Q1. This explains the finding related to the strengthening of the NicaSalud Federation Network through the coordination processes which are considered very effective.

Contrasting the above findings reflected through the declarations of the MINSA officials and other stakeholders, we agree that coordination has been effective especially at the local level and comparing it with the first phase; the problems encountered in previous models have been overcome.

There is agreement that the contents of the coordination are there to strengthen the synergy between the various strategies created by the MINSA, the promotion of actions at the community level, and the actions of FamiSalud to implement them, by improving the coordination of their respective work plans and the establishment of mechanisms for monitoring them. In this respect, not even FamiSalud system of M&E contains specific indicators to monitor the coordination; in the analysis of the 51 general indicators required to answer Q3, only two can be linked to the monitoring of the ECMAC strategy: # 1.3.1 Health care units that develop monthly activities with volunteers and #1.3.2 Health care units with functioning community health care committees, and though these were designed for other coordination purposes, they allow us to infer that the strategy reached a 111% efficiency. (See annex 14, 15 and 16).

As long as the coordination involves various actors, it requires working under a predetermined set of rules which we still lack; a successful contribution in this regard was the use from the ECMAC strategy of the above-mentioned indicators to measure the effectiveness of the coordination at the community level, even though these are not yet standardized for the formulation and adoption of community-based projects.

Conclusions:

The coordination conducted by FamiSalud had different levels of efficacy in the pursuit of achieving the objectives. In this regard they were:

a) Very effective with the MINSA at the municipal level, moderately effective with SILAIS, slightly less effective with the central level so that the project maintained the necessary managerial coordination, because of the importance of addressing strategic issues in women, children, family and environment health.
b) Very effective with volunteer networks in the communities.
c) Very effective with other USAID partners.
d) Very effective with other expected and occasional stakeholders.

Recommendations:

a) Contribute to improve the effectiveness of the coordination with the MINSA at different levels using the spaces that were established, such as management and technical meetings, analysis and balance workshops, technical advice, site visits, teaching plans or continuing education plans to ensure progress in meeting the objectives and facilitate the implementation of adjustments and feasible knowledge transfers.
b) Collaborate in the strategic planning processes together with the MINSA and other local stakeholders, integrating different health care actions, where the effectiveness of coordination plays an important role in achieving the objectives and the expected results of FamiSalud.

8. What are the five key recommendations for USAID/Nicaragua in designing and implementing future community health programs? (Q8.)

Main key recommendations for USAID/Nicaragua.

We recommend that the design and implementation of a future community health program by the USAID/Nicaragua mission, should consider the following recommendations:

1. Integrate the legacy of the best experiences gained with FamiSalud, including successful approaches such as: the organized participation of rural and/or urban fringe communities, the extension of coverage, the reduction in the difficulties of geographic access, the fairness in the delivery of services, the practices and gender roles, the lifecycle of the individuals (children, adolescents, youth, adulthood and old age), and the multiculturalism in all initiatives and activities from the design phase, implementation, analysis and feedback, complementing and supporting the development of the MOSAFC.

2. Continue to encourage existing interchange opportunities (advocacy) and the collaboration between partners and counterparts of the new community health program, to be properly used along with the planning, evaluation and strategic research processes, promoting communication, the coordination of social participants and the synergy with new community-based dynamics and initiatives.

3. Promote - with partners, counterparts, central and municipal governments, private sector, civil society, etc. - exploring options that facilitate and support the functioning and sustainability of community networks, through coordinated and agreed-upon actions that positively impact the health determinants that directly affect them, especially economic, labor-related, and cultural.

4. Seize the momentum created by the integrative processes in Primary Health Care advanced by FamiSalud's operational practice, proposing a creative menu of options to meet the health needs of families, community and the environment. In this case, with reproductive and childhood health, nutrition programs, community assessments, best practices in safe water, healthy habits and behaviors, coloring in health (school health), all consistent with the objectives of the USAID/Nicaragua mission, and simultaneously compatible with the preventive and health-promotion guidelines of the MOSAFC.

5. For each strategy or component of the new community health program of USAID/Nicaragua, there should be an agreement (through negotiations and relevant exchanges) with the central government of Nicaragua[44], on the criteria and overall terms of effectiveness, implementation, operation/production of services, sustainability and progress indicators, or signs of stagnation timely preventable, with the goal of achieving an efficient management of the program.

44 MINSA, MINED, MIFAN, ENACAL, INIDE, among others.

6. Be equipped with a competent management information system in terms of its design, collection, validation, manual and automatic data processing, and ease of analysis, availability of useful, timely and reliable information to efficiently support the M&E systems management. Of particular importance is the early definition and deployment of indicators to monitor the implementation, coordination, service provision and sustainability processes of the program, and all of its components.

7. Transitional recommendations to finalize FamiSalud:

   a) Transfer to the Central MINSA the key lessons learned in the process of strategic planning at the SILAIS levels, to ensure comprehensive care and coordination, and a training plan in community strategies.

   b) Transfer to the MINSA the lessons learned by FamiSalud in the implementation of the community strategies, both the ones institutionalized and the non-institutionalized by the MINSA: ECMAC/PPF-C, Birth Plan/CONE-C, PROCOSAN/AIEPI-C, Environmental Health (Safe Water, Coloring in Health, etc.)

   c) Recommend feasible (financially viable) and innovative actions to the MINSA, to close the gaps in the coverage area for reasons of geography accessibility, where community-based strategies still present unfulfilled indicators, differentiating and optimizing care to the communities in which the population is only partially covered, and where goals of service production are not yet met. The optimization aspects identified may include the review with community leaders, FamiSalud technicians and the MINSA's officials of the hours of operation, the presence of health care personnel, and the users' satisfaction.

9. Bibliography

Bibliography Cited:

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006). VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Censo 2005. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) – Ministerio de Salud (MINSA). (2001). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) – Ministerio de Salud (MINSA).
3. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) – Ministerio de Salud (MINSA). (2006/7). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/7. Nicaragua. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) – Ministerio de Salud (MINSA).
4. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de Nicaragua. (2009-2011). Plan Nacional de Desarrollo Humano Actualizado 2009-2011. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de Nicaragua.
5. Gobierno Nacional de Nicaragua. (2004) Plan Nacional de Salud 2004 – 2015. Nicaragua. Gobierno Nacional de Nicaragua.
6. Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe de Secretaría de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud A62/8. Atención Primaria de Salud, incluida el fortalecimiento de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud.
7. Ministerio de Salud (MINSA). (2008).Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Pp18-40. Nicaragua. Ministerio de Salud – MINSA.
8. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Nicaragua). (2003) Plan País (Country Plan) 2003-2008. Nicaragua. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Nicaragua).

Bibliography Consulted:

1. Asamblea Nacional de Nicaragua. (2009). Ley Nº 693 Ley de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional. Nicaragua. Asamblea Nacional de Nicaragua.
2. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Informe de evaluación de la implementación de la estrategia Disposiciones para la entrega de métodos anticonceptivos en comunidades de difícil acceso, Noviembre 2010. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud).
3. Davis, R., & Dart, J. (2005). The ‘Most Significant Change’ (MSC) Technique. VA: CARE International, United Kingdom; Oxfam Community Aid Abroad, Australia | Learning to Learn, Government of South Australia; Oxfam New Zealand | Christian Aid, United Kingdom | Exchange, United Kingdom; Ibis, Denmark | MellemfolkeligtSamvirke (MS), Denmark; Lutheran World Relief, United States of America.
4. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2009). Plan de Monitoreo y Evaluación del Proyecto Familias Unidas por su Salud USAID/FamiSalud. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
5. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2008). Informe de Línea de Base: Situación de Salud de la Población de los departamentos: León, Chinandega, Matagalpa, Jinotega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, Boaco, Chontales, Río San Juan, RAAN y RAAS Diciembre 2007. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
6. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2006-2011). Quarterly Report 2006 – 2011. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.

7. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2009). Metodología de Selección de Municipios, Segunda Fase. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
8. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Protocolo de Investigación Evaluativa de PROCOSAN. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
9. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Informe de Evaluación de la implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), noviembre 2011. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
10. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Protocolo de Investigación Evaluativa de Plan de Parto. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
11. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Informe de evaluación de la implementación de la Estrategia Comunitaria de Plan de Parto, noviembre 2010. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
12. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Protocolo de Investigación Evaluativa de ECMAC. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
13. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2011). Informe de Evaluación de la implementación Estrategia: Disposiciones para la Entrega de Métodos Anticonceptivos en Comunidades de Difícil Acceso (ECMAC), noviembre 2010. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
14. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Guía de Descripción Operativa de Indicadores de Proceso, Julio 2010. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.
15. Familias Unidas por su Salud (FamiSalud). (2010). Informe anual Fase II FamiSalud/USAID Octubre 2009 – Septiembre 2011. Nicaragua. Familias Unidas por su Salud.

10. Annexes

- **MANDATORY ANNEXES.**

Annex1. Statement of Work (SOW)
Annex2. Composition of the team.
Annex 3. Methods and tehniques applied
Annex 4. List of sites visited
Annex 5. List of key informants

- **ADITTIONAL ANNEXES.**

Annex 6. List of beneficiaries municipalities
Annex 7. Research Framework
Annex 8. Results of depth interviews
Annex 9. Results of the three sesions TRIAGE technique
Annex 10. Results of the eight focal Groups with community volunteers
Annex 11. Results of the eight focal Groups with beneficiary population
Annex 12. Most important testimony obtained with the MSC technique
Annex 13. Compliance of the national goals of the FamiSalud Project Phase I and II by results
Anexo 14. List of Indicators of FamiSalud II, by compliance of the goals and action lines
Anexo 15. Scoreboard of FamiSalud II, by scale to valorate compliance of the goals and clasified per actions lines, 2011
Anexo 16. Scoreboard per strategy and actions lines, FamiSalud phase II

Annex 1. Statement of Work (SOW)

USAID | NICARAGUA
FROM THE AMERICAN PEOPLE

August 11, 2011

SUBJECT: **Request for Quotations (RFQ) No. 524-11-019/Evaluation of FAMISALUD Project**

Dear Sir or Madam,

The United States Agency for International Development Mission to Nicaragua (USAID/Nicaragua) is seeking quotations to provide expert consultant services for USAID/Nicaragua described in the attached Statement of Work.

Your quotation should contain two sections:

1) Section I: Technical Proposal, consisting of:
   a. Detailed offer as per Statement of Work.
   b. Curriculum Vitae of each proposed team member to be involved in the work, including information about salary rates previously paid to the team for similar work.
   c. Contact names, telephone numbers and e-mail addresses for the purpose of past performance information.
   d. A proposed time schedule for completing the work.

2) Section II: Cost Proposal that will contain:
   a. Your proposed total firm-fixed price based on the deliverables and payment schedule described in Section 11 of the attached Statement of Work. This will include a breakdown of the proposed budget, detailing labor days, other direct costs and a budget narrative that explains how the costs were derived.

Any questions regarding this Request for Quotation should be submitted in writing only to oaanicaragua@usaid.gov, Attention: Mappy R. Cortez, Acquisition Agent. Questions will not be received after August 19, 2011.

Any additional information given to a prospective offeror will be provided to all prospective offerors if such information is determined to be necessary to offerors in submittal of quotations and will be considered an amendment of the solicitation.

Issuance of this solicitation does not constitute an award commitment on the part of the U.S Government nor does it commit the U.S. Government to pay for the costs incurred in the preparation and submission of a quotation.

U.S. Agency for International Development
American Embassy, Managua, USAID
Unit 2712, Box 9
APO AA 34021

Tel: +(505) 2252-7100
Fax: +(505) 2252-7324
http://nicaragua.usaid.gov

Embajada Americana
Km 5.5 Carretera Sur
Apartado Postal C-167, ZP 13
Managua, Nicaragua

Quotations should be sent via e-mail to oaanicaragua@usaid.gov by the close of business on August 29, 2011 at 4:30 p.m., local time. Please make sure that any required signature is duly scanned with your submission; as well as to include the Technical and Cost Proposal in separate files. The subject line for all communications should read: RFQ No 524-11-019 Health Project Performance Evaluation.

Sincerely,

Luis Rivera
Regional Agreement Officer

Scope of Work
Performance Evaluation of the FamiSalud Project

Section 1 – Project Description

Project Identification Data

1. Project Title: Familias Unidas por su Salud (FamiSalud)
2. Project Number: Cooperative Agreement No. 524-A-00-06-00005-00
3. Project Dates: April 2006-September 2013
4. Implementing Organization: NicaSalud
5. Agreement Officer's Technical Representative (AOTR): Dr. Clelia Valverde

Section 2 – Background

The 2002 National Health Law and its 2003 Regulation state that MINSA's responsibilities are to direct health resources to meet the needs and priorities of Nicaraguans. The Nicaraguan National Strategic Health Plan 2004-2015, linked to the GON National Development Plan and the Plan Quinquenal de Salud 2011-2015, state that for the short term, interventions will be focused on maternal mortality, infant mortality, malnutrition in children below five years of age, endemic health problems, and on containing HIV/AIDS.

In 2007, the Government of Nicaragua unveiled a new health care model called the Family and Community Health Model (MOSAFC), which takes a comprehensive approach to addressing the main health issues of the country and aims to improve community participation in health management, strengthen community networks, decentralize health services, and provide personalized health care at the household level. All health sector actors working at the community level were expected to harmonize their actions around this model. To implement the MOSAFC, municipalities were divided geographically and health teams were assigned to address the health needs of individual families by visiting families in their homes, reviewing family health histories and offering health services according to the risks presented in each family. In 2010, there were 1,896 health teams implementing the MOSAFC, and they visited 370,135 households to take family health histories. This health model promotes citizen participation in the municipal and departmental councils to identify their needs, encourage their participation in the development of solutions and to do social audits.

MINSA is the primary provider of health care in Nicaragua. The Ministry has a network of over 1,000 facilities, including 32 hospitals, 179 health centers and 869 health posts. MINSA's provides health care coverage for approximately 76% of the population.

The FamiSalud Project

In April 2006, in support of the MINSA policy described above and USAID/Nicaragua's Strategic Objective 3, now Assistance Objective (AO) 3: "Investing in People: Healthier, Better-educated People", Intermediate Result (IR) 3.3: "Improved integrated management of child and reproductive health", NicaSalud, a Nicaraguan federation of twenty eight non-governmental organizations (NGOs), was awarded a three-year cooperative agreement (CA) to carry out the FamiSalud Project. This project was designed to improve the delivery of maternal and child health care services, and to increase the use of improved nutrition, dietary and hygiene practices through community strategies.
Project implementation has taken place in two phases. The first phase (2006-2009) had the following objectives:

- Development of an integrated community health program;
- Institutional strengthening of the NicaSalud network; and
- Strengthening of NicaSalud's capacity to network, thereby allowing the development of the integrated community health program.

During the first phase (2006-2008), the FamiSalud project was implemented by 18 NGOs in twelve out of seventeen departments, in 69 municipalities and 1233 communities.

The second phase (2009-2011) established the following objectives

- Improvement and expansion of community-based family planning and maternal and child health information and services;
- Improvement in nutrition, dietary and hygienic practices; and
- Improved use of research for program planning, implementation and evaluation.

During the second phase (2009 –2011) FamiSalud's activities were implemented by ten NicaSalud member organizations that participated in the first phase. In the second phase FamiSalud focused its community health program in populations classified as living in poverty and/or extreme poverty where primary health care needs are greatest, with the following specific objectives:

The Project currently operates in 804 communities in 78 of Nicaragua's 153 municipalities (51% of the municipalities) in eight out of 17 departments. The Project currently supports 344 Ministry of Health (MINSA) health facilities and trains MINSA primary health care workers (HCWs) and community health volunteers (CHVs) to implement the community strategies.

During the first (2006-2009) phase of FamiSalud activities there were several challenges to implementation that were subsequently flagged for correction in the second phase:
(1) too many implementing NGOs, making difficult management and monitoring of activities from the principal office of FamiSalud;
(2) not all the departments and communities selected were those most in need;

(3) the implementation of the community strategies was done in an isolated way, with only one or two per community. In the first phase, the project received funds to implement community activities in maternal and child health, family planning, HIV, and water and sanitation.
During the second phase (2009-2011), the number of implementing sub-grantee NGOs was reduced to 10; the departments, municipalities and communities where the project is working were defined in consensus with MINSA at both the national and local level; and in order to achieve greater impact, all community strategies are implemented in an integrated way in each community, and in all communities. Some components such as HIV were discontinued and others related to the implementation of MOSAFC, prevention of adolescent pregnancies, postpartum and neonatal home visits were initiated. Also during this phase, the project established alliances with the private sector to provide support to "casas maternas" and other community activities.

FamiSalud's Support for the Ministry of Health's (MINSA) Family and Community Health Model (MOSAFC) and Health Sector Goals

Since the model was introduced, FamiSalud has worked to ensure that all their activities and strategies support the MOSAFC at the national, departmental and municipal levels. As described in FamiSalud's previous Program Expansion Application in 2009, a number of specific, evidence-based MINSA-adopted community health strategies are being implemented by FamiSalud, including Community Delivery of Contraceptive Methods (ECMAC in Spanish), Community Program for Health and Nutrition (PROCOSAN in Spanish), Birth Plan for Safe Motherhood (Plan de Parto in Spanish), and Community Integrated Management of Childhood Illness (AIEPI-C in Spanish).

- **ECMAC**: facilitates the provision of family planning services to women and men in remote communities with limited access to comprehensive care services; supports information, education and communication activities regarding the reproductive rights of women and men; and encourages community participation.

- **PROCOSAN**: aims to reduce the proportion of malnourished children in order to reduce child morbidity and mortality in hard-to-reach communities with the highest rates of child undernourishment. Activities include growth promotion and surveillance for children under two, nutrition counseling, breastfeeding promotion, and increasing skills of community health workers and family members to identify and provide appropriate treatment and/or referral for sick children. PROCOSAN also has a component targeting pregnant women that supports counseling and referral to prenatal services.

- **AIEPI-C**: helps reduce morbidity and mortality among children under five due to preventable and treatable causes, including diarrhea and pneumonia, through the detection and treatment of childhood illness. AIEPI-C is being implemented in communities that are not participating in the more costly, comprehensive PROCOSAN strategy because of their comparatively better indicators.

- **Plan de Parto:** Birth Plan for Safe Motherhood is a community strategy where women, their partners and their families prepare a plan for the pregnant woman and her newborn related to pregnancy, delivery, postpartum care, newborn care, and what to do in case of an emergency. Such plans are developed with the support of health staff, civil society organizations and the community. The goals of the strategy are to promote prenatal care, institutional delivery, and postnatal and newborn care.

FamiSalud's support for implementation of these strategies underpinning the MOSAFC has been crucial to MINSA's roll-out of the new health model; FamiSalud will continue to work towards improving and expanding service delivery through these strategies during the extension period.

In addition to these four MINSA strategies, FamiSalud has supported a number of other strategies and interventions that, although not officially adopted by MINSA, contribute to MOSAFC and the goals of the National Development Plan and the Plan Quinquenal de Salud 2011-2015.

- **Emergency Obstetric and Neonatal Care at the Community level (CONE-C):** aims to reduce maternal and neonatal mortality by ensuring access to quality emergency obstetric and neonatal care. Associated activities include training midwives to identify specific high-mortality pregnancy and labor complications in a timely manner, and instructing them in basic life-saving skills to resolve issues until women or newborns can be referred for emergency services and receive appropriate medical attention. Midwives are also trained to refer pregnant and postpartum women and their newborns to health units for routine prenatal care, institutional delivery, and postpartum and neonatal care.

- **Environmental Health:** seeks to produce positive and sustainable changes in behavior in homes and communities related to hand washing, personal hygiene, water usage, safe food preparation and the appropriate disposal of human waste in order to reduce the burden of illness and improve overall health and nutritional status. Three specific activities are implemented in support of the project's environmental health objectives:

  - Safe Water: Depending on the local environmental factors, either Solar Disinfection of Water (SODIS), a low-cost, sustainable and well-accepted method for disinfecting and treating water for human consumption, or chlorination, boiling and filtering water, are promoted as appropriate alternatives for increasing access to safe water.
  - Changing Behaviors: Emphasizes adoption of key hygiene behaviors, including hand washing, adequate use and handling of water, appropriate disposal of human and animal waste, appropriate handling of residual water, and garbage disposal in order to reduce diarrhea, respiratory infections and other illnesses.
  - Coloring for Health - Jointly implemented with MINED, supports activities in schools to promote hand washing, adequate use and handling of water, personal and environmental hygiene, and safe disposal of human waste and garbage.

- **Community Case Management of Sick Children (CCM)**: expands the use of curative interventions for diseases including pneumonia, diarrhea and malaria while supporting preventive measures that address under nutrition – an underlying cause of morbidity and mortality. Although FamiSalud has been supporting it, CCM is not a priority intervention during the extension period.

- **New Energy**: an educational activity implemented that focuses on sexual and reproductive health education for young and adolescent men and adolescent girls in urban areas. While FamiSalud has been supporting this, New Energy is not a priority intervention during the extension period.

- **Blue Bus**: a cross-cutting community mobilization activity supporting a wide-range of health promotion activities, with an emphasis on hygiene and environmental sanitation, and also addressing child and reproductive health.

Section 3 – Existing Data

The evaluation team will be expected to meet with implementing partners and key stakeholders at the local and national levels (staff from USAID, MINSA, NicaSalud's central office and NGO implementers in the field, USAID projects, selected health units, selected municipalities, CHVs and donor agencies supporting health), and include key information from each stakeholder group.

Once the award is made to the winner, the team will also review written material related to the FAMISALUD such as:

1. USAID/Nicaragua Country Plan, 2003-2008
2. Excerpts from USAID Cooperative Agreement No. 524-A-00-06-00005-00 with NicaSalud, describing the FamiSalud Project
3. USAID 2006/7 Reproductive Health Survey (RHS)/ENDESA
4. MINSA Institutional Plans and Evaluations:
    - Informe de Evaluación de Planes institucionales de salud 2007-2008-2009
    - Informe de gestión institucional 2010
    - Plan Nacional de Salud 2011-2015
5. National Development Plan
6. MINSA community strategies and associated norms (PROCOSAN, AIEPI-C, Birth Plan, ECMAC, community AIEPI), MOSAFC, General Health Law 2002 and 2003 Regulation
7. The Assessment of community strategies (PROCOSAN, ECMAC and Birth Plan) done by the FamiSalud project (2011)

9. FamiSalud Work Plans and Quarterly Reports for the years 2006 to 2010
10. Documentation related to management reviews prepared by the Project management
11. Tools and materials developed by FamiSalud related training HCWs and CHVs, supporting community health strategies, and conducting educational/behavior change activities

Section 4 – Purpose

USAID/Nicaragua is seeking to contract a qualified firm or individual to carry out a performance evaluation of the FamiSalud community health project since its inception in 2006 to the present.

The purpose of this Statement of Work is to provide a framework and communicate the research questions for an evaluation of the contribution of NicaSalud, through its project FamiSalud, to the implementation of community-based maternal, child and reproductive health strategies in rural settings.

The principal beneficiary of the evaluation will be the Mission, although it is expected that the implementing organization and its NGO partners will also benefit from the findings and recommendations.

Section 5 – Evaluation Questions

Q1: What are the strengths, weaknesses, opportunities and threats in Nicaragua's health system with respect to the implementation of each of the community strategies that the project is supporting now and in the first phase of the project?

1. PROCOSAN (Community Program of Health and Nutrition)
2. ECMAC (Community delivery of contraceptive methods)/ Family Planning counselling
3. Birth Plan
4. Environmental Health (households with positive behavioural changes of hand washing, personal hygiene and proper disposal)
5. Community AIEPI
6. HIV community strategy

Q2: How has the FamiSalud Project contributed to the successful implementation of each of the community health strategies it has supported over the last five years?

1. PROCOSAN (Community Program of Health and Nutrition)
2. ECMAC (Community Delivery of contraceptive methods)
3. Birth Plan
4. Environmental Health (households with positive behavioural changes of hand washing, personal hygiene and proper disposal)
5. Community AIEPI
6. HIV community strategy

Q3: How did the FamiSalud project contribute to the objectives of USAID/Nicaragua's Intermediate Result 3.3, "Improved Management of Child and Reproductive Health" under Strategic Objective 3, "Healthier, Better-Educated People"?

Q4: To what extent did the FamiSalud Project's approaches and outcomes contribute to the achievement of each of its objectives during the first and second phase of the project?

Q5: What were the most significant successes of the FamiSalud project –both planned and unplanned?

Q6: What were the most significant implementation constraints faced by the FamiSalud project?

Q7: How effectively has FamiSalud coordinated with MINSA, other stakeholders, and other USAID projects to achieve its objectives?

Q8: What are the five key recommendations for USAID/Nicaragua in designing and implementing future community health programs?

Section 6 – Methodology

This performance evaluation will identify the main strengths, weaknesses, opportunities, and threats to the FamiSalud community health project. The Evaluation Team (See Section 8 below) will be expected to submit suggested evaluation methods and work plan for USAID review, describing how the Team will answer the above questions, and from whom and how the necessary data will be collected and analyzed. The work plan should outline how information will be obtained from a wide variety of sources and include:

- A full review of background materials, including annual and sector reports.
- A document review, including instruments, methodology, data results, and analyses conducted by the project and MINSA.
- A review of the assessment of community strategies (PROCOSAN, ECMAC and Birth Plan) conducted by the FamiSalud project.
- Structured interviews with implementing partners and key stakeholders at both the local and national level, i.e. (staff from USAID, MINSA, USAID projects, selected health units, select municipalities, and donor agencies supporting health; including the key information to be sought from each stakeholder group.
- Focus groups for identification of community health priorities,

The USAID/Nicaragua Health Specialists, Marianela Corriols and Clelia Valverde, along with the Mission Monitoring and Evaluation Specialist, Marcela Villagra, will monitor progress through meetings, electronic messaging and selected site visits with the Evaluation Team in order to assess the progress and quality of the implementation of this assessment.

USAID requires that evaluations and assessments explore issues of gender; thus, the Evaluation Team should examine gender issues within the context of the evaluation of FamiSalud activities and include their observations in the findings, conclusions and recommendations section of the report. Questions to consider:

- Has the project integrated gender considerations into its activities?
- Have there been any unintended results of FamiSalud activities with respect to gender?

Section 7 – Deliverables

The Evaluation Team is expected to submit the following deliverables:

1. Work Plan: The team will prepare a detailed work plan, including the methodology (evaluation design/operational work plan) to be used in the evaluation. The work plan should be submitted to USAID/Nicaragua no later than the sixth day of work. One day following submission of the work plan, a team planning meeting will be held for the Evaluation Team and USAID/Nicaragua to review the statement of work and work plan and go over the evaluation schedule.

2. First Draft Evaluation Report: After carrying out interviews and site visits, the Evaluation Team will submit a written first draft of the evaluation report to USAID/Nicaragua, five weeks after submitting the Work Plan.

3. Debriefing with USAID: The team will present the major findings of the evaluation to USAID/Nicaragua through a PowerPoint presentation following submission of the first draft evaluation report. The debriefing will include a discussion of findings, issues and recommendations. The Evaluation Team will compile USAID comments and revise the draft report accordingly, as appropriate.

4. Debriefings with Partners and MINSA: The team will present the major findings of the evaluation to FamiSalud implementers and to MINSA through separate PowerPoint presentations. The debriefings will include a discussion of findings *only*, with no recommendations for possible modifications to project approaches, results, or activities. The Evaluation Team will consider partner compile and revise the draft report accordingly, as appropriate.

5. Second Draft Evaluation Report: After the debrief meetings, the Evaluation Team will incorporate oral comments received from USAID and stakeholders. Within three days of receiving oral comments from USAID and stakeholders, the Evaluation Team will send a second draft evaluation report incorporating these comments to the Mission for review. The report can be submitted in Spanish, and should clearly describe <u>findings, conclusions, and recommendations.</u> According to USAID guidance, these are defined as follows:
<u>Findings:</u> Empirical facts collected during the evaluation
<u>Conclusions:</u> Interpretations and judgments based on the findings
<u>Recommendations:</u> Proposed actions for management.

USAID will review the second draft evaluation report and advise the team with respect to approval or any changes or additions still required for approval.

6. Final Report: The team will submit a final report *in English* that incorporates the team responses to Mission comments and suggestions no later than five days after USAID provides comments on the team's second draft evaluation report.
The report format should include: an executive summary, table of contents, methodology, findings, conclusions, and recommendations (refer to Section 10 for further details).

The final version of the evaluation report should be submitted to the Health and Education Office of USAID/Nicaragua in two hard copy documents, as well as electronically in Microsoft Word. The report format should be restricted to Microsoft products and 12-point type font should be used throughout the body of the report, with page margins 1" top/bottom and left/right. The report should not exceed 30 pages, excluding references and annexes.

The final report will be edited/formatted and provided to USAID complete with annexes within five days after the Mission has reviewed the content and approved the second draft evaluation report. The second draft evaluation report can be used as a working document while final report editing/formatting is in process.

Section 8 – Team Composition

The ideal team will be composed of three experts. However, applicants can propose other configurations if they provide a justification for doing so. The team leader should have expertise in conducting external evaluations and team management skills. In addition, the team leader should have demonstrated skills and expertise in the areas of project evaluation, program design and strategic planning, health situation analysis, and institutional strengthening, and demonstrated ability to produce a well-written, evidence-based evaluation report. Team members should have reading and speaking proficiency in both Spanish and English. The team should have in-country experience and familiarity with standard development practices as well as knowledge of the Nicaragua health system and familiarity with USAID health systems strengthening efforts.

At least one member of the team should be an evaluation specialist with experience in evaluation design the use of various qualitative and quantitative research methods.

Section 9 – Scheduling and Logistics

USAID anticipates that the evaluation will begin in September and that all work, including preparation, field work, report writing and finalization, will be completed within nine weeks of the initial start date. A 6-day work week is authorized.

The contractor is responsible for all logistical arrangements necessary to carry out this evaluation, including lodging accommodations, office space, communications, supplies and equipment, photocopying, printing, translation (if required), etc. USAID/Nicaragua will provide overall direction to the Evaluation Team and identify key documents; USAID/Nicaragua will also assist in arranging and/or participate in meetings with key stakeholders as identified by USAID prior to the initiation of this evaluation. The Evaluation Team is responsible for

arranging other meetings as identified during the course of this evaluation, and advising USAID/Nicaragua prior to each of those meetings. USAID/Nicaragua personnel will be available to the team for consultations regarding sources and technical issues, both before and during the evaluation process. Other logistical arrangements necessary to carry out this evaluation are the responsibility of the contractor.

Section 10 – Reporting Requirements

The findings from the evaluation will be presented in a draft report at a briefing with USAID/Nicaragua and subsequently at a follow-up meeting with key stakeholders. The Evaluation Report should be structured according to the following format:

1. **Executive Summary** - concisely state the most salient findings and recommendations
2. **Table of Contents**
3. **Introduction** - purpose, audience, and synopsis of task
4. **Background** - brief overview of FamiSalud project, USAID program strategy and activities implemented in response to the problem, purpose of the evaluation
5. **Methodology** - describe evaluation methods, including any constraints and gaps
6. **Findings/Conclusions/Recommendations**- by each objective, include comments on gender as indicated in **Section 6.**
7. **Issues** - provide a list of key technical and/or administrative, if any
8. **Future Directions**
9. **References** (including bibliographical documentation, meetings, interviews and focus group discussions);
10. **Annexes**:

Statement of Work
Composition of the team
Methods
List of sites visited
List of key informants

Timing for submission of reports is described in **Section 7: Deliverables**.

In addition, the implementer will submit a copy of the final approved evaluation report (a) electronically (preferred) via either e-mail to docsubmit@dec.cdie.org
or by posting it to the internet at http://222.dec.org/index.cfm?fuseaction=docSubmit.home, or (b) by mailing a hardcopy to: Development Experience Clearinghouse, 8403 Colesville Road, Suite 210, Silver Spring, MD 20910, USA

Section 11 – Payment and Deliverables Schedule

Payments will be made in accordance with the firm-fixed-price schedule for the evaluation, based on the payment and deliverables schedule indicated below.

Task/Deliverable	Payment % distribution
1. Team submits work plan, including methodology to USAID, and participates in planning meeting with USAID	30%
2. Team prepares and submits first draft of evaluation report to USAID	20%
3.USAID performs final review and indicates acceptance of report (5 days)	25%
4. Team submits final written report, formatted and edited ,with annexes to USAID	25%
	100%

Annex 2. Composition of the team

- **Coordinador del equipo Doctor Eduardo de Trinidad, Especialista en Evaluación (Métodos de investigación cuantitativa y cualitativa)**

Formación académica: Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma, León, Nicaragua, 1978. Post grados adicional: Maestría en Salud Pública, Instituto de Desarrollo de la Salud Habana; Cuba, 1983. Especialización en Planificación; Planificación de Sistemas de Salud: Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil, 1988; Convalida a Especialista en Planificación Estratégica – Situacional.

- **Licenciada Ángeles Barberena, Especialista en Gestión y Evaluación de proyectos, muestreo, Evaluación de Impacto de Programas de Población y Salud.**

Formación académica: tiene formación en Sociología (Licencia y Maestría en Universidad Paris V René Descartes, Francia). Especializada en Estudios Demográficos (Diploma de Estudios Profundizados, Diploma de Experto Demógrafo y Diploma de Demografía General en Universidad Paris I Panteón Sorbona, Francia). Estudios de Estadísticas aplicadas a la Epidemiología (Universidad de Paris VI, Pierre et Marie Curie, Francia). Demografía Histórica y Francés (Universidad de Paris III, Nueva Sorbona, Francia).

- **Doctor Julio Ortega Especialista en Planificación Estratégica y Operativa, Organización de los Servicios, Monitoreo, Evaluación:**

Formación académica: Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua, 1998. Post grado adicional: Maestría en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud 2004. Especialista en Unidades de Salud Totalmente Funcionales – USTF (Fully Functional Service Delivery Point – FFSDP), Abordaje para el Mejoramiento de la Atención en Salud (AMAS), Información, Monitoreo, Evaluación y Organización de los Servicios – IMEOS, Modelo de Salud Familiar y Comunitario – MOSAFC.

- **Doctora Mary Luz Dussán Márquez. Especialista en Salud Materna Infantil y Desarrollo Comunitario, Monitoreo y Evaluación de Servicios de Salud; Gerencia Social, Sistematización de Procesos, Evaluación Cualitativa:**

Formación académica: Doctora en Medicina y Cirugía General, Universidad Autónoma Nacional (UNAN). León, Nicaragua, 1988. Máster en Gerencia de lo Social, Universidad Centroamericana (UCA). Managua, Nicaragua, 2005. Máster en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios para la Salud (CIES). Managua, Nicaragua, 1992.

Annex 3. Instrumentos por métodos y técnicas aplicadas

a. Guía de entrevista a profundidad:

EVALUACIÓN EXTERNA DE MEDIO TÉRMINO DEL PROYECTO FamiSalud
GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Managua 21 de Octubre de 2011

PRESENTACIÓN

La presente guía de entrevista se diseñó para orientar los trabajos de recolección de información necesaria para *Evaluación Externa de Medio Término del Proyecto FamiSalud,* que desarrolla la red NICASALUD con financiamiento de USAID, del 2006 al 2011.

INSTRUCCIONES GENERALES

- Se establecerá una relación de confianza a partir del primer acercamiento con el (la) entrevistado(a) (con el lenguaje verbal y corporal, así como por la actitud y disposición y atención para lo que se menciona).
- Se informará al Entrevistado(a) que el GRUPO DE CONSULTORES SOCIALES (GCS) ha sido contratado por el USAID con el fin de realizar la Evaluación Externa de Medio Término del Proyecto FamiSalud que apoya la ejecución de las estrategias ECMAC, PROCOSAN, Plan Parto e Higiene, a nivel comunitario.
- También se señalará que se trata de una evaluación de carácter objetivo, para retroalimentar el futuro desarrollo del proyecto y que la transcripción de la entrevista, puede ser revisada por el Entrevistado(a), si así lo desea.
- Las preguntas están diseñadas para que puedan replicarse para cada uno de los entrevistados(as). Por lo tanto, se formularán de manera general y solamente en caso de necesidad, se reformularán de manera particular para alguno de los entrevistados(as).
- La guía es flexible, por lo que si las respuestas del entrevistado(a) derivan en información importante para los objetivos, aunque no estén integrados en el presente documento, se pueden improvisar otras preguntas para que se sustente lo dicho por nuestro interlocutor.
- Si participan alguna o algunas personas que apoyen al entrevistado, es importante identificarlos en la grabación correspondiente, así como anotar su nombre y su cargo por fuera.
- Se cuidará de que la grabadora esté a la distancia correcta para captar la voz del o los entrevistados.
- Las preguntas están divididas en bloques. El primer bloque es de tipo general para romper el hielo. Los siguientes son sobre temas específicos.

DATOS DE LA ENTREVISTA

- Nombre de entrevistado(a):_____
- Institución: _____
- Cargo: _____
- Nombre de entrevistador(a): _____
- Fecha de entrevista: _____
- Hora de inicio _____ Hora de finalización _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

I. General *(Excluir a FamiSalud y NicaSalud)*

¿Cuáles son sus consideraciones sobre el funcionamiento del proyecto FamiSalud en los últimos 5 años, con respecto a mejorar equidad y acceso a los servicios de salud, a través de las estrategias comunitarias mencionadas (ver instrucción n° 2), así como otros determinantes de la situación de salud?

II. Las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en el Sistema de Salud de Nicaragua relacionadas con las estrategias de la comunidad que el proyecto ha apoyado *(Excluir a los otros proyectos USAID)*

¿Puede usted decirme cuales son las fortalezas y las debilidades más destacadas que tiene el sistema de salud en lo que concierne las estrategias que el proyecto apoya? ¿Y sus Oportunidades y Amenazas?

III. Contribución del proyecto FamiSalud al éxito de cada una de las estrategias de salud de la comunidad, en los últimos cinco años *(Excluir a los otros proyectos USAID y a los otros donantes)*

¿Le parece que las acciones desarrolladas por el proyecto han contribuido al éxito de la ejecución de las estrategias? ¿Qué acciones y a qué estrategia en particular, se refiere?

IV. Contribución del proyecto FamiSalud al Resultado Intermedio 3.3, "Mejorar la Gestión de Salud Infantil y Salud Reproductiva" del objetivo estratégico 3, "Personas más saludables y mejor educadas" de los objetivos de USAID / Nicaragua*(Sólo se preguntará a USAID, a NicaSalud, a FamiSalud y a los proyectos patrocinados por USAID)*

¿En qué han contribuido las acciones del proyecto a *"mejorar la gestión de salud infantil y salud reproductiva"*? De un ejemplo

V. Logros y dificultades más destacados, tenidos por el proyecto FamiSalud*(Sólo se preguntará a MINSA y USAID)*

¿Qué logro obtenido por el proyecto puede mencionar como uno de los más destacados?

¿Qué tipo de dificultades tuvo que sortear el proyecto para lograr sus objetivos?

¿Considera usted que los roles y estatus de las mujeres y de los hombres en la comunidad afectaron los resultados del proyecto? ¿De qué manera?

VI. Coordinación de FamiSalud con el MINSA, otros actores clave y otros proyectos de USAID

¿De qué manera se coordinó _____ con las ONG miembros de la Red de FamiSalud? ¿Considera que fue eficaz esa coordinación?

VII. Recomendaciones clave para USAID / Nicaragua en el diseño e implementación de futuros programas de salud comunitaria

¿De qué manera las acciones desarrolladas por el proyecto para apoyar las estrategias, afectaron a los hombres? ¿Y a las mujeres? ¿Según la información de que usted dispone, cuáles de estas acciones fueron de mayor efectividad positiva? ¿La recomendaría usted para mejorar el funcionamiento del proyecto?

¿Qué otra acción recomendaría usted para este mismo objetivo?

MUCHAS GRACIAS

b. Guía de MSC (Cambios Más Significativos):

Guía de entrevista para levantar historias significativas resultantes de las intervenciones con FamiSalud. Principalmente con las estrategias: PROCOSAN, Plan Parto, ECMAC, AIEPI – C y Salud ambiental. *PARA TECNICOS*
Managua, 28 de Septiembre de 2011

Contenido
El MINSA y USAID, coordinadores y patrocinadores de FamiSalud están interesados en documentar historias de cambios significativos que pueden haber resultado de su trabajo, con el cuidado y atención a la salud de mujeres / madres y sus hijos, niños menores de 5 años, en estos municipios. Esto ayudará a mejorar lo que estamos haciendo, nos permitirá celebrar los éxitos juntos, así como rendir cuentas a nuestros donantes.
Las historias y la información recopilada a partir de estas entrevistas se utilizarán para una serie de propósitos, incluyendo:

- Logros y realizaciones exitosas conseguidas mediante las intervenciones y aplicaciones de las estrategias implementadas con FamiSalud.
- Ayudar a los facilitadores y coordinadores de FamiSalud / NICASALUD en comprender lo que la gente valora positivamente en torno al cuidado de la salud materna e infantil y un mayor apoyo de este tipo de resultados.
- Reconocer y compartir limitaciones u obstáculos, incluyendo lecciones aprendidas con resultados negativos, indeseables o costosas equivocaciones que nos ayuden a mejorar o depurar las presentes y futuras estrategias.

Datos del contacto:

Confidencialidad:
Es posible que usted desee utilizar sus historias para informar a nuestros patrocinadores, o compartir con otras personas de su comunidad – así como otras personas en los grupos de municipios beneficiados con las estrategias aplicadas con FamiSalud.
Usted, (el narrador):
• ¿Desea tener su nombre en la historia? (marque uno de dos) Si ☐ No ☐o
• ¿Da su consentimiento para la publicación de su historia? Si ☐ No ☐

Nombre de la persona narradora[45]: _____
Nombre de la persona que registra la historia: _____
Ubicación: _____
Fecha de registro: _____

45 Si el (la) informante desea permanecer en el anonimato, no se debe registrar su nombre o datos de contacto, es suficiente escribir "promotor voluntario", “partera”, “brigadista” o alguna descripción similar.

Preguntas

Por favor, describa ¿cómo usted (persona entrevistada) participó por primera vez en las actividades promovidas por FamiSalud (mencionar las estrategias de ser necesario) y cuál es su participación actual?:

Desde su punto de vista, describa una historia que resume el cambio más significativo que ha resultado del cuidado y promoción de la salud materna e infantil, promovidos por FamiSalud en su comunidad o comarca.

¿Por qué esta historia es significativa para usted?

¿Cómo, en todo caso, influyó el trabajo de los facilitadores de FamiSalud, coordinadores y técnicos del MINSA y hasta qué punto han contribuido a esta situación?

Guía de entrevista para levantar historias significativas resultantes de las intervenciones con FamiSalud. Principalmente con las estrategias: PROCOSAN, Plan Parto, ECMAC, AIEPI – C y Salud ambiental. *PARA BENEFICIARIOS-AS*

Managua, 12 de Octubre de 2011

Contenido

El MINSA y USAID, coordinadores y patrocinadores de FamiSalud están interesados en documentar historias de cambios significativos que pueden haber resultado de su trabajo, con el cuidado y atención a la salud de mujeres / madres y sus hijos, niños menores de 5 años, en estos municipios. Esto ayudará a mejorar lo que estamos haciendo, nos permitirá celebrar los éxitos juntos, así como rendir cuentas a nuestros donantes. Las historias y la información recopilada a partir de estas entrevistas se utilizarán para una serie de propósitos, incluyendo:

- Logros y realizaciones exitosas conseguidas mediante las intervenciones y aplicaciones de las estrategias implementadas con FamiSalud.
- Ayudar a los facilitadores y coordinadores de FamiSalud / NICASALUD en comprender lo que la gente valora positivamente en torno al cuidado de la salud materna e infantil y un mayor apoyo de este tipo de resultados.
- Reconocer y compartir limitaciones u obstáculos, incluyendo lecciones aprendidas con resultados negativos, indeseables o costosas equivocaciones que nos ayuden a mejorar o depurar las presentes y futuras estrategias.

Datos del contacto:

Confidencialidad:

Es posible que usted desee utilizar sus historias para informar a nuestros patrocinadores, o compartir con otras personas de su comunidad – así como otras personas en los grupos de municipios beneficiados con las estrategias aplicadas con FamiSalud.

Usted, (el narrador):

- ¿Desea tener su nombre en la historia? (marque uno de dos) Si ☐ No ☐o
- ¿Da su consentimiento para la publicación de su historia? Sí ☐ No ☐

Nombre de la persona narradora[46]: _____
Nombre de la persona que registra la historia: _____
Ubicación: _____
Fecha de registro: _____

46 Si el (la) informante desea permanecer en el anonimato, no se debe registrar su nombre o datos de contacto, es suficiente escribir "promotor voluntario", “partera”, “brigadista” o alguna descripción similar.

Preguntas para documentar Q6 (logros o éxitos)

1. **Por favor, describa ¿cómo usted (persona entrevistada) participó por primera vez en las actividades promovidas por FamiSalud (mencionar las estrategias de ser necesario) y cuál es su participación actual?:**

2. **Desde su punto de vista, <u>describa una historia que resume el cambio POSITIVO más importante</u> que ha resultado del cuidado y promoción de la salud materna e infantil, promovidos por FamiSalud en su comunidad o comarca.**

3. **¿Por qué esta historia es significativa para usted?**

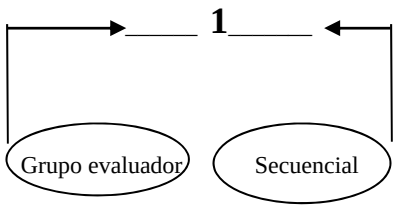
4. **¿Cómo, en todo caso, influyó el trabajo de los facilitadores de FamiSalud, coordinadores y técnicos del MINSA y hasta qué punto han contribuido a esta situación?**

c. *Guía de TRIAGE:*

Nº:

TRIAGE

Fortalezas, Debilidades, Oportunidades, Amenazas, Sostenibilidad y Perspectivas de FamiSalud, en el apoyo a la implementación y desarrollo de estrategias comunitarias que ofrece el MINSA en beneficio de la salud materna e infantil.

PROPUESTA	Según sus experiencias con FamiSalud, señale la valoración que considere más apropiada:				
1.- Balance entre Fortalezas y Debilidades de FamiSalud En apoyo a la implementación y / o desarrollo de:	**1** Mucha debilidad (Rojo)	**2** Alguna debilidad (Rojo)	**3** Balanceadas debilidades y fortalezas (Amarillo)	**4** Alguna fortaleza (Amarillo)	**5** Mucha fortaleza (Verde)
PROCOSAN					
ECMAC					
Plan de Parto					
AIEPI_C					
Salud Ambiental.					
VIH					
Código: (tres dígitos) 	¿Cuál(es) y por qué? (Para cada valoración señalada)				
PROPUESTA	Según sus experiencias con FamiSalud, señale la valoración que considere más apropiada:				

2.- Balance entre Amenazas y Oportunidades para FamiSalud(entorno) en el apoyo a la implementación y / o desarrollo de:	**1** Mucha amenaza (Rojo)	**2** Alguna amenaza (Rojo)	**3** Balanceadas las amenazas y oportunidades (Amarillo)	**4** Alguna oportunidad (Amarillo)	**5** Mucha oportunidad (Verde)
PROCOSAN					
ECMAC					
Plan de Parto					
AIEPI_C					
Salud Ambiental					
VIH					
Otras estrategias comunitarias. ¿Cuáles?:					
Código: ___ **2**___	¿Cuál(es) y por qué? (Para cada valoración señalada)				
PROPUESTA	Según sus experiencias con FamiSalud, señale la valoración que considere más apropiada:				

3- ¿Cómo es la sostenibilidad de las intervenciones apoyadas con FamiSalud? A respecto de:	**1** Insostenible (Nada sostenible) (Rojo)	**2** Escasamente sostenible (Rojo)	**3** Medianamente Sostenible (Amarillo)	**4** Sostenible (Amarillo)	**5** Totalmente sostenible (Verde)
PROCOSAN					
ECMAC					
Plan de Parto					
AIEPI_C					
Salud Ambiental					
VIH					
Otras estrategias comunitarias. ¿Cuáles?:					
Código: ___ **3**___	¿Qué tipo de sostenibilidad y por qué? (Para *cada valoración señale el tipo sostenibilidad: Organizativa/Institucional, Técnica y/o Financiamiento*)				
PROPUESTA	Según sus experiencias con FamiSalud, señale la opción que considere más apropiada en relación a las estrategias que se podrían seguir apoyando:				

4- Perspectivas para FamiSalud de continuar apoyando la implementación y desarrollo de las intervenciones:	1 Largo Plazo (Por más de 5 años) (Rojo)	2 Mediano Plazo (Hasta 5 años más) (Rojo)	3 Corto Plazo (Hasta 3 años más) (Amarillo)	4 A lo inmediato (Solo este año) (Amarillo)	5 Agotado (Cumplido/nada más que hacer) (Verde)
PROCOSAN					
ECMAC					
Plan de Parto					
AIEPI_C					
Salud Ambiental					
Otras estrategias comunitarias. ¿Cuáles?:					
Código: **___ 4___**	¿Por qué? (Por favor argumente su respuesta para cada opción señalada)				

5-Otras sugerencias o aspectos que se deberían conservar, agregar o cambiar para mejorar el desempeño de FamiSalud en el apoyo a la implementación y desarrollo de las estrategias comunitarias: (opcional)

Evaluación del Proyecto FamiSalud

(ORDER N° AID-524-O-11-00007 / REQ-524-11-000024)

Instructivo para utilizar la técnica TRIAGE

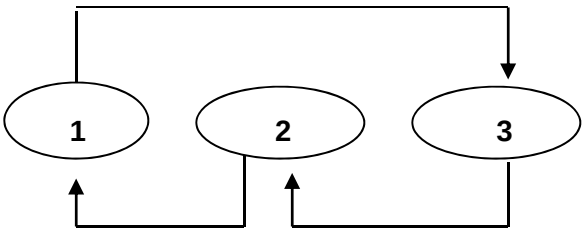
Procedimientos

Managua, 09 de Noviembre de 2011.

1. **Fase Individual:** se inicia la sesión de trabajo con la obtención de datos primarios, mediante el llenado individual del formulario que contiene 4 aspectos objetos de consultas, más un adicional que consideren oportuno los participantes. Como lo que interesa es Evaluar el desempeño de FamiSalud, no será necesario que los participantes se identifiquen escribiendo sus nombres en los formularios. Se estima que 30 minutos es tiempo suficiente para evacuar la información solicitada.

2. Se organizan tres grupos de 4 a 6 personas cada uno, eligen a un moderador y un relator del grupo.

3. Tres facilitadores/animadores (un animador por grupo) proceden a recoger los formularios contestados de su grupo; luego, agrupados en los tres lotes de formularios respondidos, serán entregados de manera cruzada entre los participantes organizados en los tres grupos; así los formularios del grupo 1 serán revisados por el grupo 3, los formularios del grupo 3 serán revisados por el grupo 2 y los formularios del grupo 2 serán revisados por el grupo 1:



4. **Fase grupal:**

   a. Inicialmente los miembros de cada grupo evaluador codificará cada una de las preguntas con sus respectivas respuestas ponderadas y argumentadas (reducción cuantitativa y cualitativa); para hacer eso se utilizarán códigos de tres dígitos: el primero indicará el número del grupo evaluador, el segundo el número de la pregunta y el tercero el secuencial simple correspondiente a la enumeración de cada uno de los formularios respondidos; en el caso que no hubiese alguna respuesta argumentada en alguno de los formularios, se le asignará su código correspondiente y un valor cualitativo neutro, indicando que este caso adopta la opinión mayoritaria que se obtenga.

   b. Colectivamente en cada grupo procederán a obtener los valores de las modas[47] de las respuestas ponderadas para cada uno de los cuatro (4) ejes analíticos proporcionados; a fin de obtener una primera valoración sobre el desempeño de las estrategias comunitarias apoyadas con FamiSalud.

   c. No entran en esta consideración el 5º aspecto (Otras sugerencias o aspectos que sobre las estrategias comunitarias…) que, de haberlos, serán utilizados en el trabajo de sistematización de las experiencias con el FamiSalud.

47Modas correspondientes a las ponderaciones asignadas a cada uno de los 4 ejes analíticos propuestos, de acuerdo con la escala que va de 1 (lo menos deseable) a 5 (lo más deseable).

d. Posteriormente cada grupo hará una "síntesis cualitativa" de las respuestas argumentadas con los contenidos que soportan las valoraciones ponderadas.

Pero… ¿Cómo hacer la síntesis cualitativa?... De acuerdo con la tecnología TRIAGE se procederá a:

i. Paso **Memoria**: consiste en transcribir las respuestas argumentadas en hojas de colores que se indican en la escala utilizada con el formato. Las hojas procesadas se van pegando en la pared a modo de panel, a fin de facilitar el análisis / procesamiento subsiguiente.
ii. Paso **Agrupación**: consiste en agrupar las respuestas procesadas (ya directamente en un papelógrafo de ser posible) a partir de un análisis del contenido semántico entre las diversas gamas de respuestas cualitativas ofrecidas.
iii. Paso **depuración**: consiste en revisar y verificar la consistencia y coherencia de las valoraciones ponderadas (verde, amarillo y rojo) con las argumentaciones ofrecidas; de encontrarse contradicciones formales o semánticas en algunas respuestas, éstas no podrán entrar a la selección de respuestas aceptables por el estudio, quedando como alternativas excluyentes:
Trasladar a la refrigeradora (freezer) para revisar nuevamente al final de la sesión. B) Aplicar un "Veto" que solo se podrá resolver en el plenario. C) Depositar la respuesta inconsistente en "el cesto de basura virtual".
iv. Paso Selección (selección por consenso): de acuerdo con los colores de las tarjetas y los significados de los argumentos o razones vertidas ya depuradas, se hará la síntesis cualitativa dejando un mínimo de respuestas sueltas o de muy difícil agrupación sin sacrificar los aportes.
v. Elaboración de presentación de resultados del grupo para el plenario: se utilizarán Papelógrafos que contendrán "Las propuestas" y "Las Respuestas" según valoración ponderada por las medianas obtenidas por el grupo, las valoraciones cualitativas seleccionadas o consensuadas, las respuestas depuradas que permanecen "Vetadas" y que deben ser aceptadas o rechazadas en el plenario.

5. Fase Colectiva Plenaria:

a) Es la parte Terminal de esta aplicación y consiste en que los Moderadores y Relatores de cada grupo expondrán en plenario: el valor general ponderado de las mediana sobre el desempeño funcional de FamiSalud en apoyo a las estrategias comunitarias; cada uno de los tres grupos expone los resultados cualitativos de sus correspondientes trabajo, se sigue luego el mismo proceder para los resultados obtenidos por cada una de las respuestas en que se trabajó. Se priorizará el **Paso Selección** (selección por consenso) y posteriormente, en donde se dificulte el consenso en cuanto a los argumentos "Vetados" a fin de aceptar las aportaciones o que deban ser rechazados en el "cesto de la basura virtual"
b) Posteriormente, los coordinadores (facilitadores animadores) hacen un balance general evidenciando los resultados y logros obtenidos con la tecnología TRIAGE previamente descrita. Recabando aspectos evaluativos sobre la metodología aplicada y demás recomendaciones.

6. El producto Terminal de este trabajo será, entonces, la caracterización de las valoraciones y percepciones que sobre el desempeño de FamiSalud han compartido los expertos implementadores o aplicadores de las estrategias comunitarias auspiciadas por USAID, a nivel de los SILAIS que intervienen en su aplicación.

d. Guía de grupos focales con beneficiarios:

FamiSalud– USAID/ GCS
GUIA PARA ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL
MUJERES Y HOMBRES DE FAMILIAS BENEFICIADAS-OS CON LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS IMPLEMENTADAS POR FamiSalud

Nombre de comunidades de las-os entrevistados:
No. Mujeres: No. Hombres: Fecha: Lugar:
Hora de inicio del dialogo: Hora en que finaliza: Facilitador-a:

Introducción.

1. Presentación de facilitador-a.
2. Explicamos porque estamos aquí: ¨ Antes de todo quiero agradecerles por el tiempo que han apartado para estar con nosotros en esta reunión que esperamos no dure más de hora y media, somos un equipo de un organización interesada en la salud de las familias y el bienestar de la comunidad, contratados por USAID, queremos conocer de su experiencia en las acciones de salud que están realizando ustedes (PROCOSAN, DCMA, AIEPI, Plan de parto, salud ambiental), las familias y en la comunidad y el apoyo de los proyectos principalmente en los últimos tres años. Que recomendarían, que se tendría que mejorar.
   Explique que todos los aportes serán respetados, todas las opiniones serán muy valiosas para beneficio de otras comunidades y para mejorar al apoyo, pueden sentirse cómodas y hablar con libertad, la participación en la discusión es completamente voluntaria y no tienen que responder ninguna pregunta si no lo desea. Es importante que cuando una persona está hablando esperemos nuestro turno para expresar nuestras opiniones. Por último, quiero decirles que como será muy difícil tomar nota de todo lo que ustedes digan, grabaremos la reunión después será borrado.
3. Presentación de participantes: de que comunidad, ocupación, conformación de la familia, papel en la familia (jefatura). Gracias

Recomendación general.
Una pregunta para romper el hielo, hacer una ronda completa con todas-os las participantes y observar facilidad de palabras, la amplitud o no de la descripción; seguridad al hablar, temor y otros, recordar que es muy importante indagar sobre la participación de mujeres y hombres.

1. Indagar en torno a si conocen los proyectos que los están apoyando.

Instrucciones específicas.

- Q7. Coordinación y apoyo. ¿En qué y cómo las actividades que realiza el MINSA con FamiSalud han beneficiado a las familias y comunidad con relación a implementación del ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH, Implementación MOSAFC, les han realizado la Historia de Salud Familiar?
- Reciben cuidado y atención de la salud, cómo y quién la realiza.
- Realizan atención a los niños- as, las mujeres embarazadas, después del parto, el cuidado de la comunidad.
- Al MINSA quien lo apoya para el desarrollo de las actividades,
- Llegada de FamiSalud a la comunidad, que hacen.

- Quien paso recogiendo la información de la familia en que tiempo.

2. Q4. Alcancen de objetivos FamiSalud/ ONG local. ¿Cómo podemos saber si lo que se propuso FamiSalud/ONG local se está logrando con respecto a ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH?

- Actividades realizándose con apoyo de la ONG, para mejorar la salud de mujeres, niños, hombres, familias y el cuidado del ambiente.
- Personas más comprometidas en la realización de las actividades en la comunidad, mujeres – hombres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos.
- Es importante llevar los niños al pesaje, recibir anticonceptivos, buscar atención del parto en la unidad de salud, atender a tiempo las enfermedades de los niños, porque…
- Al recibir las charlas, quienes asisten más entre mujeres y hombres.
- Siempre que los convidan a realizar las actividades llegan las mujeres y los niños de la comunidad.
- De las actividades que se han hecho en la comunidad cuales son las que más le han gustado.

3. Q7. SOSTENIBILIDAD. Si sienten que hay logros mejorando el acceso a las unidades de salud, con ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL. VIH. ¿Cómo se mantendrán cuando finalice FamiSalud?

- El MINSA debe hacerse cargo.
- Las ONG deben seguir apoyando.
- Hacer otros proyectos.
- Otras opciones, otras organizaciones comunitarias, alcaldía.

4. Q2. Participación comunitaria requerida por las estrategias que apoya FamiSalud. ¿Cómo han apoyado las personas, familias, comunidad, líderes, la realización de ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH? y ¿cómo estas han beneficiado a la población en las comunidades?

- Cómo fueron convocados para participar en las estrategias de la comunidad.
- Que ha cambiado en el cuidado de su salud, la de los niños, mujeres y la comunidad.
- Beneficios recibidos del pesaje, entrega de anticonceptivos, búsqueda de atención del parto en la unidad de salud, salud de los niños, cuidado del ambiente.
- Participación de mujeres y los hombres.

AGRADECER LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS INVITELOS A TOMAR UN REFRIGERIO.

¨ No dudes de la capacidad que tiene un pequeño grupo de personas comprometidas y reflexivas para cambiar las cosas, en verdad son estos pequeños grupos los que han logrado hacer grandes cambios¨. Margaret Mead

e. Guía de grupos focales con voluntarios comunitarios:

FAMISALUD– USAID/ GCS
GUIA PARA ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL
VOLUNTARIAS-OS COMUNITARIOS BENEFICIADAS – OS CON LAS ESTRATEGIAS COMUNITARIAS IMPLEMENTADAS POR FAMISALUD

Nombre de comunidades de las-os entrevistados:

No. Mujeres: No. Hombres: Fecha: Lugar:

Hora de inicio del dialogo: Hora en que finaliza: Facilitador-a:

Introducción.

1. Presentación de facilitador-a.
2. Explicamos porque estamos aquí: Antes de todo quiero agradecerles por el tiempo que han apartado para estar con nosotros en esta reunión que esperamos no dure más de hora y media, somos un equipo de un organización interesada en la salud de las familias y el bienestar de la comunidad, contratados por USAID, queremos conocer de su experiencia en las acciones de salud que están realizando ustedes (PROCOSAN, DCMA, AIEPI, Plan de parto, salud ambiental), las familias y en la comunidad y el apoyo de los proyectos principalmente en los últimos tres años. Que recomendarían, que se tendría que mejorar.

   Explique que todos los aportes serán respetados, todas las opiniones serán muy valiosas para beneficio de otras comunidades y para mejorar al apoyo, pueden sentirse cómodas y hablar con libertad, la participación en la discusión es completamente voluntaria y no tienen que responder ninguna pregunta si no lo desea. Es importante que cuando una persona está hablando esperemos nuestro turno para expresar nuestras opiniones. Por último, quiero decirles que como será muy difícil tomar nota de todo lo que ustedes digan, grabaremos la reunión después será borrado.

3. Presentación de participantes: de que comunidad, edad, ocupación, organización comunitaria, cargo o papel dentro de la organización, tiempo de ser voluntario-a. Gracias

Recomendación general. Una pregunta para romper el hielo, hacer una ronda completa con todas-os las participantes y observar facilidad de palabras, la amplitud o no de la descripción; seguridad al hablar, temor y otros, recordar que es muy importante indagar sobre la participación de mujeres y hombres.

Instrucciones específicas.

1. **Q7. Coordinación y apoyo. ¿**En qué y cómo las actividades que realiza el MINSA con FamiSalud han beneficiado a las familias y comunidad con relación a implementación del ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH, Implementación MOSAFC, les han realizado la Historia de Salud Familiar?
   - Desde cuándo se encuentra trabajando FamiSalud en la comunidad, principales actividades
   - Apoyo de FamiSalud al MINSA: casa base, pesaje de los niños-as, entrega de anticonceptivos, Plan Parto, AIEPI, salud del ambiente.
   - Realización de actividades conjuntas entre MINSA y FamiSalud: HSF y Diagnóstico Comunitario,
   - Que se puede mejorar y que no es necesario hacer.
   - Coordinación con mujeres y/u hombres.

2. **Q4. Alcance de objetivos FamiSalud/ ONG local.** ¿Cómo podemos saber si lo que se propuso FamiSalud/ONG local se está logrando con respecto a ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH?
   - Necesidades de recursos para mejorar la realización de las actividades.
   - Han sido capacitadas-os, recibido charlas, Quien asiste más.
   - Que facilita poder realizar las actividades.
   - Principales inconvenientes que se presentan más seguido.
   - Que se puede mejorar y que no es necesario hacer.
   - Quien responde por el cuidado de la salud de la comunidad.

3. **Q7. SOSTENIBILIDAD.** Si sienten que hay logros mejorando el acceso a las unidades de salud, con ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL. VIH). Como se mantendrán cuando finalice FamiSalud.
   - El MINSA debe hacerse cargo.
   - Las ONG deben seguir apoyando.
   - hacer otros proyectos.
   - otras opciones, otras organizaciones comunitarias, alcaldía.

4. **Q2. Participación comunitaria requerida por las estrategias que apoya FamiSalud.** ¿Cómo han apoyado las personas, familias, comunidad, líderes, la realización de ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH? y ¿cómo estas han beneficiado a la población en las comunidades?
   - Cómo realizaron la convocatoria para lograr la participación.
   - Como la organización de la comunidad ha motivado la participación de las familias en el desarrollo de las estrategias.
   - Cambios más relevantes de la organización comunitaria para apoyar la mejora del cuidado de la salud de los niños y la de la comunidad.
   - Como participan las mujeres y los hombres, la comunidad. ¿Pueden participar libremente las mujeres en las actividades?
   - En la organización y cambios de comportamiento en el cuidado de la salud de las mujeres, niños y medio ambiente.

AGRADECER LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS INVITELOS A TOMAR UN REFRIGERIO.

¨ No dudes de la capacidad que tiene un pequeño grupo de personas comprometidas y reflexivas para cambiar las cosas, en verdad son estos pequeños grupos los que han logrado hacer grandes cambios¨.

Margaret Mead

f. Plan de Análisis de datos e información.

Es una exigencia metodológica para pre-alimentar y retroalimentar las complejas labores de procesamiento, análisis e integración de la información primaria y secundaria que progresivamente se obtenía. Así, el plan de análisis funcionó facilitando la elaboración de instrumentos: formatos, guías de procesamiento, tablas de vaciado y otros necesarios para hacer manejable la masa de datos e información cruda que se obtuvieron mediante entrevistas, grupos focales, sesiones TRIAGE y el reporte de las MSC. En el mismo sentido, la información secundaria obtenida de FamiSalud, principalmente la parrilla de indicadores e información complementaria disponible.

- *Componentes:*

De acuerdo con el plan de trabajo aprobado por la misión USAID/Nicaragua, el ordenamiento general de la evaluación contempló dos grandes componentes:

Un *primer componente* de carácter documental utilizó fuente de información secundaria, que respondió al objetivo específico Q1 y facilitó la elaboración del contexto encontrado. Otra exigencia fue contar con la parrilla de indicadores utilizados por el sistema de M&E de FamiSalud para responder a Q3.

El *segundo componente*s refiere a la obtención y procesamiento de información primaria, mediante entrevistas a profundidad en el nivel nacional y SILAIS, los reportes de las sesiones TRIAGE, los informes de los grupos focales y los reportes de cambios más significativos (MSC) logrados con FamiSalud en los municipios y comunidades beneficiadas. Con este componente del plan de análisis se le dio cobertura a los objetivos específicos Q2, Q4, Q5, Q6 y Q7, según correspondencia con la Matriz de afectaciones, técnicas/procedimientos y fuentes de información expuesta más arriba.

Para instrumentar este componente se utilizó:

a) Una matriz de vaciado de las entrevistas a profundidad (propuesta por Ángeles) que adjuntaremos.
   Tabla de salida entrevistas a profundidad
b) Una matriz de vaciado de la información levantada con los grupos focales (propuesta por Eduardo)
   Tabla de salida de GF
c) Los formatos de trabajo de las sesiones TRIAGE. Los procedimientos para procesar esta información están implícitos en las aplicaciones de la técnica; sin embargo, hace falta consensuar esos instrumentos.
   Formato de TRIAGE
d) Los procedimientos para procesar las historias de cambios significantes MSC (propuesta por Eduardo)
   Procedimientos MSC

Annex 4. Lista de sitios visitados

Municipios donde se realizaron los Grupos Focales

Municipio	Departamento
El Ayote	Chontales
Terrabona	Matagalpa
La Cruz de Río Grande	RAAS
Siuna	RAAN
El Castillo	Río San Juan
Dipilto	Nueva Segovia
San Lucas	Madriz
Wiwilí	Jinotega

Municipios y SILAIS donde se realizaron los TRIAGE

Municipio	Departamento
Juigalpa	Chontales
Ocotal	Nueva Segovia
Jinotega	Jinotega

Organizaciones e instituciones donde se realizaron las Entrevistas

Institución / Organización	Direcciones
MINSA	DGVSP
MINSA	DGECA
MINSA	Cooperación Externa
DELIVER	Dirección de Proyecto
HCI	Dirección de Proyecto
FamiSalud	Dirección de Proyecto
FENUAP	Resp. PF e Insumos
NICASALUD	Dirección de Red
SILAIS JINOTEGA	Dirección
SILAIS NUEVA SEGOVIA	Vigilancia
SILAIS CHONTALES	Dirección
USAID	AOTR
BID	Salud
UNAN	Medicina Preventiva

Annex 5. Listado de informantes claves

a. Sesiones de TRIAGE

No.	Nombres y Apellidos	Genero M/F	Cargo	Procedencia
1	Suyapa Judith Castellón	F	Médico General	El Jícaro
2	Lucía del C. Calderón Ríos	F	Lic. En Enfermería	El Jícaro
3	Haydee Cáceres Argüello	F	Enfermera	El Jícaro
4	Diana Gómez Herrera	F	Enfermera	Mozonte
5	Ana Yance Sarantes	F	Enfermera	Mozonte
6	Lesbia Henriquez	F	Enfermera	Dipilto
7	Vilma Ordóñez Soto	F	Médico	Dipilto
8	Ana Rodríguez Colindres	F	Enfermera	Dipilto
9	Lesly Yamaris Rodríguez Murillo	F	Lic. En Trabajo Soc.	Jalapa
10	Nery Dominga Olivera Pérez	F	Lic. En Enfermería	Jalapa
11	Marvin Antonio Sánchez	M	Resp. De Higiene	Jalapa
12	Claudia I. López López	F	Resp. AIMNA	SILAIS NS
13	Alfredo Ortega	M	Esp. SSRCT	NICASALUD
14	Danelia López López	F	Aux. de Enfermería	Mozonte
15	María de Jesús Pastrana	F	Resp. De Docencia	Sede SILAIS NS
16	John Merlo López	M	Coord. FamiSalud	Ocotal
17	Lester Montalván Ramos	M	Sub Director	MINSA Jalapa
18	Osmany Altamirano	M	Supervisor	NICASALUD
19	Angeles Barberena	F	Consultor	GCS
20	Miguel C. Martínez	M	Resp. T/C	Santo Domingo
21	Wilber Duarte C.	M	Resp. De Enf.	Santo Domingo
22	Nesler Lira Morales	M	Tec. CEPRESI	Muelle de los Bueyes
23	Johana E. Mendoza Urbina	F	AIMNA	C/S MDLB
24	Eric Iván Centeno Hernández	M	Resp. Comunitario	H. El Rama
25	José Daniel Martínez	M	Resp. De Enf.	C/S El Ayote
26	Sebastián Javier Soza	M	Resp. Comunitario	El Ayote
27	Albin Andino Montenegro	M	TIS	El Ayote
28	Claudia Padilla Guzmán	F	Resp. De Enf.	Nueva Guinea
29	Marvin Gaitán Taleno	M	Resp. Comunitario	Muelle de los Bueyes
30	Darling José Tórrez	M	Técnico	Rama
31	Marisol Mejía R.	F	Coord. AIMNA	Sede SILAIS
32	Elba Luz Martínez	F	Salud Comunitaria	Nueva Guinea
33	Alberto C. García García	M	Tec. CEPRESI	Santo Domingo
34	Miguel Sánchez García	M	Coordinador	Nueva Guinea
35	Francisco Rolando Casas	M	MINSA	Jinotega
36	Karla Morales Aguilar	F	MINSA	Jinotega

No.	Nombres y Apellidos	Genero M/F	Cargo	Procedencia
37	Mario Josué Tórrez	M	MINSA	Wiwilí
38	Xiomara Herrera Zeledón	F	PCI-FamiSalud	Jinotega
39	Wilfredo Hinrod Canales	M	MINSA	El Cuá
40	Antonio Alonso Cortedano	M	MINSA	Jinotega
41	Francisco E. Sánchez Rico	M	Técnico	Compañeros de las Américas
42	Jaime Medina	M	SILAIS	Jinotega
43	Enrique González	M		C/S G. Matute
44	Renato P. Guatemala	M	MINSA	Jinotega
45	Norlan L. Ojeda Gutiérrez	M	MINSA	Bocay
46	Juan Cerda M.	M	Técnico	PCI/FamiSalud
47	Luis Manuel Rivera	M	Técnico	PCI/FamiSalud
48	Johana Rivas J.	F	Técnico	Compañeros de las Américas
49	Maribel Machado Soza	F		C/S G. Matute
50	Erling Abuth Aráuz R.	M		C/S A.O.C.
51	Darwin David Pérez Rodríguez	M	SILAIS	Jinotega
52	Wilber Ramón Funes López	M	Técnico	Compañeros de las Américas
53	Eduardo Canales	M	Director	SILAIS Jinotega
54	Martha Silvana Palma Mendieta	F		SILAIS Jinotega
55	Heysell Yaneris Herrera	F	Técnico	Compañeros de las Américas
56	Xiomara Scarleth Reyes	F	Técnico	Compañeros de las Américas
57	Mirna López Salazar	F		MINSA Pantasma

b. Sesiones de Grupo Focal

No.	Nombres y Apellidos	Género M/F	Cargo	Procedencia	Comunidad/ Municipio
1	Marlene Pérez Marín	F		Naowás	El Ayote
2	Eleonor Murillo González	F		Naowás	El Ayote
3	Victorino Pérez López	M		El Bambú	El Ayote
4	Odelma María Reyes Rivas	F		El Bambú	El Ayote
5	José Elías Aragón García	M		Cerro Grande	El Ayote
6	Ramón E. Barrera D.	M		Nawaldesito	El Ayote
7	Eddy Reyes Rivas	M		El Bambú	El Ayote
8	Erlinda Marenco Bravo	F		Nueva Luz	El Ayote
9	Felipe Oporta Sánchez	M		Nueva Luz	El Ayote
10	Angela Téllez	F		Cerro Grande	El Ayote
11	Indira León Morales	F		Nawawás	El Ayote
12	Gloria María Cienfuegos	F		El Jobo	El Ayote
13	German Mendoza M.	M	Beneficiario	Nueva Libertad	El Castillo – San Carlos
14	Elda Valdés Vallejos	F	Beneficiaria	Romerito	El Castillo – San Carlos
15	Guillermina Salazar	F	Beneficiaria	Boca Escalera	El Castillo – San Carlos
16	Guadalupe Reyes	M	Beneficiario	Romerito	El Castillo – San Carlos
17	Jahaira Ruíz	F	Beneficiaria	Nueva Quezada	El Castillo – San Carlos
18	Maritza ortega	F	Beneficiaria	Nueva Quezada	El Castillo – San Carlos
19	Juana Borgues	F	Beneficiaria	De Monico	El Castillo – San Carlos
20	Alba Castillo	F	Beneficiaria	Reni	El Castillo – San Carlos
21	María Salazar	F	Beneficiaria	Reni	El Castillo – San Carlos
22	Victoria Figueroa	F	Beneficiaria	Reni	El Castillo – San Carlos
23	Sebastiana Castillo	F	Beneficiaria	Reni	El Castillo – San Carlos
24	Cristina García O.	F	Partera	Nueva Libertad	Sábalos – Río San Juan
25	Urania González Sánchez	F	Brigadista	Romerito	Sábalos – Río San Juan
26	Eliseo Rivera González	M	Docente	Nueva Quezada	Sábalos – Río San Juan
27	Maryine Rosales Galeano	F	Brigadista	Monico	Sábalos – Río San Juan
28	Trinidad Rodríguez	M	Brigadista	Romerito	Sábalos – Río San Juan
29	Bernarda Urbina Rayo	F	Brigadista	Nueva Quezada	Sábalos – Río San Juan
30	Saturdina Lira	F	Partera	Bijagua	Sábalos – Río San Juan
31	Juana Tórrez Martínez	F	Brigadista	Boca Escalera	Sábalos – Río San Juan
32	Vilma del Carmen Téllez	F	Partera	Reni	Sábalos – Río San Juan
33	José Fernández	M	Líder	Fila Verde	Sábalos – Río San Juan
34	Frecia Maricela Sequeira Lira	F	Brigadista	Bijagua	Sábalos – Río San Juan
35	Petrona Silva	F	Partera	Maritza Q.	Sábalos – Río San Juan
36	Porfirio Rivera Alvarado	M	Brigadista	Los Canales	San Lucas – Madriz
37	María Hernández Vanegas	F	Brigadista	Los Canales	San Lucas – Madriz
38	Angelio Ruíz P.	M	Brigadista	Los Canales	San Lucas – Madriz

No.	Nombres y Apellidos	Género M/F	Cargo	Procedencia	Comunidad/ Municipio
39	Verónica Miranda Carazo	F	Brigadista	Los Canales	San Lucas – Madriz
40	María del Carmen Ramas	F	Brigadista	San Francisco	San Lucas – Madriz
41	Santos Asunción Ruíz P.	F	Brigadista	Moropoto	San Lucas – Madriz
42	Altagracia Pérez Mercado	F	Brigadista	Río Arriba	San Lucas – Madriz
43	María Concepción Pérez	F	Brigadista	Coyolito	San Lucas – Madriz
44	Dolores de Jesús Sánchez O.	F	Beneficiaria	Coyolito	San Lucas – Madriz
45	Fátima del Carmen Díaz Vanegas	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
46	Adilia E. Carazo	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
47	Gloria Francisca Díaz Espinoza	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
48	Yessica Esperanza Muñóz	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
49	Yohana Hernández Ruíz	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
50	Ana Graciela Maradiaga	F	Beneficiaria	San Francisco	San Lucas – Madriz
51	Vicenta Gutiérrez Maradiaga	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
52	Janeth Salgado López	F	Beneficiaria	Los Canales	San Lucas – Madriz
53	Julio Alberto Chávez Gaitán	M	Fiscal	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
54	Terencio López González	M	Presidente	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
55	Gabino Granado Díaz	M	vicepresidente	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
56	José Mauricio Obregón Gómez	M	Presidente	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
57	Gilberto Pérez Téllez	M	Profesor	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
58	Petrona Alvarez	F	Tesorera	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
59	Rosario Flores Castillo	F	Partera	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
60	Concepción Espinoza Crespo	F	Cocinera	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
61	Juliana Eloysa Rodríguez	F	Apoyo	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
62	Ercilia Sequeira	F	Apoyo	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
63	Boanerges Pérez Siles	M	Brigadista	Nuevo San Antonio	Nvo. San Antonio-RAAS
64	Héctor Catalino López	M	Beneficiario	El Porvenir	Siuna –La Cruz de Río Grande.
65	Luz Marina Chavarría J.	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
66	Erminia Jarquín Morales	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
67	Dominga Chavarría Jarquín	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
68	Fani Sequeira Ruìz	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
69	Reyna Benavidez M.	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.

No.	Nombres y Apellidos	Género M/F	Cargo	Procedencia	Comunidad/ Municipio
70	Helga Padilla	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
71	Simeón Chavarría	M	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
72	Sonia Cruz B.	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
73	Meylin Blandón B.	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
74	Cristina Hurtado G.	F	Beneficiario	El Porvenir	Siuna-La Cruz de Río Grande.
75	Lidieth del Rosario Gutiérrez	F	Beneficiaria	Buenos Aires	Dipilto – Nueva Segovia
76	Lidia Esther López Tórrez	F	Beneficiaria	Dipilto Nuevo	Dipilto – Nueva Segovia
77	Marisol Sánchez Ponce	F	Beneficiaria	Buenos Aires	Dipilto – Nueva Segovia
78	Santos Aurora Zamara López	F	Beneficiaria	Los Planos	Dipilto – Nueva Segovia
79	Olga Marina Valladares	F	Beneficiaria	Buenos Aires	Dipilto – Nueva Segovia
80	Lucía del Socorro Pérez	F	Docente	Dipilto Nuevo	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
81	Carmen Montoya Jiménez	F	Brigadista	Las Manos	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
82	Ceneyda Jamileth Barahona	F	Brigadista	El Horno	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
83	Lourdes del Rosario González	F	Brigadista	Buenos Aires	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
84	Sandra del Carmen Gómez P.	F	Brigadista	Los Planes	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
85	Gladys Gómez	F	Brigadista	Los Planes	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
86	Vilma Ordoñez S.	F	MINSA	Dipilto	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
87	Claudia López L.	F	MINSA	SILAIS NS	Buenos Aires. – Nueva Segovia.
88	Humberto Gutiérrez	M	Brigadista	Plan de Grama	Wiwilí – Jinotega
89	Elba Lidia Blandón C.	F	Brigadista	Aguas Rojas # 1	Wiwilí – Jinotega
90	Inés Antonia L.	F	Brigadista	Barro C.2.	Wiwilí – Jinotega
91	Julio Castellón Sevilla	M	Brigadista	San Luis del Faro	Wiwilí – Jinotega
92	Efraín Montoya Picado	M	Brigadista	Aguas Rojas	Wiwilí – Jinotega
93	Job Méndez M.	M	Brigadista	La Tigra	Wiwilí – Jinotega
94	Álvaro Suárez Quezada	M	Brigadista	La Cumplida	Wiwilí – Jinotega
95	Juan Gadea C.	M	Brigadista	La Cumplida	Wiwilí – Jinotega
96	Jamileth Olivas Espinoza	F	Brigadista	La Llorona abajo	Wiwilí – Jinotega
97	Francisco Rodríguez Rivera	M	Brigadista	Esp. Kilambes	Wiwilí – Jinotega
98	Martina García Martínez	F	Beneficiaria	Santa Rosa	Siuna – RAAN
99	Isabel Martínez Guillén	F	Beneficiaria	Aguas Rojas # 1	Siuna – RAAN
100	Basilia Santa Sánchez	F	Beneficiaria	Hormiguero	Siuna – RAAN
101	Shelda Obregón Martínez	F	Beneficiaria	Hormiguero	Siuna – RAAN
102	Yauli Andrade Soza	F	Beneficiaria	Waspuco Abajo	Siuna – RAAN

No.	Nombres y Apellidos	Género M/F	Cargo	Procedencia	Comunidad/ Municipio
103	Corina González Barrera	F	Beneficiaria	La Tigra	Siuna – RAAN
104	Guirmina Estrada Jiménez	F	Docente	Hormiguero	Siuna – RAAN
105	Wilmer Darien Pérez Soza	M	Voluntario	Waspuco Abajo	Siuna – RAAN
106	Fátima Patricia Soza Flores	F	Voluntaria	Waspuco Abajo	Siuna – RAAN
107	Yessenia del Carmen Martínez Picado	F	Docente	Santa Rosa	Siuna – RAAN
108	Egdomilia Picado Soza	F	Líder-Partera	Santa Rosa	Siuna – RAAN
109	Jesús Rodríguez Cano	M	Líder Com.	El Torno	Siuna – RAAN

c. Entrevistas a Profundidad

No.	Nombre	Cargo
1	Lic. Lilliam Rivera	Directora General Cooperación Externa del MINSA
2	Dr. Carlos Cuadra	Funcionario DGECA
3	Dr. Carlos Sáenz	Director General DGVS –MINSA
4	Dr. Luis Huete	Responsable Vigilancia Epidemiológica. Delegado por Director SILAIS Nueva Segovia
5	Dr. Eduardo Canales	Director SILAIS Jinotega
6	Dr. Zamir Aguilar	SILAIS Chontales
7	Dra. Marianela Corriols	AOTR – USAID
8	Dra. Josefina Bonilla	Directora NICASALUD
9	Dra. Adelina Barrera	Coordinadora de FamiSalud
10	Dr. Charles Wallace	Ex –Director FamiSalud Fase I
11	Dra. Carolina Aráuz	Coordinadora DELIVER
12	Dr. Edgard Narváez	DAIA – UNFPA
13	Dr. Oscar Núñez	Director PREVENSIDA – HCI
14	Dr. Raúl Rivera	BID

Annex 6. Listado de municipios beneficiados

No.	Department	Municipalities	Interventions	
			DIRECTLY assisted by NGOs at the community level	DIRECTLY assisted by MINSA staff and other stakeholders
1	Nueva Segovia	Murra		X
2	Nueva Segovia	Wiwilí de N.S.		X
3	Nueva Segovia	Quilalí		X
4	Nueva Segovia	Jalapa	X	
5	Nueva Segovia	Ciudad Antigua		X
6	Nueva Segovia	Macuelizo		X
7	Nueva Segovia	Santa María		X
8	Nueva Segovia	Mozonte	X	
9	Nueva Segovia	El Jícaro	X	
10	Nueva Segovia	San Fernando		X
11	Nueva Segovia	Dipílto	X	
12	Nueva Segovia	Ocotal		X
13	Jinotega	San José de Bocay	X	
14	Jinotega	Wiwilí (Jinotega)	X	
15	Jinotega	Cuá-Bocay	X	
16	Jinotega	Santa María de Pantasma	X	
17	Jinotega	Jinotega	X	
18	Jinotega	San Sebastián de Yalí		X
19	Jinotega	San Rafael del Norte		X
20	Jinotega	La Concordia		X
21	Madríz	San José de Cusmapa		X
22	Madríz	Totogalpa	X	
23	Madríz	San Juan Río Coco	X	
24	Madríz	Telpaneca	X	
25	Madríz	San Lucas	X	
26	Madríz	Las Sabanas	X	
27	Madríz	Somoto	X	
28	Madríz	Yalagüina		X
29	Madríz	Palacagüina		X
30	Matagalpa	Tuma-La Dalia	X	
31	Matagalpa	San Dionisio		X
32	Matagalpa	Rancho Grande	X	
33	Matagalpa	San Ramón	X	
34	Matagalpa	Matiguás		X
35	Matagalpa	Río Blanco		X
36	Matagalpa	Muy Muy		X
37	Matagalpa	Terrabona	X	
38	Matagalpa	Esquipulas		X
39	Matagalpa	Matagalpa		X
40	Matagalpa	Ciudad Darío	X	
41	Matagalpa	Sébaco	X	
42	Matagalpa	San Isidro		X
43	Matagalpa	Waslala*		X
44	Matagalpa	Mulukukú*	X	
45	Matagalpa	Paiwás**		X
46	Chontales	Santo Domingo	X	
47	Chontales	El Coral		X
48	Chontales	La Libertad		X

No.	Department	Municipalities	Interventions	
			DIRECTLY assisted by NGOs at the community level	DIRECTLY assisted by MINSA staff and other stakeholders
49	Chontales	Comalapa		X
50	Chontales	Villa Sandino		X
51	Chontales	San Francisco de Cuapa		X
52	Chontales	Acoyapa		X
53	Chontales	Santo Tomás		X
54	Chontales	San Pedro de Lóvago		X
55	Chontales	Juigalpa		X
56	Chontales	El Ayote**	X	
57	Chontales	El Rama**	X	
58	Chontales	Nueva Guinea**	X	
59	Chontales	Muelle de los Bueyes**	X	
60	Río San Juan	El Castillo	X	
61	Río San Juan	San Juan del Norte		X
62	Río San Juan	El Almendro	X	
63	Río San Juan	San Miguelito	X	
64	Río San Juan	San Carlos	X	
65	Río San Juan	Morrito	X	
66	RAAN	Prinzapolka		X
67	RAAN	Rosita	X	
68	RAAN	Siuna	X	
69	RAAN	Bonanza	X	
70	RAAN	Waspam	X	
71	RAAN	Puerto Cabezas		X
72	RAAS	El Tortuguero	X	
73	RAAS	Desembocadura de Río Grande		X
74	RAAS	La Cruz de Río Grande	X	
75	RAAS	Kukrahill		X
76	RAAS	Laguna de Perlas		X
77	RAAS	Bluefields		X
78	RAAS	Corn Island		X
		Total	38	40

Fuente *Plan de Monitoreo y Evaluación*
Familias Unidas por su Salud/ USAID
Fase II

Annex 7. Marco conceptual de la investigación

Annex 8. Resultados entrevistas a profundidad

(Managua Nicaragua; Noviembre y Noviembre de 2011).

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas con el fin de obtener una visión estratégica de la ejecución del proyecto, tanto de autoridades nacionales, como departamentales del MINSA, de directores de proyectos de USAID (incluyendo Fase I y Fase II de FamiSalud) y la misión, dirección de NicaSalud y de representantes de otras agencias de cooperación, ejecutoras de proyectos similares en el sector salud, tales como UNFPA y BID; responde a las siete primeras preguntas del estudio enumeradas de Q1 a Q7.

Q1. Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en el Sistema de Salud de Nicaragua con respecto a la aplicación de cada una de las estrategias de la comunidad que el proyecto está apoyando ahora y en la primera fase del proyecto.

FORTALEZAS:

- La principal fortaleza es que el sistema tiene la red voluntaria, que las estrategias comunitarias todavía existan en Nicaragua. Y ahora contar con el gabinete del Poder Ciudadano.
- El MOSAFC es ideal y una gran FORTALEZA y encierra prácticamente la atención extra muros, en salud. Antes del MOSAFC, las estrategias comunitarias eran siempre verticales, pero a nivel local no se estaban integrando entonces. El MOSAFC vuelve horizontal la salud y hace que sean mandatorios los 2 pilares de la promoción de la salud que son la participación de la gente y el enfoque multisectorial y es a partir de esto, donde empieza todo el refuerzo mutuo entre las diferentes estrategias. Lo bueno del MOSAFC es que permite que las estrategias de extensión de cobertura vayan hacia los más vulnerables a través de las brigadas de atención y permita el acceso a la salud de todas y todos los Nicaragüenses.
- Que el MINSA defina las agendas y las políticas y haya iniciado la armonización de la cooperación y además creado un comité para la Disponibilidad de Insumos Asegurados de Anticonceptivos (DAIA).
- Las estrategias comunitarias son oportunidades en sí mismas, porque ellas se crearon porque habían esas dificultades (caminos, distancias) para poder hacerle llegar la salud a la población.
- Ha sido, saber aprovechar los programas que tiene FamiSalud y fortalecer otros programas que tenemos como ministerio de salud, por ejemplo la vacunación.
- Los voluntarios son valiosos y acercan el servicio hasta las comunidades. Están capacitados, tienen materiales educativos, tienen las herramientas de trabajo y la visita del personal del MINSA, para ellos, es súper valiosa, aunque sea una vez al año.
- Otra fortaleza son los análisis de mortalidad impulsados en este gobierno, que te dice dónde está el problema y que te va orientando y focalizando un poco más en la población.

DEBILIDADES:

- La misma red comunitaria es también una debilidad, porque se convierte en un riesgo para la sostenibilidad. La conexión de esa red al propio sistema de salud, al recurso humano de salud

o sea la conexión con la unidad de salud, todavía está muy frágil y no da el salto que el MOSAFC viene hablando, aunque antes del MOSAFC eran como dos mundos. El MINSA debería crear un vínculo más sostenible con la comunidad. Una manera puede ser, introducir en la lógica del MOSAFC, la calidad, viabilidad y sostenibilidad. La elaboración de un único manual de salud comunitaria, podría ser un instrumento.

- Los brigadistas de salud en general son iguales unos con los otros en la comunidad, no hay una estructura comunitaria que debiera existir, como un coordinador dentro de la misma comunidad. Ese eslabón está aún débil.
- PROCOSAN es amplia, es diversa y te ataca varios problemas, pero no trabaja con el recién nacido. PROCOSAN desde su diseño tiene el defecto de no medir adecuadamente la desnutrición crónica (balanza, en vez de tallímetro), que es el principal problema de nutrición.
- Las estrategias están un poco descontextualizada (ECMAC creada en 2002-2003) y las perspectivas de salud y las condiciones del enfoque comunitario que tiene ahorita el Ministerio de Salud son un poco diferente. Las estrategias comunitarias no innovan bastante, la innovación en el proyecto está afuera de las estrategias. No hay estrategia para adolescentes.
- A pesar de que hay una decisión política del ministerio, que las estrategias son cruciales, no se ve que institucionalice, ni sistematice las buenas experiencias.
- Podría faltar un acercamiento más frecuente de los niveles intermedio y nacional. Como es trabajo comunitario, con más vínculos con los líderes, se puede quedar muy local y correr el riesgo de que se pierda el vínculo institucional.
- La alta rotación del personal de salud de servicio social, a nivel de SILAIS, a veces dificulta la continuidad de las estrategias y no se cuenta con un plan de capacitación para ellos.
- Hacer actividad paralela en otra comunidad y no aprovechar la que hace FS, para dar una atención más integral. O desaprovechar a brigadistas que saben vacunar, para la jornada de vacunación.
- Nos quedamos muy cortos en cobertura geográfica, atendemos menos de un 20% de las comunidades, dice alguien del MINSA.
- Hay municipios que son más susceptibles de recibir fondos externos de diferentes fuentes, que otros que también lo necesitan.
- Hace falta compartir la información de todo lo exitoso del proyecto dentro del Ministerio de Salud como una experiencia exitosa, dice alguien del MINSA.
- El plan de lo que desarrolla FamiSalud no está integrado al plan del SILAIS y sus municipios, como lo está a nivel del plan del municipio.
- No se tienen todavía las líneas generales de las funciones que podrían realizar los proyectos de apoyo, así como FamiSalud, en las estrategias ni se han definido las funciones que no puede dejar de ejecutar el MINSA. Se está aún estructurando un protocolo completo sobre ese funcionamiento.

- En general, hay una baja ejecución de los proyectos del MINSA y debían de haber incorporado más la interculturalidad. Sentimos que el MOSAFC se ha medicalizado y se ha asistencializado.
- Dado que habían muchos problemas de inconsistencias entre indicadores de proceso en los diferentes niveles (se realizaron auditorías de indicadores y de calidad de la atención) y se ha encontrado una debilidad en el sistema de información del MINSA, por lo que no se conoce el verdadero cumplimiento de los objetivos de las estrategias.

OPORTUNIDADES

- Una oportunidad del proyecto es el marco de políticas públicas de Nicaragua. Ya desde la constitución política, la política te da un marco para trabajar la universalidad, integralidad, los planes, las políticas de salud al 2015, los planes de salud al 2015, todo eso está armonizado con el plan nacional de desarrollo y están escogiendo los objetivos de desarrollo del milenio y para otros compromisos internacionales. Nicaragua tiene el mejor marco de políticas públicas que se pudiera tener.
- Las mujeres están mejorando su decisión de cuántos hijos quieren tener y eso se ve en el acceso a métodos. Las mujeres conocen más sobre sus derechos y piden más sobre sus derechos.

AMENAZAS:

- La única amenaza que ve la persona entrevistada al sistema de salud en Nicaragua es el déficit financiero, la brecha financiera. La gran debilidad – amenaza es externa. Al reducirse las donaciones externas, el país para compensar, está aumentando los préstamos.
- El analfabetismo de los voluntarios ha mejorado, la lectura la repasan, aunque a veces las parteras o las consejeras llevan a una secretaria porque la escritura es aún una dificultad, y sigue constituyendo una limitación para el registro de la información.
- Hay mucho desempleo de los voluntarios y tienen que ir a cortar café o a buscar trabajo a otros lados. Se tiene que capacitar un mayor número voluntarios para solventar ese problema y dar sostenibilidad social.
- Para la ejecución operativa del MINSA y para la comunicación entre los brigadistas y las unidades de salud, se tienen vías de acceso muy difíciles, viejo parque vehicular y faltan medios de comunicación
- Una amenaza puede estar relacionada, aunque no tenemos realmente un dato contundente para aseverarlo así, al hecho de que se depende mucho de la voluntariedad de las personas, que quieren participar en el trabajo comunitario. Sin duda que se necesita un espíritu solidario, un espíritu de compañerismo, se necesita de amor, se necesita de algo que va más allá de cumplir algo que sólo va a beneficiar a la persona misma.

Q2. Contribuciones del proyecto FamiSalud a la exitosa implementación de cada una de las estrategias de salud de la comunidad que ha apoyado durante los últimos cinco años.

- Desde el diseño de la Fase II, se hizo un gran cambio en el enfoque. Todas las estrategias están en un solo paquete, como una sola entidad, en todos los sitios. La misión de la USAID elaboró una extensión que asumía ese cambio de modelo (al MOSAFC) y se reorientó a reducirse y concentrarse en 8 SILAIS, así como la promoción de la cooperación a nivel de SILAIS porque antes sólo existía el trabajo que hacían directamente las ONG. La USAID comenzó a hacer la reingeniería del proyecto a raíz del cambio de gobierno y eligió ayudarle a implementar el MOSAF con 3 niveles de apoyo.
- Estamos mejorando calidad y viabilidad, como parte de ese plan de sostenibilidad. El proyecto se ha metido de lleno al MOSAFC y aprovecha la mayor fortaleza que el sistema tiene, en el sentido de que la población que quiere beneficiar es la de menos acceso.
- FamiSalud y otras ONG de NicaSalud han custodiado las estrategias, con este proyecto y otros proyectos que tienen también estos objetivos. Por ejemplo en supervivencia infantil, en un momento se desapareció todo lo que era nutrición, en la comunidad que era donde estaba concentrada PROCOSAN y nadie lo manejaba. Entonces lo que se hizo, fue empujar a que los niños fueran a las unidades de salud y eso mejoró el acceso. FS funciona como el acompañamiento de la comunidad y como la intermediación de la relación de ésta con el MINSA, nosotros nos definimos como facilitadores.
- NicaSalud viene sensibilizando a los sectores y a los medios de comunicación, que no son salud, porque la sostenibilidad de estas estrategias se ve no sólo sostenidas por el MINSA, es necesario que haya una estructura que las sostenga, allí en la localidad. Esto se impulsará con FamiSalud 3.
- El acercamiento con la misma comunidad y con los funcionarios a nivel de las unidades de salud, ha venido generando ese interactuar entre el nivel institucional y el nivel comunitario y va generando algún nivel de institucionalidad.
- FamiSalud ha apoyado en temas sensibles al MINSA, donde éste todavía tienen déficit y brecha. En estos municipios donde han intervenido ayudan en dos aspectos: uno en la promoción de las estrategias que ya tiene el ministerio de salud y dos en el fortalecimiento de las mismas. En este proceso, el beneficio ha llegado a empoderar a la comunidad.
- El mayor aporte que ha tenido FamiSalud en los últimos 3 años ha sido a nivel local con los consejeros comunitarios, los líderes de salud, las parteras en las 800 comunidades que ejecutan las 3 estrategias con algún gradiente de implementación. Eso es innegablemente fuerte. Las capacidades de las ONG también se fortalecen como un objetivo implícito.
- Diseño de una metodología de alfabetización sanitaria (una cartilla pedagógicamente autodidacta de salud sexual reproductiva), destinada a aquellas personas, mujeres principalmente, que recibieron la alfabetización de adultos (CON VOS) y no lograron mejorar sus habilidades de escritura, para que puedan aprender a leer con ese valor agregado de SR.

- Se realiza en reuniones comunitarias, un pequeño plan un análisis reflexivo, para devolverles toda la información de las estrategias, entonces los miembros de la comunidad comentan, se involucran en lo que concierne las causas y las soluciones.
- FamiSalud ha contribuido mucho a que los comunitarios reconozcan los factores de riesgo en las mujeres.
- La elaboración de la cartilla de vigilancia comunitaria en salud ambiental, donde apoyaron en el diseño, la discusión técnica, la reproducción y la capacitación a los facilitadores en los 8 SILAIS.
- La elaboración de diagnósticos comunitarios, en los municipios donde FamiSalud tiene incidencias.
- Se elaboró en la evaluación del final de la Fase I, un formato para la Fase III, de graduación de comunidades, con sus debidas etapas y se hará una guía que permita que ese plan se implemente, para hacer un plan de sostenibilidad con los proyectos.
- Con la articulación de la DAIA, se pueden hacer observaciones sobre las acciones para retroalimentar la norma en la siguiente edición.
- Ha contribuido a introducir innovaciones, desde su inicio, como la primera dosis de antibiótico a nivel comunitario y la estrategia de las abuelas.
- El principal logro que reconocen algunos funcionarios de un SILAIS es que tienen una tendencia a la reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil, aunque sabe que son indicadores que no se pueden modificar de un momento a otro, sin embargo ven esa clara tendencia.
- Del 2006 para acá la reducción de la brecha U-R, se ha debido a ECMAC. El proyecto lo que ha hecho es facilitar su acceso en los sitios rurales y sobre todo, en aquellos donde hay más debilidades de acceso geográfico, la implementación de la estrategia.

Q3. Contribuciones a los objetivos de USAID / Nicaragua, al Resultado Intermedio 3.3, "Mejorar la Gestión de Salud Infantil y Salud Reproductiva" bajo el objetivo estratégico 3, "Personas más saludables y mejor educadas.

- FamiSalud surge como una iniciativa basada en el programa del país de la USAID con Nicaragua y desde su nacimiento (2006), el proyecto se inserta dentro de la construcción del MAIS por lo tanto incorpora dentro de él, las prioridades que tenía establecidas el MINSA.
- Este proyecto está dando un aporte al objetivo de la USAID, porque nosotros nos hemos metido de lleno al MOSAFC, que enfoca esto en prioridad. En los 8 SILAIS del país donde ha estado presente FamiSalud, ha fortalecido la salud comunitaria. Decir cuál es el peso de la contribución es algo difícil.
- El resultado intermedio 3.3 ha mejorado en general y esta evidenciado en el informe final, específicamente en la parte gerencial de las estrategias, en tener ordenada la información en el municipio y el puesto de salud y que ésta se utilice y se analice para la toma de decisiones, para el control de los niños.
- El proyecto ha venido transfiriendo capacidades.
- Personal de salud y los líderes comunitarios han asumido el plan parto.

- Algunos funcionarios de un SILAIS observan que hay una tendencia a la reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil, aunque saben que son indicadores que no se pueden modificar de un momento a otro, sin embargo ven esa clara tendencia.

Q4. Contribuciones de los enfoques del proyecto FamiSalud y los resultados a la consecución de cada uno de los objetivos durante la Fase I y Fase II del proyecto.

- Nos hemos metido de lleno en el MOSAFC, sobre el cual está diseñado el proyecto para los objetivos de FS. Éste ha logrado que todas estas estrategias estén más vinculadas con la parte de servicios de salud.
- Nuestra responsabilidad era fortalecer la estructura comunitaria en los hogares enseñándoles a través de los brigadistas, obviamente nosotros teníamos que registrar la producción y medir cumplimiento de metas.
- La captación temprana de puérperas se ha dado, pero no se sabe cuánto de eso ha sido el aporte de ésta en la reducción de la mortalidad perinatal, probablemente sea importante, pero no lo sabemos.
- Se ha fortalecido la administración de FS, integrada a NS, con las modificaciones introducidas en el organigrama funcional.

PARA LA PRIMERA FASE:

- La coordinación con los otros proyectos USAID fue óptima, principalmente con PRONICAS, pero también con DELIVER, HCI, PATH, etc., para el trabajo con la red. Sin el apoyo de PRONICAS, hubiera sido muy difícil el desarrollo del proyecto.

Q5. Logros significativos de FamiSalud, tanto planificadas y no planificadas.

<u>CONCEPTUALIZACIÓN</u>

- Una de los importantes éxitos es el diseño de FamiSalud.
- Están insertados en el MOSAFC porque quieren contribuir a su fortalecimiento, porque se han dado cuenta de que el modelo es válido.

<u>CONTROL DE GESTION</u>

- El equipo ejecutivo de FS maneja muy bien las estrategias, de manera integral.
- Se dispone de todos los materiales educativos y promocionales.
- Contratación de un director financiero a partir de este año, lo que puso más en coordinación con el área de adquisiciones de NICASALUD.

<u>COORDINACION</u>

- La coordinación de FS y NS con directores de SILAIS, como estaban acostumbrados, para estar inmerso en el sistema y no en un sistema paralelo.
- En los lugares donde ha habido dificultades de abastecimiento, ha habido información oportuna porque FamiSalud la reporta y otros proyectos hacen el contacto con el nivel central del Ministerio de Salud y el nivel central le da seguimiento y solución.

- Ha habido respeto a la autoridad del MINSA, en el sentido de solicitar autorizaciones a cada una de las intervenciones que están desarrollando.

EFECTOS

- La generación de algún nivel de institucionalidad. Empoderamiento de la población de su salud. Las parteras más integradas al sistema de salud y al quehacer de las U/S.
- Estar cumpliendo con los objetivo de las estrategias: mejor crecimiento ponderal de los niños, mejor información a las madres sobre cómo deben de nutrir a sus niños con los alimentos que ellos tienen y abastecimiento de AC de parte del promotor de salud, capacitación a comunitarios (brigadistas y parteras).

LOGROS EN EL TERRENO

- Que los voluntarios busquen los métodos de planificación familiar, los lleven a la comunidad, aseguren que se distribuyan y además en el caso de los de ECMAC, inyecten. Capacitados en todas las técnicas de asepsia y en cómo se debe administrar el resto de los anticonceptivos orales, por el personal de salud.
- Lograr que los niños se pesen 8 veces al año, en comunidades de muy difícil acceso, es un éxito.
- El trabajo con los actores comunitarios. Lo que la gente aprendió es lo que va a quedar al final.
- El material producido se entrega a los voluntarios, así como mochilas para guardarlo.

Q6. Dificultades más importantes que enfrentó el proyecto FamiSalud

A NIVEL GERENCIAL

- El proyecto tiene un sistema de información débil, con consecuencias técnicas y administrativas. Y no está siempre disponible.
- No se tiene indicador para medir coordinación y sostenibilidad.
- También lo es la complejidad y dispersión del trabajo versus los recursos disponibles.
- La organización del proyecto, todavía no parece muy funcional, a pesar de que ha mejorado mucho de la primera a la segunda etapa. Hay algunos cargos que están un poco sobrecargados de trabajo y hay vacío de funciones que tienen influencia en desempeño técnico. Cambios en gerencia, durante 2010 y 2011, causaron algunas dificultades de procedimientos.
- Una dificultad de diseño fue que se debió diseñar un proyecto con un fuerte componente de fortalecimiento institucional, por el nivel de desarrollo de las organizaciones de NicaSalud.
- Hay gerencia inadecuada.
- La producción de cada material pasa un proceso muy largo.
- El manejo del español escrito entre el personal, en general, es insuficiente y la institución no tiene un plan de capacitación.
- La falta de cumplimiento a lo que se acuerda en los planes de trabajo anual (material producido) y a las recomendaciones de la misión.

- La coordinación a nivel de SILAIS y a nivel nacional, ha sido insuficiente.
- En los SILAIS se reconoce a la ONG pero no se conoce a USAID.
- No hubo una estrategia clara de cómo promover la equidad de género.
- Falta también una estrategia de comunicación que tiene que hacer algo más dirigido, más validado, más consensuado con el MINSA, sacan cosas que ellos no han autorizado.
- Hay mucho desorden en las funciones que se comparten con los otros proyectos, entonces eso no hace que el modelo sea muy eficiente y no se vincula lo técnico con lo financiero.
- No hay una buena coordinación con las ONG.
- Tienen mucho desorden en el M&E.
- Necesita divulgar lo que hizo FS. Debe sistematizar y documentar las comunidades que han logrado tener éxito y cuáles fueron las condiciones existentes y cuáles serían las buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Faltó más estructuración para VIH.
- Hay duplicidad de acciones por lo que se incurre en un gasto que puede tener un mejor uso.
- Globalmente el monitoreo y la evaluación realizada por FS funciona, pero se hallan limitaciones, cuando se hace el análisis en detalle de cada uno de los procesos, en función de saber su efectividad y hasta donde la contraparte del ministerio, lo ha permitido.
- Siguen a veces actuando con una lógica, que tenían múltiples organismos, proyectos, programas, etc., que venían funcionando en el otro modelo y se sustituían a la acción y mandato del gobierno.

A NIVEL DEL TERRENO

- Fortalecimiento desigual del modelo en algunos municipios, en algunos aspectos, por ejemplo, la capacitación a los recursos de salud.
- No todos los SILAIS cuentan con un plan de capacitaciones sobre estas estrategias.
- A nivel del trabajo de campo, es muy limitada la consejería, se requiere mucho tiempo para que la persona adquiera la habilidad, que se quiere transmitir.
- Nos encerramos (MINSA y FS) mucho con ciertos comunitarios y no nos ampliamos más, por el temor de capacitar a un nuevo comunitario.
- Se coordina en el nivel municipal pero a veces como SILAIS nosotros desconocemos, lo que hacen. Todavía hay que engazarlos más.

Q7. Eficacia de la coordinación con el MINSA, otros actores clave y otros proyectos de USAID para lograr sus objetivos.

- Hay una sinergia con el MINSA, porque éste promueve el parto institucional y el proyecto empuja hacia él.
- Coordinación en la emergencia del Félix, con UNICEF y con empresa privada, además de instituciones gubernamentales.
- La semilla de aprender a hacer alianzas surgió en FamiSalud 2.
- Se están estableciendo coordinaciones con organizaciones (Cruz Roja, UNICEF, FAO) y también con empresas privadas, para incorporar en la nutrición cierto tipo de alimentos que

ellos producen y que son convenientes (bebida nutritiva de Café soluble, comisión de huevo con avicultores), lo que obligatoriamente antes, mandan a valorar nutricionalmente al INCAP. También para fomentar la sostenibilidad, en las comunidades rurales y en los hospitales.

- NicaSalud viene promoviendo la sostenibilidad de estas estrategias en los sectores que no son salud, quienes están allí en la localidad y por esto se incorporará en FamiSalud 3.
- Con el MINSA, no se han aprovechado al máximo los espacios de coordinación.
- Las coordinaciones con las 80 casas maternas, se hicieron por la vía de los supervisores y por la coordinación general. No las hacen las ONG, como previsto.
- Débil a nivel de la coordinación que le corresponde al jefe de proyecto y a los supervisores de territorio y a nivel nacional está desarticulada.
- La coordinación ha sido muy buena y en los territorios. Con los SILAIS no hay ningún problema, ellos están satisfechos con el trabajo que ha desarrollado FamiSalud.
- A nivel municipal la coordinación ha sido mucho mejor, según MINSA.
- Ha sido un proceso de altos y bajos con SILAIS Chontales. No facilita la coordinación que las oficinas centrales del proyecto para el departamento, estén en Santo Tomas. A nivel de municipio si se están coordinando.
- Coordinación y disponibilidad entre FamiSalud y HCI, para intercambio tanto de información de situaciones que debían mejorar que eran detectadas por FamiSalud para que HCI pudiera hacerlas desde su campo de influencia y viceversa. Aunque no se llegó a tener una coordinación efectiva en el campo.
- Con DELIVER, trabajaron en un plan coordinado (que ha sido parte del mandato de la misión), de 2 maneras, una de ellas es a través del comité DAIA que es parte de nuestros términos de referencia a nuestro plan de trabajo apoyar al ministerio. También con el desarrollo de la ECMAC en el SILAIS.

<u>EN LA PRIMERA FASE:</u>

- Mucho respaldo y coordinación con los SILAIS.
- La coordinación con los otros proyectos USAID fue óptima, principalmente con PRONICAS, pero también con DELIVER, HCI, PATH, etc. Sin el apoyo de PRONICAS, hubiera sido muy difícil todo.
- También hubo un inicio de coordinación con la empresa privada, con la Asociación del Huevo en particular, con unos propietarios de granjas avícolas.

Se incorporaron dos preguntas sobre las prácticas de género que se observaron durante la ejecución del proyecto, que se integrarán en el informe final, en el objetivo específico que corresponda. En ambas preguntas se constató que el proyecto no llevaba registros sobre la información con enfoque de género. Sin embargo, la primera de éstas que es la influencia de los roles y estatus de hombres y mujeres en la ejecución del proyecto, obtuvo respuesta de 4 entrevistados.

Enfoque de género 1: Los diferentes roles y estatus de hombres y mujeres encontrados en la comunidad que afectaron la ejecución del proyecto:

- Se considera que el hecho de tener a Brigadistas de ambos sexos con el ECMAC, constituyó una relativa dificultad que no sabemos cuánto pudo afectar.
- Las mujeres dicen que sus maridos se molestan porque están mucho tiempo fuera de la casa y las parteras, tienen dificultades en sus hogares, porque a veces tienen que salir de noche.
- Hay más mujeres en la mayoría de las comunidades, aunque hay muchos varones involucrados, pero ellos dicen, que tienen que dejar de hacer su trabajo.
- Tenemos un alto porcentaje de comunitarios que son hombres pero lo que es la salud familiar, es en la mujer que recae, a pesar de nuestro esfuerzo.
- Desgraciadamente todavía hacer que el hombre use condón, sigue siendo una limitante importante

Enfoque de género 2: Aproximación a los efectos en los roles de hombres y mujeres.

RESPUESTAS POSITIVAS

- Se tienen algunas innovaciones, en varios municipios de Matagalpa, en varios lugares específicos, como pilotaje se hicieron talleres donde se enseñó a cambiar pañales a los campesinos y en esos lugares, el hombre ya chinea al bebe desde recién nacido, asiste a la unidad de salud acompañado y hasta tienen una camiseta especial.
- Las estrategias les han permitido a los hombres disponer de más información respecto a los beneficios que se tiene el involucrarse en la problemática de salud de sus comunidades y eso de alguna manera los ha comprometido y se ha traducido en hechos, en actitudes y en acciones distintas de parte de hombres y de mujeres. Por ejemplo en el tema de diarrea, los voluntarios saben de rehidratación oral, lo mismo cuando ven a una mujer que está con un sangrado y que hay que sacarla, entonces ellos ven el beneficio tangible. Tener algunos insumos les permite actuar.
- Se ha sentido un cambio, en algunas partes, por ejemplo en Waspán donde es bien fuerte el machismo, pero hay bastantes hombres involucrados.
- Hombres acompañan más a Mujeres al CPN.
- Menos VIH.
- Sola o acompañada, la mujer está aportando al sustento del hogar y se está haciendo cambio de comportamiento.
- La mujer está mejorando su decisión de cuántos hijos quiere tener y eso se ve en el acceso a métodos. Las mujeres conocen más sobre sus derechos y tienen mayores demandas.
- A las consultas de PROCOSAN y AIEPI, en muchas ocasiones no solamente va el niño con la mamá sino que también el niño es acompañado por el papá. Esos espacios son aprovechados para dar charlas.

RESPUESTAS NEGATIVAS

- No hubo una estrategia clara para promover la equidad de género, se hace algo, en el sentido que trabajamos con las mujeres, las niñas, los adolescentes, pero todo el tema de masculinidad debió de haber sido trabajado más intensamente.
- NicaSalud tiene que tener una política explicita de cómo promueve género y una estrategia de cómo lo incorpora a las estrategias, no lo ha hecho con FS.

FUNCIONARIOS DEL MINSA

- Respuestas Positivas:
  - FS ha trabajado mucho en género. Han creado grupos de hombres contra la violencia y la planificación familiar, se promueve no sólo para la mujer sino también para el hombre.
  - Han promovido el enfoque de género, no sólo a los beneficiarios sino a la funcionaria(o), al que dan otra concepción del mundo de las relaciones entre los hombres y las mujeres y les crean consciencia de que esto en la práctica profesional y en las actividades cotidianas, en las prácticas de vida y en las prácticas de salud se tiene que mejorar, tal como me lo decía un médico, agregando que eso no lo aprendió en la facultad. FamiSalud ha contribuido muchísimo, hay un aporte significativo, pero no todo el mundo lo percibe de esa manera, en esa magnitud y con esa sencillez, con la que eso está generando cambios.
  - Va paso a paso, pero hay adelantos, hay brigadistas varones capacitados en ECMAC (generalmente para el ECMAC se espera que sea una mujer porque va a aplicar también inyectables), una mujer es referida a un examen ginecológico por un colaborador varón voluntario.
  - En PROCOSAN sabemos que son tres, entonces a veces están combinados varones y mujeres.
  - En las mujeres es más evidente que si afecta el cambio de comportamiento, dado que hay siempre un mayor porcentaje del personal voluntario femenino a nivel comunitario, pero el hecho de que una mujer esté cada día recibiendo más información, más conocimiento, sin duda que eso le da un elemento de cambio de comportamiento y de mentalidad para enfrentar situaciones de violencia intrafamiliar. Se nota que se siente que tiene más voz y que es capaz de desenvolverse con más soltura a la hora de abordar cualquier situación, no sólo del hogar si no de su misma comunidad, se desarrolla más liderazgo en ella. La comunidad cuando se organiza elige a una mujer.
- No Muy Positivas:
  - No tenemos forma de saber si hay algún cambio de comportamiento en los hombres, aunque con la política de gratuidad en los servicios de salud se ha incrementado la afluencia de varones en busca de servicios de salud.
  - Ha habido un efecto en los hombres y en las mujeres al que FamiSalud ha contribuido, pero todavía es un poco débil, necesita sentirse un poco más. Se habla de paternidad responsable, de equidad de género, de oportunidad y equidad en oportunidades, etc., pero todavía falta fortalecer a nivel local.

CONSIDERACIONES SOBRE DETERMINANTES DE SALUD

- El diseño de FamiSalud es el diseño que la misión de USAID quería para su estrategia comunitaria, en la Fase II, en función del nuevo modelo introducido por el nuevo gobierno.
- El problema de Nicaragua es financiero, que es un problema estructural, el INSS tiene problemas porque hay falta de cumplimiento y que el gobierno no ha sido enérgico en exigir a los empleadores formales para que aseguren.
- Para que los países de CA se desarrollen económicamente hay que hacer 3 cosas: estado de derecho, educación y reforma fiscal. Entonces la debilidad financiera no es política.
- Si se está haciendo la referencia temprana de la puérpera y el RN, aunque no se esté midiendo y no se sepa cuál ha sido el impacto, creo que FamiSalud está contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.
- Nicaragua adquiere ya el 85% de sus anticonceptivos con una amplia canasta.
- Se invierta para que la familia pueda realmente ir reduciendo la brecha de pobreza pero también para ir reduciendo la desnutrición infantil en los niños, esto hace clic con PROCOSAN.

Annex 9. Resultados de tres sesiones de trabajo con la técnica TRIAGE: Ocotal, Nueva Segovia; Jinotega, Jinotega y Juigalpa Chontales

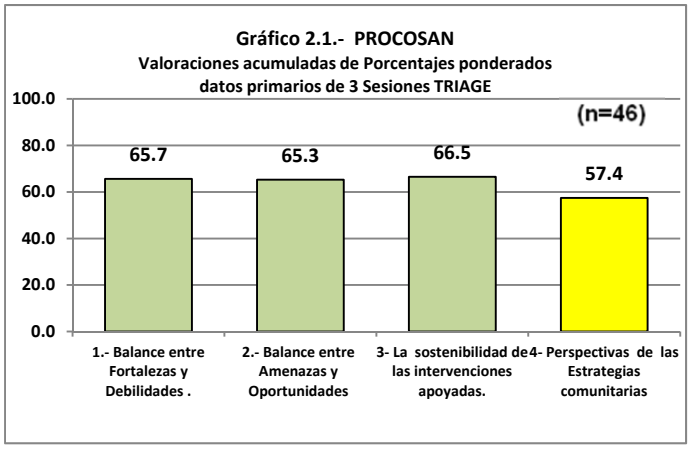
(Managua Nicaragua; Noviembre de 2011)

Técnica de Recolección de Información Por Animación de Grupos de Expertos

Se realizaron las 3 sesiones de trabajo con la técnica TRIAGE programadas en los SILAIS de Nueva Segovia, Jinotega y Chontales, consultando a un total de 48personas, (24 hombres y 24 mujeres) funcionarios (as), técnicos (as) del Ministerio de Salud y Técnicos (as) empleados (as) de FamiSalud/USAID que trabajan en coordinación, a nivel de esas localidades, para adelantar intervenciones con las estrategias comunitarias: PROCOSAN, ECMAC, Plan de Parto comunitario, AIPE-C, Salud Ambiental y HIV. Se utilizaron cuatro ejes de análisis ajustados a los requerimientos previamente establecidos; esto es, para evaluar el desempeño de FamiSalud en su conjunto, a través de consultas que respondieron individual y anónimamente esas personas como expertos (as)en sus ponderaciones y argumentaciones, esto es según sus propias experiencias acumuladas a través de sus propias prácticas profesionales, que los habilita para emitir juicios de valor en torno al desempeño de las estrategias comunitarias objetos de esta consulta.

2.1.- Con respecto al desempeño de la estrategia PROCOSAN, puede verse en la Gráfica 2.1 las acumulaciones de porcentajes ponderados con las opiniones de 46 participantes en las 3 sesiones TRIAGE, oscilan en un rango 65% a 67% de acumulaciones favorables en los balances entre Fortalezas-Debilidades, Oportunidades-Amenazas y Sostenibilidad de las acciones sanitarias promovidas y/o generadas a través de esta estrategia; se aparta de esa tendencia el eje Perspectivas (57%), en tanto los consultados mantiene una visión de mediano a largo plazos para poder "graduar" los alcances de esta estrategia, en esto llama la atención una aparente paradoja con el eje Sostenibilidad (67%), con el cual se esperaría mayor aproximación en tanto es el mismo fenómeno, pero visualizado desde otro ángulo.

Cualitativamente, sobre fortalezas-debilidades, oportunidades-amenazas, sostenibilidad y perspectivas las ponderaciones fueron vinculadas con argumentaciones intersubjetivas y opiniones (puntos de vistas) que se enumeran a continuación.



Puntos de vistas sobre el balance entre Fortalezas y Debilidades de PROCOSAN:

Favorables a muy Favorables.-Se reconoce que el programa apoya *"la disminución de muertes infantiles y la desnutrición igual que el aumento de la cobertura de inmunizaciones en los niños. La red comunitaria está entrenada y cuenta con materiales didácticos que son del agrado de las madres y de los niños, quienes asisten de manera continua a las sesiones de pesaje, las madres aprenden a estimular a sus bebés."*

Balanceados.-*"El material es caro y bastante escaso"*, pero observan que la gente *"lo maneja y conocen el objetivo del pesaje y lo saben realizar, orientan a las madres / tutoras. Ha disminuido*

el índice de desnutrición, pero no con un valor satisfactorio ya que implica el factor de la extrema pobreza, donde la alimentación no es muy completa. Se han implementado intervenciones para que las madres se interesen por el desarrollo y crecimiento de los niños."
Desfavorables a muy desfavorables.-"Aunque *existen personas capacitadas NO asisten regularmente a las sesiones de pesaje. En el acompañamiento dinámico el Promotor está solo y tiene que cubrir muchas comunidades. Falta de coordinación del Promotor con el MINSA y en especial con los programas comunitarios y el flujo de la información que se produce en las comunidades."*

Puntos de vistas sobre Oportunidades y Amenazas de PROCOSAN:
Favorables a muy Favorables.-"*Es una estrategia ya institucionalizada que se ha expandido a otras comunidades. La red comunitaria conoce de los niños que deben darles seguimiento para evitar casos de desnutrición o muertes infantiles. FamiSalud solo viene a reforzar una estrategia comunitaria del MINSA."*
Balanceados.-"*El material es costoso a menos que se adapte el contenido. La deserción de los brigadistas afecta el desarrollo de las sesiones de pesajes y desmotiva a las madres. Cuentan con apoyo logístico de las ONGs principalmente papelería y apoyo con monitorias. Coordinación con transporte para visitar las comunidades"*
Desfavorables a muy desfavorables.-"*Algunas madres no cumplen con las citas a las sesiones de pesaje en las comunidades. Muchas madres se han retirado porque no tienen ayuda del PMA. Mucha asignación de comunidades a los técnicos para su seguimiento. La deserción de líderes, el poco interés de las madres. Problemas económicos de los líderes."*

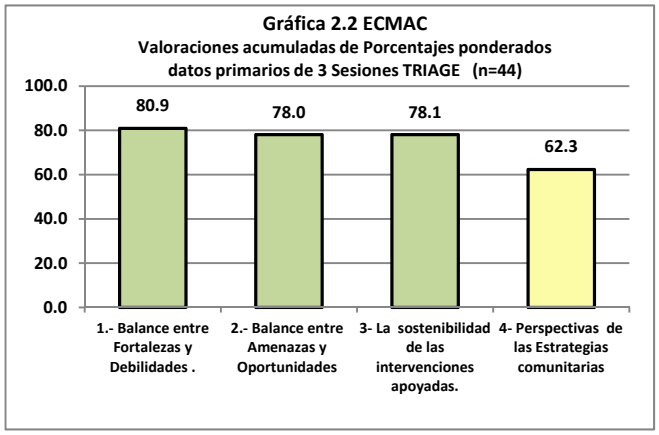
Puntos de vistas sobre la Sostenibilidad de PROCOSAN:
Favorables a muy Favorables.-"*Sostenibilidad garantizada por la base de técnicos y la institucionalización que les ayudó mucho así como los aspectos organizativos. Nuestros brigadistas están capacitados y cuentan con las herramientas (métodos) Solo sería tener el financiamiento para que la estrategia continúe."*
Balanceados.-"*Se requiere de recursos para el fortalecimiento del trabajo comunitario, de alguna manera (no cuantificado) lo están desarrollando los ESAFC (Equipos de salud de las familias y comunidades, contemplados en el MOSAFC). FamiSalud ha participado de forma continua en el seguimiento y apoyo en todos los aspectos en el ámbito de salud y educación a la población más vulnerable, apropiando al personal comunitario y del MINSA para darle el seguimiento a sus estrategias."*
Desfavorables a muy desfavorables.-"*Falta de acompañamiento. Desmotivación de los brigadistas. Falta empoderamiento de la estrategia por parte de los brigadistas. El peligro es que se quede sin brigadistas, por falta de presupuesto para capacitar a los nuevos contingentes de reemplazo."*

Puntos de vistas sobre las Perspectivas de PROCOSAN:
Favorables a muy Favorables.-"*Las redes comunitarias están bien organizadas y empoderadas con el PROCASAN. Esta estrategia ha cumplido ya que existe una organización comunitaria al igual que el personal de salud. Con FamiSalud se ha mejorado el seguimiento a los niños y se está obteniendo información con buenos resultados."*
Balanceados.-"*Existe mucha apropiación por las usuarias y consejeras. Se requiere no menos de 3 años ya que se deben reforzar en capacitaciones, mejorar las consejerías, para superar las*

dificultades y debilidades que actualmente se padecen. Se requiere fortalecer más los procesos de implementación."

Desfavorables a muy desfavorables.- *"Solicitan más seguimiento con el apoyo de organizaciones como FamiSalud. Permite mantener el monitoreo constante en la nutrición, vacunación y reducción de la mortalidad infantil. Que continúe con el programa en las comunidades de riesgo que van a persistir con los problemas nutricionales."*

2.2.- Con respecto al desempeño de la estrategia ECMAC, puede verse en la Gráfica 2.2 los porcentajes ponderados con las opiniones de 44 participantes en las 3 sesiones TRIAGE, oscilan en un rango 78% a 81% de acumulaciones favorables en los balances entre Fortalezas-Debilidades, Oportunidades-Amenazas y Sostenibilidad de las acciones sanitarias promovidas y/o generadas a través de esta estrategia; nuevamente se aparta de esa tendencia el eje Perspectivas (62%), en tanto los consultados mantiene una visión de mediano a largo plazos para poder "graduar" los alcances de esta estrategia, también acá llama la atención la paradoja aparente con el eje Sostenibilidad (78%), con el cual se esperaría mayor aproximación en tanto es el mismo fenómeno, visualizado desde otro ángulo. Las ponderaciones fueron vinculadas con los puntos de vistas que se enumeran a continuación:



Puntos de vistas sobre el balance entre Fortalezas y Debilidades de ECMAC:

Favorables a muy Favorables.-*"Tienen experiencia en SSR y muchos conocimientos, acuden a las consejerías. Reducción de los embarazos en adolescentes, además les apoyan a implementar esa estrategia en otras comunidades de sus municipios."*Red de consejeros capacitados con buena aceptación de los usuarios, facilitando el acceso a los métodos de planificación familiar con lo que se contribuye a la disminución de la mortalidad materna, perinatal e infantil.

Balanceados.-*"Se han evitado muertes maternas en los municipios beneficiados, principalmente aquellas mujeres de alto riesgo obstétrico, no hay seguimiento adecuado del MINSA pues no lo asume {absorción por el MOSAFEC}; brigadistas de salud capacitados, organizados y funcionando. MINSA abasteciendo métodos (de PF). Es barata y sencilla, por lo cual el consejero la maneja con facilidad. Disminuyen los embarazos entre las adolescentes y los no deseados."*

Desfavorables a muy desfavorables.- *"Falta disponibilidad de métodos para la PF, por ejemplo depoprovera que no la tuvieron alrededor de tres meses condicionando el incremento de embarazos. No está garantizada la papelería, se interrumpe el flujo de información. También observan dificultades con el manejo de los fondos de ahorro."*

Puntos de vistas sobre el balance entre Oportunidades y Amenazas de ECMAC:

Favorables a muy Favorables.-*"Existe voluntad política, se puede negociar con organismos para trabajar coordinadamente y la población demanda cada vez más acceso a la planificación familiar. MINSA ha mejorado su consejería y las usuarias de más lejanía obtienen sus métodos de PF, además es una oportunidad de mayor acercamiento con la red comunitaria."*

Balanceados.-*"Las niñas o mujeres adolescentes tienen una vida sexual activa a temprana edad, pero {con ECMAC} se reduce la frecuencia de los embarazos entre adolescentes, entregando*

métodos a las usuarias a medida que el MINSA da seguimiento a la entrega y los dote cada mes con estos insumos. No implementada en todas las comunidades por problemas de religión, secretos de parejas, desconfianza y otros aspectos culturales {estructurados} como la cultura machista."

Desfavorables a muy desfavorables.-*"Muchas mujeres se retiran con otras ofertas de servicios, ejemplo IXCHEN, en donde optan por PF, toma de Pap's y allí ven mejores oportunidades. Rumores de los usuarios que los promotores venden los MAC."*

Puntos de vistas sobre la Sostenibilidad de la ECMAC:

Favorables a muy Favorables.-*"Solo requiere voluntad y organización con seguimiento. Es muy sostenible porque se está llevando a cabo en la comunidad con esfuerzos intersectoriales, con FamiSalud, el MINSA y la misma comunidad. Principalmente por el seguimiento que se le está dando desde el MINSA."*

Balanceados.-*"Es un programa del MINSA y de la red comunitaria que mantienen buenas coberturas. No está garantizado el financiamiento de la papelería. La red está dispuesta a continuar, sobre todo si los métodos son facilitados a tiempo lo realizan sin ningún problema. Condicionada a los procesos de información y comunicación entre de los traslados y llenado de las formas."*

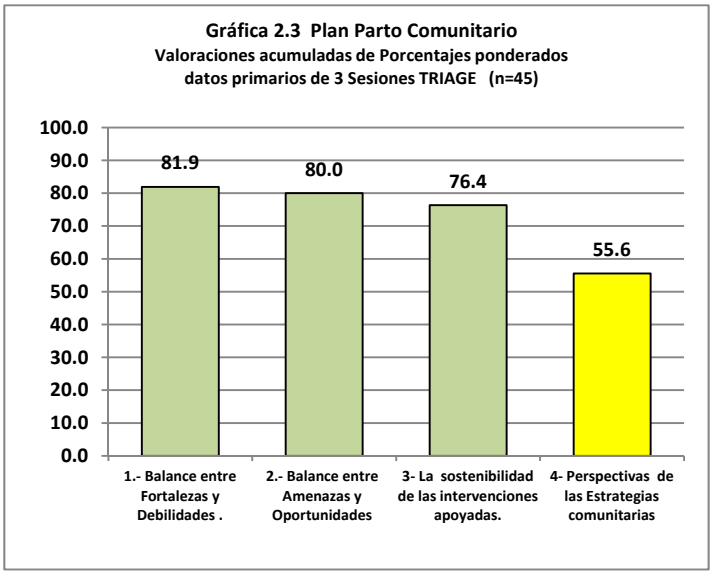
Puntos de vistas sobre las Perspectivas de la ECMAC:

Favorables a muy Favorables.-Como MINSA asumen que *"tienen y cuentan con métodos (anticonceptivos), solo faltaría capacitación en algunas comunidades. Se ha desarrollado y existe el fortalecimiento institucional y comunitario. Han cumplido con las metas gracias a la organización comunitaria."*

Balanceados.-*"Debería mantenerse al corto plazo para consolidar el nivel organizativo de la red de voluntarios en las comunidades. Para que en este tiempo se concientice más al líder comunitario. Porque esta es una de las estrategias que más se están necesitando para evitar la mortalidad materna y perinatal."*

Desfavorables a muy desfavorables.-*"Que se amplié por más de 5 años para evitar los embarazos precoces principalmente entre adolescentes. Los técnicos y los comunitarios se apoyan entre sí. Se debería mantener a largo plazo mientras persistan los problemas de acceso en muchas comunidades que están iniciando con esta estrategia."*

2.3.- Con respecto al desempeño de la estrategia Plan Parto, puede verse en la gráfica 2.3 los porcentajes ponderados con las opiniones de 45 participantes en las 3 sesiones TRIAGE, oscilan en un rango 76% a 82% de acumulaciones favorables en los balances entre Fortalezas-Debilidades, Oportunidades-Amenazas y Sostenibilidad de las acciones sanitarias promovidas y/o generadas a través de esta estrategia; Nuevamente se aparta de esa tendencia el eje



Perspectivas (56%), en tanto los consultados extienden a mediano y largo plazos el poder "graduar" los alcances de esta estrategia, también acá llama la atención la aparente paradoja con el eje Sostenibilidad (76%), con el cual se esperaría mayor aproximación dado que comparten el mismo horizonte temporal, similar a lo reportado con PROCOSAN y ECMAC.

Puntos de vistas sobre el balance Fortalezas y Debilidades del Plan Parto:

Favorables a muy Favorables.-"*El equipo conoce muy bien el terreno y cuenta con líderes en la comunidad. Censo de embarazadas actualizado. Buena comunicación con MINSA de parte de la red comunitaria. El personal ha sido capacitado en tiempo y forma. Presencia de red de traslado en las comunidades; Se han fortalecido {el papel de} las casas maternas que contribuyen con esta estrategia."*
Balanceados.-"*Mejora la asistencia al parto institucional. Disminución de la mortalidad materna. No se ha logrado capacitar en todas las comunidades. Alta rotación del personal. Control de la vigilancia de las embarazadas y sus resultados del plan parto. Poco apoyo técnico sobre el funcionamiento de la estrategia a nivel comunitario e institucional. Persisten las debilidades con el insuficiente equipamiento y el transporte de los brigadistas, no cuentan con camillas u otro medio de transporte."*
Desfavorables a muy desfavorables.-"*No está apropiada la estrategia y por ende poco apoyo de la comunidad. La recepción de la información no llega en las fechas fijadas. Se carece de muchos medios para garantizar el traslado de las embarazadas a pesar de que cuentan con unidades móviles."*

Puntos de vistas sobre el balance Oportunidades y Amenazas del Plan Parto:
Favorables a muy Favorables.-"*Existe voluntad política {asociado a la disminución de las muertes maternas}. Seguimiento oportuno del técnico de FamiSalud puede ayudar grandemente. Las capacitaciones en {el contexto /momento} de implementación de la estrategia y el subsecuente seguimiento. Está enfocada en disminuir los parto domiciliares como las complicaciones y el involucramiento de la red en conocer con lo que cuentan las usuarias al momento de darse el parto."*
Balanceados.-"*El trabajo es muy complejo y delicado. La oportunidad es darle más reforzamientos y conocimientos prácticos a los brigadistas. No hay un apoyo sistemático del técnico directo a las comunidades porque son muchas para ser atendidas por un solo recurso. Aunque cuentan con instrumentos para el registro de la información, los voluntarios con poco conocimientos, poco manejo del llenado del formato para envío de reportes a las unidades de salud."*
Desfavorables a muy desfavorables.-*"Persistencia de mitos y tabúes {bloquean las intervenciones previstas en esta estrategia} Por cultura de la población no hacen uso de las casas maternas, mucho menos de los hospitales para atender sus partos. Se exige seguimiento y dedicación, de lo contrario la estrategia se cae."*

Puntos de vistas sobre la Sostenibilidad del Plan Parto:
Favorables a muy Favorables.-"*Responde a una prioridad del MINSA y se dispone de recursos humanos que respaldan la continuidad de la estrategia {donde haga falta}. En esto se refleja la calidad de atención al parto institucional, ya que puede perder la vida, sin la debida atención, {porque} para el brigadista lo difícil es convencer. Comunidad organizada activa y buena*

participación ciudadana. Se ha implementado en todas las comunidades con la experiencia donde se implementó primero."

Balanceados.-"*El MINSA responde por el seguimiento y la evaluación. Se asume alguna sostenibilidad social por sus beneficios inmediatos, aunque conlleva algunas dificultades operativas. No están garantizados {recursos} material y seguimiento. Comunidades apropiadas. Acompañamiento permanente Existencia de apoyo económico, logístico y seguimiento. No está garantizado el financiamiento específicamente la papelería."*

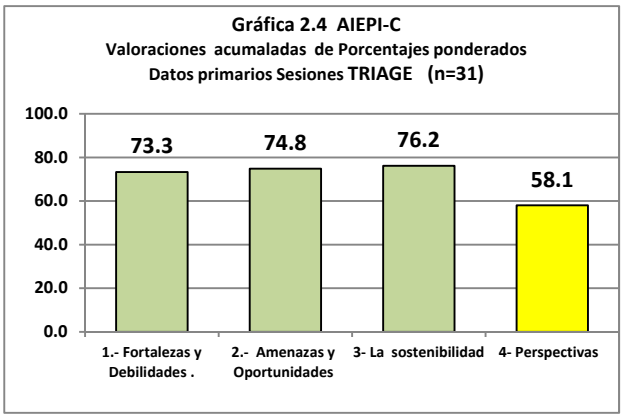
Puntos de vistas sobre las Perspectivas del Plan Parto:

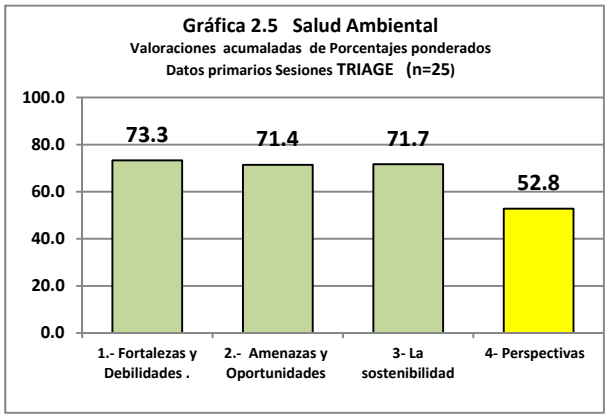
Favorables a muy Favorables.-Han cumplido con las metas gracias a la organización comunitaria. La perspectiva es grande evitando embarazos que conllevan a muertes maternas {evitables}, el control prenatal y el registro de sus embarazos. Existe el empoderamiento de la red comunitaria como en el personal de salud.

Balanceados.-"*Debería mantenerse al corto plazo para consolidar el nivel organizativo de la red de voluntarios en las comunidades. En este tiempo se concientice más al líder comunitario. Esta es una de las estrategias que más se están necesitando para evitar la mortalidad materna y perinatal. Se necesita consolidar conocimientos y fortalecer las estructuras organizativas. Se necesita seguir trabajando al menos dos años más, ya que hay algunos brigadistas nuevos que aún no están bien apropiados en la estrategia."*

Desfavorables a muy desfavorables.- "*Para lograr sensibilizar a todas las familias y reducir aún más las muertes maternas* {perinatales}. *Debido a su fortaleza se cree que necesitan de 5 a más años para aportar lo que se necesita. Se requiere de más monitoreo y supervisiones."*

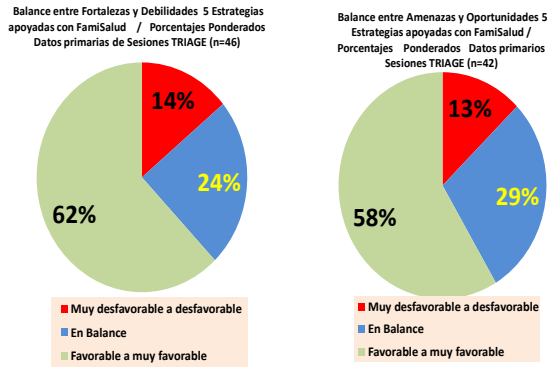
2.4.- Con respecto al desempeño de las estrategias AIEPI-C y Salud Ambiental, puede verse en las Gráficas 2.4 y 2.5 respectivamente un comportamiento similar en las valoraciones acumuladas de los porcentajes ponderados, oscilando en un rango de 71% a 76% para los ejes Fortalezas-Debilidades, Oportunidades-Amenazas y Sostenibilidad; apartándose de esas tendencias el eje de Perspectivas (58% para AIEPI-C y 53% para Salud Ambiental) en lo ya señalado para PROCOSAN, EMACS y Plan Parto. No se abunda con aportaciones cualitativas, en tanto esas estrategias están menos estructuradas y son menos representativas (n=31 y n = 25, respectivamente) para valorar el desempeño global de FamiSalud.



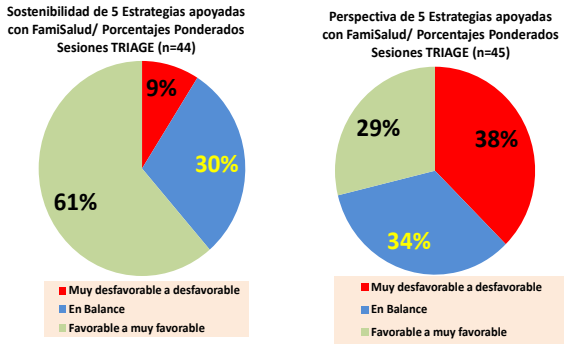


2.5.- Con respecto al desempeño global de las 5 estrategias previamente revisadas, más 13 calificaciones emitidas para valorar el VIH con la misma escala de ponderación (1 a 5); puede verse en las Gráficas 2.6 y 2.7, que hay un claro predominio de las tendencias Muy Favorables, Favorables y Balanceadas en las apreciaciones sobre el desempeño global de FamiSalud, valorado a partir de sus fortalezas, debilidades, amenazas y sostenibilidad en el conjunto de estrategias bajo su responsabilidad, dado los porcentajes ponderados que oscilaron en un rango entre el 86% para el eje Oportunidades-Amenazas y un 91% para el eje de Sostenibilidad acumuladas en los últimos 5 años de operaciones.

Gráfica 2.6



Gráfica 2.7



Discusión de resultados/hallazgos:

- *Con respecto a PROCOSAN*:
  En los indicadores de M&E FamiSalud el número de comunidades implementando PROCOSAN alcanzó un 98% (indicador 2.1.4) en la Fase II. Las evidencias encontradas en las sesiones TRIAGE, confirman favorablemente el alcance de resultado[48], por cuanto la red comunitaria fue entrenada y cuenta con materiales didácticos de apoyo. Sin embargo, PROCOSAN inició su implementación 5 años antes que "naciera" FamiSalud y 7 años antes que fuera oficializado el MOSAFC; en consecuencia se espera que comience a presentar señales de agotamiento funcional, al "competir" y no necesariamente compartir los mismos recurso comunitarios e institucionales, del MINSA y ONGs socios de NicaSalud; de hecho entre los resultados proporcionados por las Investigaciones realizada por FamiSalud en noviembre de 2010, se afirma *"No se hace mención de acciones encaminadas al módulo materno de PROCOSAN y el vínculo de este con el Plan de Parto lo cual sería un paso más para tener estrategias integradas e integrales a nivel comunitario"…* y más adelante enfatizan:*"Es relevante que en la visión de los recursos MINSA que gerencia el programa el uso que de la información se hace a nivel más allá del SILAIS no está del todo claro y perciben que esta productividad no está del todo integrada en las estadísticas del ministerio…"*.

48 Resultado 2.2: Mejorada la salud infantil a través de la expansión del PROCOSAN.

- *Con respecto a ECMAC:*
  En los indicadores de M&E FamiSalud el número de comunidades implementando ECMAC alcanzó un 95% (indicador 1.1.1) en la Fase II. El correlato entre el resultado esperado N° 1[49]de FamiSalud II con los hallazgos evidenciados con esta técnica, permiten confirmar como favorablemente logrado el alcance ampliado de los servicios de planificación familiar con ECMAC, en tanto se expandió y fortaleció la red comunitaria con nuevos contingentes de consejeras (os) capacitados con *"buena aceptación de las y los usuarios que, de ese modo, se les facilita el acceso"* a los métodos de planificación familiar en las comunidades rurales objetivos de FamiSalud; estas consideraciones evaluativas son concordantes con algunas conclusiones aportadas por el proyecto en respuesta al resultado esperado N° 3[50] con respecto a la evaluación de la ECMAC en Noviembre de 2010, específicamente cuando se afirma *"la aceptación de la ECMAC en las comunidades de difícil acceso se debe al involucramiento de los actores locales desde su primera fase de implementación"*.

- *Con respecto al Plan de Parto:*
  En los indicadores de M&E FamiSalud el número de comunidades implementando Plan de Parto alcanzó un 99% (indicador 1.2.7) en la Fase II. El funcionamiento de esta estrategia también confirmó favorablemente los alcances de resultados[51] con FamiSalud en lo relativos a los servicios comunitarios de cuidados obstétricos y las referencias: el personal ha sido capacitado en tiempo y forma; los censos de embarazadas se reportan actualizados y hay buena comunicación con MINSA de parte de la red comunitaria; todos estos aspectos son concordantes con los resultados más relevantes obtenidos en la investigación evaluativa realizada por FamiSalud en Noviembre de 2010; de hecho es de las tres investigaciones realizadas, la única que asume juicios críticos constructivos sobre un posible papel auxiliar y complementario de todas las estrategias comunitarias evaluadas, con respecto a la implementación del MOSAFC afirmando que *"en relación con el MOSAFC el personal de salud ha identificado que no hay contradicción sino que facilita la implementación del Plan de Parto porque se tiene sectorizada a toda la población …"*

- *Con respecto a las estrategias comunitarias AIEPI-C, Salud Ambiental y el VIH:*
  La situación encontrada está más comprometida, pesando más los elementos restrictivos que no convergen en los esfuerzos coordinados para la implementación del modelo de salud, previamente el MAIS y actualmente el MOSAFC; de hecho todo el accionar destinado para la estrategia comunitaria del VIH fue descontinuado completamente en la Fase II de FamiSalud, por las razones previamente señaladas en los hallazgos de Q1. Por su parte el AIEPI-C adolece de fallas atribuibles a la persistencia de paradigmas "medicalizantes" en el modo de conceptuar y ejercer las nuevas orientaciones de la Atención Primaria en Salud, distorsionando considerablemente los esfuerzos organizacionales de las comunidades y sus agentes voluntarios, que deberían priorizar acciones preventivas y de promoción de la salud. Finalmente las estrategia Salud Ambiental adolece de la necesaria identidad programática y más bien se trata de un conjunto de iniciativas de más reciente implementación como son Aguas Seguras, en el contexto aplicativo de la temática más general "Agua y Saneamiento",

49 *Resultado 1.1: Ampliado los servicios comunitarios de planificación familiar (ECMAC)*

50 *Resultado 3: Utilización de la investigación para la planificación, ejecución y evaluación de programas. (ECMAC, Plan de parto para la maternidad segura y PROCOSAN)*

51 *Resultado 1.2: Ampliado los servicios comunitarios de cuidados obstétricos esenciales y neonatales, así como la referencia.*

Coloreando en Salud, el Bus Azul y otras que no tienen garantizada la sostenibilidad institucional necesaria.

- *Con respecto a las perspectivas*[52]*:*
  De las estrategias, no hubo consenso y los puntos de vistas reflejan una distribución que evoca el principio de incertidumbre, donde los factores favorables se relacionan con una perspectiva a muy corto plazos, consideran que se requiere no menos de 3 años adicionales para reforzarla con capacitaciones, mejorar las consejerías, superar las dificultades y debilidades que actualmente padecen y para que en este tiempo se capacite más a líderes comunitarios. La perspectiva es mayor con Plan de Parto y ECMAC evitando embarazos que conllevan a muertes maternas, mejorando el control prenatal y el registro de los embarazos. Las posiciones más pesimistas consideran que hace falta sensibilizar a todas las familias y reducir aún más las muertes maternas y perinatales, necesitan de 5 a más años para lograrlo y esto requiere de más monitoreo y supervisiones.

Annex 10. Resultados de ocho Grupos Focales con agentes comunitarios

Participaron agentes voluntarias-os comunitarios beneficiadas-os en las comunidades con las diferentes estrategias Plan de Parto, ECMAC – Entrega comunitaria de métodos anticonceptivos, PROCOSAN, Agua y Saneamiento, AIEPI, VIH, de los municipios El Ayote/Chontales, Siuna/RAAN, San Lucas/Madriz, Terrabona/Matagalpa, Dipilto/Nueva Segovia, Sábalos/Río San Juan de Nicaragua, La Cruz de Río Grande/RAAS y Wiwilí/Jinotega, se realizaron desde el 21 de octubre hasta el 16 de noviembre 2011.

Q2, Q3, Q4, Q5 Y Q7.:¿En qué y cómo las actividades que realiza el MINSA con FamiSalud han beneficiado a las familias y comunidad con relación a la implementación del ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, Salud Ambiental, VIH, implementación del MOSAFC y de la Historia de Salud Familiar?

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- PROCOSAN ha facilitado el conocimiento directo de las madres, conocer la vigilancia, si un niño se pesa 2 meses seguidos con peso insatisfactorio lo que tenemos que hacer desparasitarlos, dar vitaminas. También ellas han aprendido a qué edad ellas pueden darles alimentos, hasta cuando pueden darle lactancia exclusiva, el seguimiento de la vacuna es muy importante, ellas saben el seguimiento de la vacuna, han tenido mucho conocimiento con PROCOSAN.
- Hemos prevenido que hayan neumonías, diarreas, enfermedades de la piel, todas las enfermedades que vienen por el agua contaminada, el agua que tomamos, el agua con que nos bañamos.
- Ahora las mamas en casos de una tos, una gripe, una enfermedad leve no van a venir al puesto sino que tenemos un botiquín de manejo de casos comunitarios con dicloxacilina, acetaminofén, amoxicilina, tabletas de zinc, hierro, elementos básicos y soy yo quien los maneja y me los repone mensual el MINSA a través de la coordinación con FamiSalud, entrego un informe y lo me lo rellenan, entonces siento que si nos hemos beneficiado de

52Resultado de 3 sesiones TRIAGE, noviembre del 2011, Ocotal, Juigalpa y Jinotega. 48 informantes clave.

manera directa, sobre todo las mamas con niños menores de 5 años y sobre todo porque no vienen a caminar desde allá hasta aquí y se les atiende desde la comunidad.

- Las mujeres están contentas porque tienen el método cerca de su casa y no corren el riesgo de encontrar la US cerrada. Se entrega un informe al MINSA. Las mujeres buscan solas el método.
- En mi comunidad también tenemos la planificación familiar con las mujeres y le llega a las mujeres más lejanas. En el invierno ya se le mantiene el método anticonceptivo.
- Ya no hay familias numerosas, ya las mujeres están planificando, ya no van a tener esos niños tan seguidos, la economía en la familia es mejor de la que planifica a la que no planifica.
- En las comunidades las jóvenes a temprana edad se casan, esto les ayuda [planificación familiar] a no tener a temprana edad sus embarazos, a darse un tiempo de pensar mejor las cosas, para tener una mayor visión de su futuro.
- Se ha podido llegar y se le da seguimiento a la madre embarazada con el plan parto, se ha podido llegar a la familia, nos ha permitido no tener muertes maternas infantiles y el parto institucional. Algunas que han tenido problemas en sus partos, hemos ayudado a sacarlas para acá [al centro de salud] y hemos luchado para que no haya un muerto, la madre o él bebe.
- Tenemos agua saludable, se ha hecho monitoreo en toda la comunidad, se han hecho asambleas también con la comunidad. Con agua segura se ha podido llevar consejería en grupo o individual para clorar o hervir el agua, consejería de planificación, de embarazadas y también consejería a las madres.
- Nos ha ayudado mucho porque yo trabajo para el clorado del agua, entonces nos ayuda a que haya una menor enfermedad en la comunidad. mantenernos más sanos y saludables.
- 64 estudiantes de 1er a 3er grado están mejorando sus hábitos de higiene a través de coloreando en salud. Los niños llegan más aseados, uñas limpias y con pelo corto. Casi no se enferman, asisten más a clases y asimilan mejor. Los niños están lavando sus manos, cepillando sus dientes. Están yendo a las casas probando el agua para ver si la están clorando y ellos la están clorando.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Hay que alargar más el periodo de planificación familiar y mejorar el ahorro en embarazos [Plan de Parto].
- Como es algo normal el momento del parto no es prioridad para ellas. Las familias a veces son numerosas y les falta interés para el ahorro.
- No sabemos que es el MOSAFC, no hemos realizado la historia de salud familiar.

Q4.: Alcances de objetivos FamiSalud/ ONG local.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Todos hemos sido capacitados por FamiSalud y todo se lo hemos dado a conocer a las comunidades. Plan de parto, planificación familiar, peso y talla en los niños, charlas educativas a las madres que se les da en el pesaje.
- FamiSalud está enfocado en todo de una forma global. Se ha formado una red de colaboradores para atender las primeras emergencias.
- En agua segura, somos 5 brigadistas, entonces un brigadista vigila un sector, otro brigadista vigila otro sector y se va haciendo conciencia a la familia.

- Porque a las mujeres se les refiere en su fecha correspondiente a casa materna, se les lleva un seguimiento más directo y las mujeres están pendientes, también tienen un acuerdo con nosotros los brigadistase le hace el control prenatal a las embarazaditas cada dos meses.
- Ayudamos también a las mujeres a que vayan a las citas [APN] y después del parto se les ha orientado cómo espaciar sus embarazos, entonces hemos tenido grandes beneficios, ya no miramos esa desnutrición en las embarazaditas.
- Yo antes parteaba así sin saber, sin explicarme nada y ahora me siento contenta de saber.
- Nuestra referencia está siendo atendida en las unidades de salud, esto nos alegra a nosotros y da confianza a la gente que referimos.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Algunos puestos de salud se mantienen abiertos solo ciertos días de la semana y a veces pasan varias semanas sin abrir, es porque tienen poco personal del MINSA.
- Algún personal de salud no atiende bien al comunitario, debe orientársele que nos reciban bien para que trabajemos bien juntos.

¿En qué y cómo las actividades que realiza el MINSA con FamiSalud han beneficiado a las familias y comunidad con relación a la implementación del ECMAC, Plan de Parto, PROCOSAN, AIEPI, Salud Ambiental, VIH, implementación del MOSAFC y de la Historia de Salud Familiar?

Q7. Eficacia de las coordinaciones del proyecto.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Como estamos coordinados con el MINSA podemos hacer que funcione.
- Cuando llegan los del MINSA nos buscan a los brigadistas, entonces ya llevamos la actividad a la comunidad.
- Hay una coordinación entre FamiSalud el Ministerio de Salud y la Comunidad.
- Me dan los métodos de planificación familiar, ha habido bastante comunicación con el MINSA.
- Con la llegada de FamiSalud que ha estado mano a mano con nosotros y nosotros trabajando siempre anuente con ellos.
- Nos ha estado visitando personalmente [técnico de FamiSalud] hasta allá hondo en la montaña, entonces yo miro pues, que hay voluntad para ayudarnos y nosotros tenemos que apoyarlo a él.
- El técnico de FamiSalud ha dado una demostración en las casas de la gente de cómo se va a trabajar, así podemos comprender más el trabajo y hacerlo más fácil porque miramos como se hace. Ella misma [técnica de FamiSalud] lo empezó hacer ordenado y nosotros miramos, como negociar con esa partera, con la embarazada, con el marido o compañero, con la abuelita ella se enfrentaba la primera vez, ahora nos ha tocado ir a nosotros personalmente.
- Bueno, en la Unidad de Salud siempre estamos coordinando, por lo que siempre nosotros estamos con el Plan Parto, ahorita estoy trabajando con 8 embarazadas y ya en estos últimos días ya salieron 3 embarazadas, ahorita me quedaron 5 embarazadas, estamos siempre en la consejería con las embarazadas, siempre las estamos remitiendo a la unidad de salud, para que ellas estén haciéndose siempre su control prenatal.

- Hemos recibido apoyo de la comunidad, de los líderes religiosos, de la escuela, de los profesores, de los padres de familia.

Q6. Dificultades.

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- A veces la gente es demasiada rebelde, algunas dicen yo a mi niño de 3 años ya no lo peso porque a mí ya no me dan nada.
- Dar seguimiento a la mujer que no quiso, la vigilancia en el plan parto, que tenemos que ingresar a las mujeres y a veces hay que ir a buscarlas.
- Son las mujeres de mayor de edad y las que salen embarazada sin tener marido las que no buscan el método ni él control.
- Más educación a la pareja, porque hemos querido lograr el ahorro para la hora del parto y es algo que no hemos podido, no sé en las otras comunidades. Nos ha costado muchísimo [Plan de Parto] porque las mujeres no cuentan con recursos económicos.
- Situación económica que el hombre no deja ir a la mujer a la casa materna.
- El problema que a veces tengo, es que los métodos están aquí [en el centro de salud] y no me los entregan, ven tal día me dicen y los métodos no están. Yo con las mujeres salgo mal, porque ellas piensan que no ando gestionando, que yo estoy sentado.Que nos ayuden un poquito, que nos hagan menos dificultoso venir aquí a retirar método. En mi caso son casi C$ 200.00 córdobas de pasaje, más la comida y ya se llegó a un acuerdo que la usuaria pague una cuota al consejero y con esa cuota no lleno todos los requisitos [gastos necesarios] para venir.
- Necesitaríamos un poquito más de apoyo de parte del MINSA, una capacitación sobre Planificación Cuando los métodos se desabastecen, a los hombres no les gusta usar el condón y ya hemos tenido embarazos por esta razón.
- Familiar, sobre los métodos, allá en la comunidad.
- El trabajador comunitario [MINSA] debería tener un stock de métodos para sus consejeros.
- A veces son las madres de las embarazadas que les dicen si yo a mis hijos los tuve toditos en la casa y sin andar con brigadas médicas, sin andar en los centros de salud y porque vos vas a ser así.
- Es más grande el número de familias que no están involucradas en la estrategia de las que están.

¿Cómo podemos saber si lo que se propuso FamiSalud/ONG local se está logrando con respecto a ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH?

Q4. Contribuciones de los enfoques resultados del proyecto al logro de los objetivos.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- MINSA, nos da papelería, ellos están disponibles, ellos dan apoyo en la comunidad, también nos han dado apoyo.
- Me dan los métodos de planificación familiar, ha habido bastante comunicación con el MINSA.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Necesitamos apoyo [del MINSA] porque se dan brotes, por lo menos el abate, el cloro.

- Que capaciten a otros brigadistas nuevos, porque nosotros pesamos un montón de niños, no solo pesamos PROCOSAN, sino que pesamos de 0 a 5 años, son como 90 niños, nosotros pasamos de las 8am a 4pm, entonces nosotros necesitamos más brigadistas capacitados. Se hace el pesaje del programa de gobierno también el mismo día.

Q7. ¿En qué y cómo las actividades que realiza el MINSA con FamiSalud han beneficiado a las familias y comunidades con relación a la implementación del ECMAC, Plan de Parto, PROCOSAN, AIEPI, Salud Ambiental, VIH, implementación del MOSAFC y de la Historia de Salud Familiar?

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Por ejemplo, cuando en algunas familias, algunas mujeres se ponen rogadas y nosotros insistimos y no se quieren ir [a la casa materna], entonces se vienen a llevar [a la embarazada] a veces si es posible hasta con la policía.
- Si nos entregan el material y nos capacitan no nos costaría continuar porque hay confianza.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- La alcaldía, que nos dé un apoyo, en algo para reconocerle a la comunidad, aquí tenemos un puente, el puente de la Paz Centro y tenemos 2 puentes malos, no pueden entrar las brigadas, la ambulancia, la policía, las carreteras están en mal estado.
- Mejorar los caminos de penetración a las comunidades.
- Aumentar la capacidad académica del personal de comunitario.
- Apoyar con medios de comunicación, radios para comunicarnos con el MINSA, equipos de primeros auxilios para los brigadistas.
- Lo único que no me facilitan son las jeringas, ni algodón, ni alcohol, porque dicen que el MINSA se los da completo al puesto, entonces cada beneficiada tiene que comprarlos.

Q4. ¿Cómo podemos saber si lo que se propuso FamiSalud/ONG local se está logrando con respecto a ECMAC, Plan de Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH?

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Nosotros tenemos el deber, nosotros siempre apoyamos, también el MINSA va apoyar, no porque se haya ido el programa nosotros no vamos a seguir, porque si se va aumentamos más la población, tenemos que seguir.
- El MINSA apoya en el caso del cloro, porque las familias están comprometidas con clorar el agua y si nosotros bajamos la guardia, van a decir ya le dejaron de dar el seguimiento.
- Los brigadistas [van a seguir las actividades] que tenemos, siempre mandados por el MINSA y la alcaldía.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- La dificultad en la papelería [se necesita], sería por lo menos para los niños.
- Una dificultad es el transporte en carretera.

Q2. Cómo han apoyado las personas, familias, comunidad, líderes, la realización de ECMAC, Plan Parto, PROCOSAN, AIEPI, SALUD AMBIENTAL, VIH? y ¿Cómo estas han beneficiado a la población en las comunidades?

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Ya nuestras comunidades van aprendiendo, ya queda una técnica para que el cuidado del agua [sodis].
- Si FamiSalud se va, entonces ya las comunidades saben lo que van hacer.
- El MINSA debería hacerse cargo.
- Aumentar los líderes de la comunidad, podemos capacitar a otra persona por si el día de mañana ya salen los que están ahora.
- Creo como brigadista nosotros hacemos el esfuerzo y vamos a seguirlo haciendo, trabajando, porque nosotros lo que queremos es que no hayan muertes maternas en nuestra comunidad.
- [vamos a seguir] Siempre haciendo las visitas domiciliares, visitas integrales, dando la consejería, trabajando lo que aprendimos, enseñando lo que aprendimos, para que nuestras comunidades siempre salgan adelante.

ASPECTOS TRANSVERSALES DE ENFOQUE DE GÉNERO

- Si un compañero varón llega a una consulta con un familiar es algo exitoso, porque no todos los varones toman conciencia, creo que la mayoría no se miran en esas partes [pesajes].
- Para mí un varón que llegue o dos a consultar una planificación familiar es una alegría y eso lo hemos ganado a través de nuestro trabajo en la comunidad, las mismas capacitaciones que hemos recibido, hemos podido ganar esos espacios en la comunidad.
- Cuando las madres tienen alguna dificultas y no pueden ir, va el papa con el niño o a veces también viene la pareja, porque tienen un niño más pequeño entonces lo lleva el papa a la visita.
- Puede participar tal vez no en un 50 si no en un 20% los hombres en el caso de PROCOSAN.
- En el caso de Plan parto si tiene que ser el 50 y 50% porque tiene que estar compartido lo que es el compromiso [equipo de transporte].El hombre creo que el programa que más ayuda es Plan Parto.
- Siempre el hombre se va a trabajar afuera y la que está pendiente de estar acondicionando el agua es la mujer, la que sana el agua, la que manipula más el agua es la mujer.
- Se realiza una jornada de limpieza mensual y queda satisfacción, porque en la comunidad participa tanto hombres como mujeres.
- La participación en nuestra comunidad solamente son las mujeres, son las que participan más, siempre en las comunidades los hombres casi no participan, son las mujeres las que participan más, en este y otros programas.
- En las visitas integrales llevan la vacuna, entonces la gente se preocupa para que les vacunen a sus niños y aprovechamos para que las embarazaditas lleven su control.

Annex 11. Resultados de Ocho Grupos Focales con Personas Beneficiarias

Los grupos focales programados en el marco de la evaluación del proyecto FamiSalud fueron realizados en las fechas previstas, contando con el apoyo de los supervisores y técnicos-as del proyecto. Participaron 50 personas, 47 mujeres y 3 hombres, beneficiadas en las comunidades con las diferentes estrategias Plan de Parto, distribución comunitaria de anti conceptivos, PROCOSAN, agua y saneamiento, AIEPI, VIH, de los municipios El Ayote/Chontales, Siuna/RAAN, San Lucas/Madriz, Terrabona/Matagalpa, Dipilto/Nueva Segovia, Sábalos/Río Sam Juan de Nicaragua, La Cruz de Río Grande/RAAS y Wiwilí/Jinotega, se realizaron a partir del 21 de octubre hasta el 16 de noviembre.

Q7Coordinación y apoyo.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Solo hay 1 proyecto con el MINSA el que está llegando hacer las cosas, todos estamos recibiendo esa ayuda las vacunas para los niños, lo que les dan a los niños para el crecimiento, el agua segura nos dan el cloro para clorar el agua, lo del pesaje de los niños,
- Los niños siempre se han pesado desde antes que llegaran FamiSalud, antes era con MINSA, PROCOSAN y Acción Contra el Hambre por lo menos desde hace unos siete años, a la comunidad llego hace tres cuatro año, en otras hace un año, antes solo el pesaje de los niños, otras cosas no se hacían, el MINSA no pasaba, nada de eso se hacía.
- USAID, apoya temas sobre la salud, mejorar el bienestar de los niños, seguir apoyando la planificación familiar para nosotras las mujeres que debemos de tener un tiempo definido para tener nuestros hijos, también los apoya a los niños en aprender el lavo de las manos con coloreando en salud, en plan de parto y en los adolescentes, evitar la muerte materna que es lo principal.
- En planificación, es un gran beneficio el que los métodos hayan llegado a las comunidades, los brigadistas lleva a la comunidad los métodos de PF, apoyan para no salir embarazadas.
- Hasta hace como unos tres meses atrás que vinieron los métodos porque unos organismos lo trajeron, el MINSA no tenia, ahí solo ofrecían la cancelación. El brigadista tiene el censo de las que planifican, lo están recibiendo en mi comunidad.
- *´es un gran beneficio porque si no planificamos tuviéramos el montón de chavalos¨*
- ¨Más Importante el de las mujeres embarazadas el Plan de Parto, porque si la mujer vive largo y es tanto el tiempo de camino para poder atender su parto, a ella se le facilita todo porque se ayuda con el transporte y la estadía.
- El plan de parto, lo realizan los brigadistas, las parteras, porque ellas son las que les corresponde ver eso, ellas visitan a las embarazadas y les dan consejería y que cualquier cosa visiten al centro de salud; y a ellas quien las capacita es FamiSalud. Desde este año el brigadista ayudo a llenar la ficha para mi parto.
- ¨*la llegan a buscar para llevarla al puesto o al hospital, por ejemplo, ahorita en Payacuca hubo una muchacha que se enfermó en la madrugada se llamó al centro y ya en la mañanita la trajeron aquí y ya estando aquí ella se curó; imagínese si eso no hubiera sido así ella se hubiera muerto porque ella sangro* bastante¨.
- El método de planificación que más usan las mujeres en la comunidad es la inyección de tres meses, pero a veces va depender de la sugerencia del doctor y del cuerpo de la mujer. La mayoría de las mujeres piensan que ahora pueden usar mejor los métodos porque existe

más apoyo del MINSA, se dan más capacitaciones, inmediatamente después de tener el hijo te facilitan un método para entrar a la planificación familiar.

- Les ánimo a participar en el pesaje para conocer y controlar el desarrollo de sus hijos, para ver si esta desnutrido si su peso es normal, si subió, si bajo.La pesa en la comunidad es mensual pero ya el control es programado.
- 11 familias que VISION MUNDIAL les facilito a las madres filtros y esto se dio porque estas mamá estaban llevando a los niños al pesaje y salieron bajo, entonces le dieron alimentación y los filtros.
- *¨**la consejería,** nos aconseja hasta que edad la mama debe de dar el pecho, que es de 0 a 6 meses, que no hay que darle comida durante esos 6 meses; y que después de esos meses se le puede dar comida, nos enseñan cual es la comida adecuada y cómo y en qué tiempo se le debe dar, aprender a estimular al bebe para que se coma lo que le damos de comer y nosotras como mamá conocer nuestras responsabilidades para ayudar al bebe¨.*
- *Agua Segura es mantener aseada el agua, tapadita y con cloro o con sódico, se tapa y se pone en el techo a serenar una noche y al día siguiente el agua ya está lista para tomar. Lo aprendimos con FamiSalud y el MINSA. El brigadista nos facilita el cloro o el sódico pero nosotras ya sabemos que si se nos termina podemos ir en cualquier momento a traer más al centro de salud de manera gratuita. Yo decidí hacer esto porque fui capacitada y conocí la importancia que tiene esto para combatir* las enfermedades y evitar las bacterias a los niños a través del agua.
- Antes solo le echábamos cloro en la pila que el MINSA nos facilitaba, MINSA nos ha dado una parte con esto que tenemos que lavarnos las manos, pero ahora que ha venido este otro proyecto nos ha ayudado sentimos el beneficio a nosotros.
- Ya tengo casi tres años desde que vino Save The Children a darnos unas charlas de Agua Segura, donde nos enseñaron como clorar el agua como mantenerla limpia con sodio, lo está haciendo con el agua segura se evita que las personas no tengan diarrea o se enfermaran.
- Hay información de VIH, ahorita le están dando charlas, talleres a los jóvenes, la importancia de protegerse para evitar las enfermedades de transmisión sexual.
- El MINSA ha pasado por mi comunidad llenando un censo, una historia que se llama de la salud de la familia, hace como 2 o 3 meses *¨paso Alvin, Andaba con Sebastián, llenando los datos cuantos vivían en las casas, las edades, no sé si pasarían por todas las casas, pero si por el sector¨.*
- Todos están trabajando en conjunto con el MINSA, los proyectos están en las comunidades y trabajan apoyando al MINSA para ayudar a las mujeres en consejería y a los niños para conocer sus pesos, sus medidas, tamaños o enfermedades, han ayudado INPRUD, Soy Nica, Acción Contra el Hambre, Plan Nicaragua, CARE, Visión Mundial, Salud Sin Límites.

Q6 Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Yo no sé cómo se llama el proyecto. No han pasado por todas la comunidades haciendo el censo, ¨por mi casa no pasaron¨. No hay puesto, había uno pero está cerrado, ya tiene más de un año de estar cerrado. Llegan brigadas de vez en cuando de aquí del Ayote.
- Cuando nos enfermamos venimos al Centro de Salud son entre 2 y 7 horas caminando, o 3 horas en carro, a veces el bus no entra, entonces nos venimos a pie.
- ¨conoce otro caso de un líder o pastor de una comunidad aledaña que ese ni que le hablen como le hablen no han podido hacerlo cambiar de opinión, él dice que no va a ser cómplice

de matar hijos y que la mujer que quiera planificar lo vaya a buscar a la iglesia orándole a Dios¨.

- Hubo un tiempo que los métodos se desaparecieron ella salió embarazada;
- Las personas cuando son evangélicas es más difícil que utilicen métodos para planificar, algunos delegados son renuentes a que las mujeres planifiquen.
- No vienen al pesaje de los niños, vino SOY NICA y los brigadista, ósea no es siempre que el MINSA viene a apoyar.
- No continúan con el programa, la mayoría de gente compro el filtro SAVE THE CHILDREN facilito comprar en tres cuotas el filtro, pero algunos no los cuidaron ni tampoco cloran el agua.

Q4Alcancen de objetivos FamiSalud/ ONG local.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- MINSA con ayuda de FamiSalud, *¨llegaron a invitar a la comunidad para que participaran en un taller impartido por el MINSA y los brigadistas. Los que recibieron la capacitación en la comunidad en otra reunión organizamos con toda la gente, en esa primera reunión llegaron más mujeres que varones¨.*
- De 2 años para acá ha cambiado algo, el cuidado que tienen las familias con su salud, ahora es diferente, llevo al niño al pesaje cada mes, uso el cloro y planifico con la inyección.
- En la comunidad la gente, las vecinas ellas manejan como se debe manejar arreglado, bien aseado los patios, tal vez mas antes no lo hacían pero ahora uno se siente obligado.
- Cuando las mujeres se embarazan, ha cambiado por lo menos son más obligadas a ir cada mes a su control y antes no se hacía eso y ahora todas somos puntuales cuando estamos embarazadas. Con el plan de parto, nos dan la vitaminas para que vaya aumentando de peso, me ayudan a saber cómo está mi bebe, el control que le hacen a uno allá a la comunidad.
- ¨ el último parto lo tuve aquí en el centro de salud. los otros nacieron en la montaña, son 5 horas caminando, cuando ya venga el parto, siempre me vengo antes de la fecha como comenzando el mes, me quedo con amigos¨. Al tener este plan de parto me han dicho que me tengo que cuidar, que no debo tener en la casa, si no en el hospital, luego de tener el parto me tengo que cuidar de no levantar nada pesado. Aprendo que debo realizar estimulaciones tempranas al niño desde que están en el vientre.
- Tengo dos meses de embarazo, cuando salí embarazada fui al centro de salud para llevar mi control prenatal, con este son 4 niños, que después del embarazo que evite, que me opere.
- ¨C*onozco sobre el plan de parto, esto es cuando llegan los brigadista a dar consejería tales como cuando uno está embarazado y siente un dolor, que hay que ir lo más rápido posible a revisarse al centro de salud y cuando lo vaya a tener que no hay que darse en la casa porque es más peligroso, por eso yo siempre iba y cumplía con mis controles. Yo solo tengo uno y mi embarazo fue normal porque yo no tuve nada pero ni achaques. Los brigadistas me visitaban mensual y yo iba al centro de salud mensual, también. No tengo esposo, soy madre soltera. Al momento del parto recibí apoyo de mi hermana que es enfermera, entonces llamo a la ambulancia y me llevaron al centro de San Lucas como a las 09:00 p.m. y mi niño nació a las 11:00 p.m. Luego, me preguntaron que como iba a empezar a planificar, claro yo no lo hice porque estoy sola pero ellos te recomiendan la inyección de*

tres meses, el DIU, la operación o las pastillas pero esta dicen que se seca la leche y entonces ahí no más te ponen la inyección si uno dice que si va a planificar.

- ¨Entonces yo me siento bastante satisfecha y agradezco al ministerio de salud y a los proyectos que apoyaron a esa brigada que ejecuto ese plan. Los hombres, apoyan trabajando para dar el dinero para la consulta, con lo de los métodos van con uno, mi esposo va conmigo.
- Se ha reducido el número de muerte materna, ahora en las comunidades las parteras y los brigadistas se preocupan más por evitar estos casos. La mujer se ha capacitado sobre cuáles son los derechos que tienen para cuidar su salud y la salud de los hijos.
- Después de este parto voy a planificar con la de 3 meses la ponen allí mismo, también hay a inyección y pastilla de 3 meses, la de mes, cuesta, si hay que dar dicen ellos, brigadistas, para que ellos vengan a retirar, 40 o 20 córdobas es una ayuda para que ellos se puedan mover al centro de salud a traer los métodos.
- La planificación es importante yo estudio y mi marido trabaja en el campo, cuidar un niño necesita de tiempo, así vamos a tener hijos cuando lo deseemos. Planificando con inyección de tres meses y la dan en mi comunidad, un gran beneficio porque a veces con la crecida del rio no podemos pasar y venir hasta aquí.
- Hay diferencia, ahora las mujeres se sienten alegres y seguras porque no tiene que ir a las US para conseguir el método de PF y poder evitar un embarazo dan los métodos tres meses. en el transporte porque ya no tiene que ir hasta el puesto, ¨la mujer le dedica más tiempo y cuido a los niños y a ella misma porque ahora son pocos los niños. La mujer descansa más y no anda enfermosa por andar embarazada y tener otros riesgos¨.
- Tengo 35 años el mejor método es operarse después del parto en el hospital ¨me dijeron que si quería realizarme la operación¨.
- La planificación *¨es un bien para los hijos porque los hijos no sufre y la mujer no se enferma. tengo un hijo y tengo 24 más adelante queremos tener un hijo, tal vez tengo el otro cuando él tenga 10 años este más grande y me pueda también ayudar a cuidar al niño¨.*
- Aconsejo a las mujeres de la comunidad que continúen planificando ya que es bueno para la salud de la mujer y porque ahorita la situación económica no es tan buena para tener tantos chavalos y que estén sufriendo¨.
- La mujer debe ¨aprender a amarse a sí misma para poder amar a nuestros hijos y familiares.¨
- Ha cambiado por ejemplo la actitud de las madres y los padres al cuidado de los niños pequeños, porque ahora los niños tienen menos diarrea con el agua.
- Llegan más madres a los pesajes y ahora la madre los cuidan más, los mantienen aseado, pesaje seguido, en la comunidad está la pesa para pesar a los niños, les hacen los controles, los pesan, los miden, después la muchacha nos da consejería que va conforme la edad, creo que va de 0 a 24 meses. La última vez la lleve ahora el 18, salió bueno me dijeron, me recomendación que lo llevara dentro de 2 meses cuando le tocara la vacuna para pesarlo¨.Le ayudan a los niños en provisión hasta la edad de tres años.
- Pesaje de los niños ¨esta actividad la realizan mensual, llegan los brigadista y los voluntarios de la comunidad, en veces llegan del proyecto a apoyar, son cuatro brigadista, uno da la charla, el otro realiza el pesaje, el otro apunto y el otro ayuda. *¨Aprenden como mantener a los niños aseados para que no se enfermen, llevar el control de sus pesajes para que no estén en desnutrición, mantenerles los alimentos aseados y tapados para que no agarren microbios. Todo esto les ha servido a las madres para aprender a hacer las cosas como son*

a través de las orientaciones que reciben con las charlas¨. Lo más importante, la madre puede controlar si su niño no ha bajado o subido de peso o si está en desnutrición.

- En las charlas es la mujer que participa en la pesa, son pocos por no decir ninguno los hombres que participan, ella es siempre la que está en la casa y los maridos siempre salen a buscar el pan de cada día, el hombre dice que ellos trabajan para darles de comer a los hijos pero que el cuidado es la madre la que tiene que preocuparse, no debe de ser así que las responsabilidades deben de ser compartidas por iguales.
- ¨A *veces acompaño a mi doña pero cuando no voy ella me comparte que le dijeron en la charla y entonces ya me informo sobre algo, ósea yo le pregunto o a veces ella me cuenta sobre lo que le dieron en la charla.*¨
- Les ánimo a participar en el pesaje conocer y controlar el desarrollo de sus hijos, para ver si esta desnutrido si su peso es normal, si subió, si bajo. ¨Cuando los niños bajan de peso según el último control, las enfermeras nos aconsejan que debamos mejorar la alimentación, por ejemplo me dicen que tengo que darle más sopas de frijoles, huevos tibios u otras cosas y si yo no tengo lo que me recomiendan busco la manera con tal de ver que mi hijo tenga el peso normal, porque no existe en las comunidades una organización que nos ayuden a conseguir lo que necesitamos para mejorar el peso de los niños; entonces lo que hacemos es trabajar o buscar por nuestros propios medios, por ejemplo en mi caso, siembro las verduras en el patio de mi casa, ayote, cayote, pipián, y luego una parte los ocupo para comer y otra la vendo¨.
- Con el pesaje de los niños reciben la vitamina, el hierro, solo eso, lo lleva los que llegan a vacunar. importante realizar el pesaje porque la mujer se da cuenta como está el peso de sus hijos, si ha subido, bajado o esta normal.
- Agua Segura es mantener aseada el agua, tapadita y con cloro o con sódico, es decir, se le pone cloro y se pone en el techo a serenar una noche y al día siguiente el agua ya está lista para tomar. Esto lo aprendimos con FamiSalud y el MINSA. ¨El brigadista facilita el cloro, nosotras ya sabemos que si se nos termina podemos ir en cualquier momento a traer más al centro de salud de manera gratuita¨.
- La mujer se encarga de traer el cloro, porque hay dos métodos el cloro y el sodio, además de hervir el agua. El hombre está todo el tiempo trabajando y llegan a la casa ya tarde y la mujer está en la casa. Pero la decisión de tomar algún método lo toma toda la familia porque es interés de todos ponerla en práctica.
- tomando el agua de un pozo comunitario, le dieron tratamiento, dan el cloro, la familia está tomando más agua saludable, se ha reducido el número de enfermedades como la diarrea por estar el agua clorada.
- Antes los niños se enfermaban de mucha diarrea, también el adulto siente que su organismo no esta tan enfermo, a pesar que tenemos tubería de agua potable. Mantenemos esa agua en termos que compramos, dan el cloro en polvo y lo revolvemos con agua hervida y lo batimos y lo componemos, después cloramos el resto de agua, otras veces ya lo dan compuesto.
- Hubo un brote de diarrea porque hubo muchas lluvias y parece que ahí vino contaminada y entonces el MINSA regalo cloro a la gente de la comunidad a pesar de que hay mucha gente que no les gusta el agua con cloro pero así se lo beben.
- ¨*Los niños padecen de menos diarrea, casi no se enferma; ante los niños abrían la válvula y se la bebían y eso lleva cositas que le producían enfermedades; por eso es bueno tener el*

filtro porque el agua ya sale curada y ya no lleva esos animalitos que le producen enfermedades a los niños

- Hay que clorar porque hay veces que hay un virus entonces uno tiene que manejar clorada el agua. El agua se consume bien tiene sabor bien, son las madres las que saben preparar el cloro para el agua, solo nosotras.Decidí hacer esto porque fui capacitada y conocí la importancia que tiene para combatir las enfermedades y evitar las bacterias a los niños a través del agua.
- Por ejemplo en el aseo, antes habían charcas no nos preocupábamos, ahora hay el deseo de limpiar las charcas, componer bien el aseo de los trastes, lavar las verduras, antes ni yo acostumbraba a lavar las verduras, cortaba las guayabas y me las comía sin lavarlas, ahora no, ahora toda frutita que hayamos la lavamos y la comemos.
- los jóvenes ha cambiado algo con relación a lo de los hijos, de cuántos hijos voy a tener en relación a los métodos, ellos están pensando quedarse con 2 o tres, con 3 ya me opero, no eso no se veía antes, se decía ya voy a tener todos mis hijos para quedar joven, pero que va a ser, ahora con 1, 2 o 3 allí me opero, allí me quedo, ha cambiado mucho.
- Este mismo proyecto creo yo, nos ha capacitado en esto hemos evitado muchas enfermedades, por lo menos la diarrea. antes los niños tenían diarrea, ahora no. Tenemos un folleto para acordarnos nosotros.
- Coloreando en salud, dan charlas los maestros-as en donde aprenden los niños a lavarse las manos antes y después de comer, cuando salen de las letrinas, depositar la basura en su lugar y otras cosas de aseo, los niños lo están poniendo en práctica y les ayudan las profesoras.
- Toda esta información la está dando los de aquí del MINSA.

Q6. Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Estoy embarazada todavía no se eso del Plan de Parto.
- No, después del parto no me han visitado los brigadista.
- No me opere, me dio miedo llegar o hacerlo.
- Nos toca ir hasta el puesto de salud para buscar la inyección, la pastilla.
- Al niño lo pesan estuvo cada mes, pero ahora cada dos meses lo pusieron para llevarlo a la vacuna.
- Empecé a pesar en la comunidad cuando tenía 9 meses, ahora me toca hasta en el centro de salud, pero como cuesta llegar no lo peso más seguido.
- *¨son algunos padres los que llegan a preguntar sobre el desarrollo de sus hijos, su peso… Entonces habría que motivar más a los hombres para que también participen en estas actividades y ayuden más las mujeres¨.*
- Los que no llegan a pesarse no salen en la lista de la alimentación.
- No me acuerdo cuanto de polvo de cloro tengo que echar al agua, eso si no me acuerdo**.**

SOSTENIBILIDAD.

Q5. Logros

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- MINSA: como gobierno, como representante del presidente, para que no se caiga esto y no termine aquí, MINSA.
- De manera conjunta sería siempre los mismos brigadistas de salud con ayuda de la comunidad y sobre todo el MINSA.

- También recomiendan buscar otro proyecto para que apoye al MINSA y así pueda este continuar ayudando.

Q2Participación comunitaria requerida por las estrategias que apoya FamiSalud.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Comunidad tienen una organización, si hay apoyo, hay hombres y mujeres revueltos. Estas directivas hombres y mujeres apoyan el pesaje Si hay que ir a pesar a los niños, andar así casa por casa, apoyan en dar las bestias, las comidas no los dejan solitas, Si, así nos apoyan, para venir a llevar al personal y la comida también.
- Se sienten apoyados por los líderes y por todos los miembros de la comunidad.
- Ayudan aconsejando a las mujeres en grupos para hacerle conciencia, a las embarazadas es mejor que se vaya para que este en mano de doctores por cualquier emergencia ahí no más la atienden.
- Las mujeres van al puesto de salud a través de los brigadista hay apoyo de la doctora del puesto.
- Todas las comunidades están organizadas para ayudar a la mujer embarazada al momento de parir, ellas se siente protegidas porque el MINSA las cuida a través de las casas maternas.
- *¨el peso de los niños interesa mucho, las madres llegan a preguntarnos cuando van a pesar y eso nos motiva para continuar con el proyecto, además le dan ayuda de alimentación¨.*
- A los brigadistas le dan hoja de referencia para que atiendan rápido a las personas en el centro de salud.
- Cuando quieren hacer una reunión avisan por la radio, a veces nos visita, en las escuelas lleva a los niños Las madres.
- En la comunidad se han realizado actividades con respecto a los temas de salud, por ejemplo se ha organizado el puesto de salud junto con las escuelas formando brigadas con directivos del puesto de salud y los alumnos para realizar limpieza en las calles, recogiendo basuras, regando abate y echando cloro.

Q6 Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- No hay organización, querían formar un comité pero nadie de varones asistió solo mujeres. Alvin llego 2 veces pero nadie quiso de los varones Los padres colaboran En nada¨.
- Por lo menos en mi comunidad no hay nada, no hay parteras.
- Pero también se da el caso donde la mujer no cambia de pensamiento porque les da miedo, o el hombre no las apoya.
- Años de ser brigadistas y ya nos sentimos cansados, volvimos otra vez porque como no había nadie, entonces estamos para mientras que las muchachas que nos apoyan ahorita van agarrando experiencia.

Calidad de la participación comunitaria.

Q7 Coordinación y apoyo.

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- Hay comité de la iglesia por ejemplo con el delegado los miembros de la iglesia trabajan se comunican todo lo que pueden hacer en la comunidad.
- Cuando viene los brigadista a las comunidades vienen a apoyarlos Plan Nicaragua, Soy Nica, Francisco que es el técnico que viene por FamiSalud, todo esto se está dando gracias

al proyecto porque estos capacitan a los brigadista para que ellos nos apoyen, pero ellos nunca vienen solos.

- A veces cuando les toca viene el MINSA y también les ayudan con consejería a las mujeres como planificar o cuidar a los niños, realizan revisiones, o vienen a poner las vacunas.
- La planificación familiar funciona bien, antes había que ir al centro de salud, ahora llego a la comunidad, r, traen la tarjeta y solo entregan los métodos, pastilla, inyección de mes y de tres meses y todas las llevan a la comunidad. nunca ha fallado, la pone la brigadista de la comunidad.
- Los brigadistas son mujeres y hombres. En una casa del brigadista se encargan de que el método este siempre en la comunidad, mantienen esos métodos, las inyecciones para planificar la de mes, de los 3 meses, él la pone y él tiene que pasar esos informes cada mes al centro de salud.
- Tome la decisión de planificar junto con mi esposo y recibí por el MINSA con el brigadista todo el apoyo que necesitaba. Nosotros tomamos esta decisión porque la situación económica, me vinieron a traer a mi casa y me vinieron a dejar.
- Los brigadistas recomiendan ir a la casa materna, pueden pasar varios días, llenan la tarjeta cuando va empezando el embarazo, me orientan cuando iba a ser mi fecha de parto, como ir al centro de salud el día de parto.
- Para llegar al centro de salud tenemos que cruzar un río nos tenemos que preparar mejor y esto recuerdo que surgió porque en una de las veces en que venimos a realizar la pesa llego el Dr. Francisco y aprovecho para hacer una reunión y nos preguntó si queríamos el método en nuestra comunidad y entonces firmamos casi 30 madres que tomamos la decisión solas porque en la mayoría no estaban en ese momento los maridos y hasta ahora el método ha llegado puntual y es la brigadista quien la pone.
- Los mismos brigadistas informan sobre visita de las brigadas de aquí o de otro país.
- El brigadista con el centro de salud llega a las vacunas, cada mes, invitan casa a casa o con papelitos.
- Hay puesto permanente está el brigadista para lo que se da en la comunidad, las mujeres ayudan a los brigadistas.

Q6 Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- No hay brigadista pero no manejan nada solo lo que dan son los métodos de planificar.
- No hay casa base.
- Aquí en la comunidad quien jala el agua somos nosotras mujeres, yo la jalo con mi hija en un bidón, aquí en la cabeza, son al día 4 o 5 bidones, la utilizan para beber, para cocinar, la de lavar es aparte en los ríos.

Q4Alcance de objetivos

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- ¨ En la comunidad una embarazada corre más riesgo, porque si me garran los dolores en mi casa y como el camino es largo corre más riesgo mi vida y mi bebé, mientras si estoy aquí en la casa materna está más cerca el centro de salud o me llevan al hospital, me gusta porque aquí tengo conmigo a mi otro hijo. Mi marido me apoyo para tomar esta decisión y me pudiera venir para acá¨.

- *El plan de parto, es bueno, os brigadista los visitan le facilitan consejos para tener una parto tranquilo y seguro, aconsejan los beneficios que obtienen en el centro de salud, la importancia de ahorrar y prepararse para el día del parto, son controladas en las casas maternas que existen en cada comunidad, te ayudan a darle una identidad al niño ante de haber nacido¨.*
- En las comunidades hay brigadas para poder ayudar a la mujer embarazada a realizar su parto en el centro de salud; los -as brigadistas se responsabilizan están pendiente de cuando es el día aproximado de parto de la mujer, es por eso que en los últimos días mantienen a la mujer el mayor tiempo posible en la casa materna y así poder ser traslada en las ambulancia de emergencia al centro de salud.
- ¨En mi comunidad, gracias a Dios las mujeres son capacitadas de cual y cómo usar los métodos. Hay dos brigadista, un varón y una hembra; ellos van al centro de salud y luego llevan los métodos a la comunidad, miran cuantas mujeres van a planificar, cuando es la fecha que tiene que volver a ponerse la inyección porque igual la mayoría usa ese método¨.
- En mi comunidad capacitaron a una brigadista, están llevando los métodos hasta hace poco como dos meses, en otra se está dando desde hace año y medio, la brigadista trae los tres paquetito para los tres meses y hasta ahora no me ha fallado, siempre me traen las pastillas y yo solo las retiro.
- Llega a puestos de vacunación a una escuelita que se llama San Esteban cada mes, esa escuelita queda en la comunidad, allí ésta también la pesa para los niños. allí llega pesar a los niños cada mes, se sabe que los 10 de cada mes toca pesarlos, hasta ahora todos los meses se ha cumplido 2 meses, desde pequeños hasta 2 años. Además, los niños recibían otros beneficios como la vacuna y remedios.
- El Pesaje, es un grupo de brigadista y todos hacen diferentes funciones, uno pesa, el otro talla, el otro escribe en la tarjeta, el otro revisa si le hace falta control del centro porque después que se pesa hay que llevar a los niños a San Lucas,
- Los brigadistas te dan charlas sobre como debes alimentarte y cuáles son los controles necesarios para que tu hijo no salga enfermo y desnutrido.
- En la comunidad hay pozo, los brigadistas lo están clorando, todos los días. Nos dicen cómo hacer con el agua en la casa, debe cambiarse diario, le echamos 7 gotas a 1 lata de agua, porque no hay que echarlo mucho.
- Allí lo mismo solo a las mujeres nos mandan, porque los hombres están trabajando. Los niños tienen madres y también tienen padres, sólo si la mama está enferma quien lleva al niño es e El papa.

Q6 Dificultades

APORTES SOBRE ASPECTOS A MEJORAR/DIFICULTADES

- Los hombres dicen que no tienen lugar para andar haciendo estos trabajos, entonces nos dejan a nosotras las mujeres, somos las que llegamos siempre llegan las mujeres por eso mismo, por lo que dicen los hombres porque ellos están trabajando.
- Entre el hombre y la mujer, es la madre quien se preocupa por la salud de los niños pero claro el hombre siempre está pendiente.
- Es la mujer que se preocupa para evitar un embarazo.
- Hubo *dos casos donde el marido no quiso, otro donde el marido no quería le encontró las pastillas y se las voto. Se da porque el hombre es un machista y cree que la mujer se la va a pegar y aunque lleguen a las capacitaciones no hacen conciencia¨.*

- A mi comunidad llegan los del centro de salud a ponerla INYECCIÓN aquí, llegan cada catorce de cada mes porque no han encontrado una persona que se haga cargo de eso.
- ¨No teníamos problemas, el señor que los daba ya tenía 5 años de estar en eso, pero ahorita los doctores lo sacaron hasta iban hacer un puesto de salud ahí, ahora vamos a tener problemas porque ahí a las mujeres les tocaba cerquita el punto iban las mujeres de varias comunidades.¨
- Ya no tenemos ese apoyo de los métodos en la comunidad, todas esas personas tendrán que ir al centro de salud, no hay persona capacitada para que nos de los métodos.

Q4. Contribuciones

APORTES POSITIVOS/LOGROS

- El MINSA debe garantizar las actividades porque siempre ellos son los que llegan allá.
- Los brigadistas de la misma comunidad, pero ellos sin apoyo no podría seguirles ayudando.

Enfoque de género:

- Todas las mujeres son ama de casa, una estudia segundo año de enfermería auxiliar, otras hacen cosas extras como lavar y planchar.
- Tienen su huerta en la casa y siembran hortalizas tales como jocote, ayote, pipián, cebolla, guineos, otros crían animales tales como gallina, la vaquita.
- En las actividades como comunidad casi siempre participan más las mujeres porque la pareja sale a trabajar fuera.
- Los dos hemos sido capacitados por UCAN (es una cooperativa) sobre igualdad de género y eso hace que el hombre comprenda que no debe de haber machismo en la familia.
- En los grupos de comunidades diferentes, la mayor parte fueron mujeres solo dos hombres, así pasa en la comunidad no vienen los hombres.
- En la familia las ocupaciones normalmente, ama de casa, soy lavadora 2 horas dilato lavando todos los días. tengo venta, estudiantes, trabajo al machete en el campo. C$ 50.00 el día. de las 7 am a las 3 pm, cuida los hijos de las hijas.
- Ganan para comprar y queda un poquito para las necesidades las enfermedades.
- Se ocupan ayudar al marido, a sembrar, como madre también estamos obligadas a ayudarle al marido y que el marido nos ayude a nosotros. es ayuda para el nada más. Pagada gano C$ 400.00 el mes.
- Las familias están formadas por madres, padres e hijas/os; en las familias viven además abuela, hermanos, suegros; tienen entre 2, 3, 4 y 6 hijos, en general viven aparte en su casa propia.
- En la familia quien la jefatura del hogar, así somos iguales, actuamos todo como pareja, igualmente los 2 nos comprendemos, el también yo le ayudo a él y él me ayuda a mí los dos mandamos; mujer jefa de la familia, los dos somos jefe, cuando se toma una decisión se decide en conjunto.
- Manda más mi esposo él se dice que es el que dirige más entonces estoy más sometido a eso, mi marido también gobierna allí en la casa, les da el gobierno a los hombres a veces piensa que por ser hombre él tiene que mandar en el hogar, yo no tengo que hacer nada, yo te voy a mandar y vas hacer lo que yo diga, yo le doy el mando a él para que él trabaje en las cosas y que el dirija en todo. La jefa es mi mamá, el jefe es mi abuelo, él es que nos manda a todos A veces dicen ellos mandan porque ellos son los jefes que mandan en la casa.
- Muchas comunidades no tienen transporte urbano.

Annex 12. Testimonios más relevantes obtenidos con las técnicas MSC

Caso # 14 {Responde a Q5}
Informante: Dra. Karla Morales {género femenino}
Ubicación: Wiwilí, Jinotega
Fecha de Registro: 15 de Noviembre de 2011
"En el SILAIS Jinotega donde nos reunimos con responsables de FamiSalud/ Compañeros de las Américas, para nosotros como MINSA darles a conocer las comunidades donde en los últimos 10 años teníamos más muertes maternas y de esta forma elegir las intervenciones, según el alcance del proyecto fueron priorizadas en su mayoría, actualmente la coordinación conjunta para alcanzar objetivos propuestos por ambos. Nuestro territorio incluye 185 comunidades incluyendo las indígenas (misquitas) algo que ha impactado es la implementación de ECMAC y Plan Parto, una historio real es una comunidades de plan de grama "San Luis del Faro", donde en años anteriores siempre se presentaban muertes maternas, con la implementación del ECMAC, el brigadista y su familia tienen una actualización real de mujeres que planifican en la comunidad, así como el 100 % de partos institucionales y con acompañamiento de la partera, la verdad esta historia impacta por la gran coordinación que hay entre brigadista, partera, MINSA y FamiSalud."
"La comunidad San Luis del Faro era la cenicienta por muertes maternas, hoy sirven de ejemplo a otras comunidades y pesa más por lo inaccesible que es, tenemos que el brigadistas hace entrega hasta de 40 métodos de planificación en la comunidad, solo hay 5 embarazadas y todas con CPN y como las familias, sus esposas e hijas se involucran en la consejería y seguimiento de estas (son 3 brigadistas y sus familias). En conjunto con el personal de salud del puesto y técnicos de FamiSalud se capacitó esta comunidad y se le da el seguimiento en diferentes momentos…"

Caso # 23 {Responde a Q6}
Altagracia Pérez Mercado. {género femenino}
Líder de Salud.
Comunidad de Rio arriba del Municipio de San Lucas.
Departamento Madriz.
28 de octubre 2011.
"Con PROCOSAN algo que a mí me limitó {confundió}, es que me decían … cuando los niños salían en el recordatorio, que allí se valoraba cuando un niño tenía el peso que por 2 meses seguidos tenía un peso insatisfactorio, entonces yo venía y comenzaba, porque cada caso es diferente, en otros es el mismo por eso es que la consejería es más directa; entonces en algunos momento yo llenando el resultado porque trabajo en PROCOSAN, entonces eso a mí se me dificultaba dar una consejería tan especial para ese niño, pero en algún momento me decía la madre … es que yo no cuento con los almuerzos, … entonces ¿cómo llegar hacer reflexionar a esa madre? … pero si llegábamos a los acuerdos, hacer compromisos, llegábamos a conclusión pero es algo; o sea la dificultad para mí era llenar la hoja del pesado y dar la consejería al mismo tiempo."
"Siempre tienen ellas {las madres} una defensa decía … se me enfermó el niño, estuvo con diarrea, porque siempre son los casos que he visto pero en esa madre, en ese entonces le digo yo que 2 meses seguidos verdad y volver a llegar otra vez a lo mismo y entonces no estaba y lo que hicimos fue hacerle la visita domiciliar, en la casa de la familia y allí entramos más en confianza, entonces con esa madre lo que se hace es referir al centro de salud en donde le dieron el potecito de hierro se le aplicó hierro y también se desparasito a la niña, entonces la madre se sintió más animada y la madre siguió llegando a las sesiones de pesaje".

Annex 13. Cumplimiento de metas nacionales del proyecto FamiSalud de la Fase I y Fase II por resultado

	FASE I				FASE II			
	TOTAL	CUMPLIDO	NO CUMPLIDO	SOBRE-CUMPLIDO	TOTAL	CUMPLIDO	NO CUMPLIDO	SOBRE-CUMPLIDO
OBJETIVO GENERAL: "Contribuir a mejorar el estado de salud de la población nicaragüense a través de cambios positivos en la salud y nutrición de los hogares y las comunidades".	25	10	7	8	51	21	19	11
%	100,0	40,0	28,0	32,0	100,0	41,2	37,3	21,6
Resultado 1: Ampliado y mejorado el servicio, información y cuido de la salud infantil, materna y la planificación familiar, a través de la comunidad.	11	5	2	4	24	10	7	7
%	100,0	45,5	18,2	36,4	100,0	41,7	29,2	29,2
Resultado 1.1 Ampliado los servicios comunitarios de planificación familiar (ECMAC)	4			4	6	4	1	1
Resultado 1.2 Ampliado los servicios comunitarios de cuidados obstétricos esenciales y neonatales, así como la referencia.	7	5	2		12	4	6	2
Resultado 1.3 Ampliada la cobertura de salud del MINSA mediante la red de voluntarios/as y personal capacitados del MINSA.	0				6	2		4
Resultado 2: Mejorada la nutrición, alimentación y las prácticas higiénicas.	14	5	5	4	27	11	12	4
%	100,0	35,7	35,7	28,6	100,0	40,7	44,4	14,8
Resultado 2.1: Reducida la malnutrición global y crónica en comunidades de alto riesgo.	5	1	3	1	6	1	5	
Resultado 2.2: Mejorada la salud infantil a través de la expansión del PROCOSAN.	2		2		8	2	5	1
Resultado 2.3: Cambio de comportamientos positivos sostenibles en hogares y la comunidad, en lavado de manos, práctica de higiene personal y eliminación segura de residuales.	7	4		3	13	8	2	3

Fuente: SM&E de FamiSalud.

Annex 14. Listado de Indicadores de FamiSalud II, según cumplimiento de metas y Líneas de Acción.

NO.	INDICADOR	CUMPLIMIENTO	LÍNEA DE ACCIÓN
R.1.1: Expandir los servicios de planificación familiar basada en la comunidad (ECMAC)			
1.1.1	# comunidades implementando ECMAC y PPF-C	C	**I**
1.1.2	# consejeros de PF entrenados	C	**S**
1.1.3	# mujeres, hombres, adolescentes reciben consejería PF	C	**PS**
1.1.4	# mujeres referidas a la U/S para método PF	NC	**PS**
1.1.5	# personal de salud capacitado en ECMAC	C	**S**
1.1.6	# Mujeres atendidas por la ECMAC	SC	**PS**
R.1.2: Expandidos los servicios de cuidados obstétricos esenciales y la referencia basada en la comunidad			
1.2.1	# mujeres embarazadas con Atención Prenatal (APN)	SC	**PS**
1.2.2	# mujeres puérperas con parto atendido por personal calificado	NC	**PS**
1.2.3	# mujeres puérperas referida a U/S para atención del puerperio	NC	**PS**
1.2.4	# mujeres puérperas reciben información en el cuidado del RN	NC	**PS**
1.2.5	# mujeres puérperas con visita en 1ros 3 d después del parto	NC	**PS**
1.2.6	# mujeres embarazadas con Plan de Parto	SC	**PS**
1.2.7	# comunidades implementando Plan de Parto	C	**I**
1.2.8	# voluntarios capacitados en Plan de Parto	C	**S**
1.2.9	# personal de salud capacitado en Plan de Parto	C	**S**
1.2.10	# comunidades implementando CONE- C	NC	**I**
1.2.11	# parteras capacitadas en CONE- C	C	**S**
1.2.12	# personal de salud capacitado en CONE- C	NC	**S**
R.1.3: Expandido el alcance de las unidades de salud del MINSA a través de los voluntarios comunitarios de FamiSalud y capacitados por el MINSA			
1.3.1	# U/S que desarrollan actividades mensuales con los voluntarios	SC	**C**
1.3.2	# U/S con Comités de Salud Comunitario funcionando	SC	**C**
1.3.3	# U/S del MINSA con personal capacitado	C	**C**
1.3.4	# personal de salud capacitado por FamiSalud	SC	**S**
1.3.5	Total de unidades de salud a atender	SC	**C**
1.3.6	Total de comunidades a atender	C	**C**
R.2.1: Reducida la desnutrición crónica y global en comunidades de alto riesgo			
2.1.1	# niños < de 2 años asisten a sesiones de pesaje	NC	**PS**
2.1.2	# niños con crecimiento satisfactorio	NC	**PS**

2.1.3	# niños con crecimiento No Satisfactorio en 2 meses consecutivos	NC	**PS**
2.1.4	# comunidades implementando PROCOSAN	C	**I**
2.1.5	# voluntarios capacitados en PROCOSAN	NC	**S**
2.1.6	# personal de salud capacitado en PROCOSAN	NC	**S**
R.2.2: Mejorada la salud infantil a través de la ampliación del uso de PROCOSAN			
2.2.1	# niños < de 5 años con diarrea y reciben SRO	NC	**PS**
2.2.2	# niños < de 5 años con IRA referido U/S a tratamiento (Neumonía)	NC	**PS**
2.2.3	# niños < de 6 meses alimentados con LME	SC	**PS**
2.2.4	# RN reciben visitas postnatales en los 3 1ros días de vida	NC	**PS**
2.2.5	# comunidades implementando Manejo de Casos Comunitario	NC	**I**
2.2.6	# comunidades implementando AIEPI	C	**I**
2.2.7	# voluntarios capacitados en AIEPI	C	**S**
2.2.8	# personal de salud capacitados en AIEPI	NC	**S**
Resultado 2.3: Incrementado los comportamientos positivos y sostenibles en el hogar y la comunidad en el lavado de manos, la higiene personal y prácticas de deposición segura.			
2.3.1	# familias almacenan apropiada y usan agua tratada para beber, cocinar	C	**PS**
2.3.2	# personas mensajes lavado de manos alimentos, comer y letrina	SC	**PS**
2.3.3	# litros de agua tratada con un método por familia	NC	**PS**
2.3.4	# comunidades implementando Agua Segura	C	**I**
2.3.5	# voluntarios capacitados en Agua Segura	C	**S**
2.3.6	# personal de salud capacitados en Agua Segura	NC	**S**
2.3.7	# comunidades implementando Cambio de Comportamientos	C	**I**
2.3.8	# voluntarios capacitados en Cambio de Comportamientos	C	**S**
2.3.9	# personal de salud capacitados en Cambio de Comportamientos	C	**S**
2.3.10	# ESCUELAS implementando Coloreando en Salud	C	**I**
2.3.11	# personal de MINED capacitados en Coloreando en Salud	SC	**S**
2.3.12	Total escolares realizando actividades de Coloreando en Salud (1 a 3 Grado)	C	**PS**
2.3.19	# escolares realizando actividades de Coloreando en Salud (4to a 6to Grado)	SC	**PS**

Nota: **CUMPLIMIENTO**: **C** (Cumplido), **NC** (No Cumplido), **SC** Sobre Cumplido)
Línea de Acción: **I** (Implementación), **PS** (Prestación de Servicios), **C** (Coordinación), **S** (Sostenibilidad)

Annex 15. Cuadro de indicadores de FamiSalud II, según escala para valorar cumplimiento de metas y clasificados por líneas de acciones, 2011

NO.	INDICADOR	FAMISALUD/USAID II		
		META	REALIZADO	%
R.1.1: Expandir los servicios de planificación familiar basada en la comunidad (ECMAC)				
1.1.1	# comunidades implementando ECMAC y PPF-C	804	764	95%
1.1.2	# consejeros de PF entrenados	1,782	1,775	100%
1.1.3	# mujeres, hombres, adolescentes reciben consejería PF	87,506	79,855	91%
1.1.4	# mujeres referidas a la U/S para método PF	23,607	14,428	61%
1.1.5	# personal de salud capacitado en ECMAC	420	413	98%
1.1.6	# mujeres atendidas por la ECMAC	6,431	10,093	157%
R.1.2: Expandidos los servicios de cuidados obstétricos esenciales y la referencia basada en la comunidad				
1.2.1	# mujeres embarazadas con Atención Prenatal (APN)	8,510	10,107	119%
1.2.2	# mujeres puérperas con parto atendido por personal calificado	8,167	5,446	67%
1.2.3	# mujeres puérperas referida a U/S para atención del puerperio	9,134	6,018	66%
1.2.4	# mujeres puérperas reciben información en el cuidado del RN	9,134	6,329	69%
1.2.5	# mujeres puérperas con visita en 1ros 3 d después del parto	8,981	5,271	59%
1.2.6	# mujeres embarazadas con Plan de Parto	8,510	10,441	123%
1.2.7	# comunidades implementando Plan de Parto	804	792	99%
1.2.8	# voluntarios capacitados en Plan de Parto	2,950	3,103	105%
1.2.9	# personal de salud capacitado en Plan de Parto	441	451	102%
1.2.10	# comunidades implementando CONE- C	302	247	82%
1.2.11	# parteras capacitadas en CONE- C	277	265	96%
1.2.12	# personal de salud capacitado en CONE- C	132	86	65%
R.1.3: Expandido el alcance de las unidades de salud del MINSA a través de los voluntarios comunitarios de FamiSalud y capacitados por el MINSA				
1.3.1	# U/S que desarrollan actividades mensuales con los voluntarios	265	294	111%
1.3.2	# U/S con Comités de Salud Comunitario funcionando	265	293	111%
1.3.3	# U/S del MINSA con personal capacitado	265	274	103%
1.3.4	# personal de salud capacitado por FamiSalud	652	759	116%
1.3.5	Total de unidades de salud a atender	265	294	111%
1.3.6	Total de comunidades a atender	804	794	99%
R.2.1: Reducida la desnutrición crónica y global en comunidades de alto riesgo				
2.1.1	# niños < de 2 años asisten a sesiones de pesaje	7,782	6,194	80%
2.1.2	# niños con crecimiento satisfactorio	6,381	4,161	80%

2.1.3	# niños con crecimiento No Satisfactorio en 2 meses consecutivos	467	330	6%
2.1.4	# comunidades implementando PROCOSAN	583	571	98%
2.1.5	# voluntarios capacitados en PROCOSAN	1,719	1,359	79%
2.1.6	# personal de salud capacitado en PROCOSAN	484	304	63%
R.2.2: Mejorada la salud infantil a través de la ampliación del uso de PROCOSAN				
2.2.1	# niños < de 5 años con diarrea y reciben SRO	15,129	7,371	49%
2.2.2	# niños < de 5 años con IRA referido U/S a tratamiento (Neumonía)	11,700	3,349	29%
2.2.3	# niños < de 6 meses alimentados con LME	1,521	2,570	169%
2.2.4	# RN reciben visitas postnatales en los 3 1ros días de vida	9,134	5,271	58%
2.2.5	# comunidades implementando Manejo de Casos Comunitario	55	23	42%
2.2.6	# comunidades implementando AIEPI	221	223	101%
2.2.7	# voluntarios capacitados en AIEPI	679	638	94%
2.2.8	# personal de salud capacitados en AIEPI	425	196	46%
Resultado 2.3: Incrementado los comportamientos positivos y sostenibles en el hogar y la comunidad en el lavado de manos, la higiene personal y prácticas de deposición segura.				
2.3.1	# familias almacenan apropiada y usan agua tratada para beber, cocinar	31,797	31,963	101%
2.3.2	# personas mensajes lavado de manos alimentos, comer y letrina	118,452	140,119	118%
2.3.3	# litros de agua tratada con un método por familia	85326,626	49956,314	59%
2.3.4	# comunidades implementando Agua Segura	804	724	90%
2.3.5	# voluntarios capacitados en Agua Segura	2,267	2,195	97%
2.3.6	# personal de salud capacitados en Agua Segura	265	192	72%
2.3.7	# comunidades implementando Cambio de Comportamientos	12	12	100%
2.3.8	# voluntarios capacitados en Cambio de Comportamientos	26	26	100%
2.3.9	# personal de salud capacitados en Cambio de Comportamientos	4	4	100%
2.3.10	# ESCUELAS implementando Coloreando en Salud	164	171	104%
2.3.11	# personal de MINED capacitados en Coloreando en Salud	382	459	120%
2.3.12	Total escolares realizando actividades de Coloreando en Salud (1 a 3 Grado)	23,060	21,443	93%
2.3.19	# escolares realizando actividades de Coloreando en Salud (4to a 6to Grado)	871	1,694	194%

Fuente: Proyecto Familias Unidas por su Salud FamiSalud/USAID
Informe Final octubre 2009 - septiembre 2011

Nota: **CUMPLIMIENTO: Cumplido: 90 -110%; No Cumplido: Menos de 90%; Sobre Cumplido: 110% o más.**

Nota: El cálculo de porcentaje de cumplimiento de metas del Indicador 2.1.3. es inexacto, tal como aparece en la fuente.

Annex 16. Cuadro indicadores por estrategia y línea de acción FamiSalud Fase II.

LINEAS DE ACCIÓN	ECMAC	Plan de Parto	Apoyo a Red del MINSA	PROCOSAN	AIEPI	SALUD AMBIENTAL	# C	%
Implementación Número de Indicadores: 9 Comprende indicadores de cobertura de las estrategias en comunidades y (escuelas en CS).	111:# com implem.	127: # com impl 1210: # com impl CONE		214: # com imple	225: # com impl manejo CC 226: # com impl AIEPI	234: # com impl AS 237: # com impl CC 2310: # Esc impl CS	7	78
Prestación de Servicios Número de Indicadores: 21 Comprende indicadores de actividades tanto de promoción (consejerías LME/RN/mensajes en pob., familias y escuelas), como preventivas (consejería, referencias, APN, control de peso,) y curativas (tx de <5â con EDA o IRA)	113: # M,H adolescentes c/conseje 114: # M ref. a U/S 116:# M atendidas	121: M c/APN 122: MP c/parto c/pers calif 123: MP ref a U/S 124: MP c/inf p/RN 125: MP c/vis e/3 días 126: ME c/PP		211: # <2â e/pesaje 212: # <2â P/E nor 213: # <2â P/E des e/2m	221: #<5â c/EDA c/SRO 222: #<5â c/IRA ref Tx 223: # <6m c/LME 224: # RN c/vis e/3 días	231:# fam c/agua tx 232: # pob c/mens hig 233: # Lt d/agua tx 2312: # Esc 1-3 c/CS 2319: # Esc 1-3 c/CS	3	14
Coordinación Número de Indicadores: 5 Comprende indicadores de situación de recursos y grado de interacción de las U/S c/la comunidad.			131: # U/S c/act c/vol 132: # U/S c/ CSC 133: # U/S c/pers capac 135: # U/S atend 136: # com atend				2	40
Sostenibilidad Número de Indicadores: 16 Comprende indicadores de capacitación a personal institucional de salud y del MINED, así como la capacitación a personal comunitario.	112: consejeros entrenados* 115: # Pers capac.	128:# vol. Capac* 129: # pers capac 1211: # parteras capac e/CONE* 1212: # pers capac e/CONE	134: pers capac p/FS	215: # vol capac* 216: # pers capac	227: # Vol cap e/AIEPI* 228: # pers capac e/AIEPI	235: # vol capac AS* 236: # pers capac e/AS 238: # vol capac CC* 239: # pers capac e/CC 2311:# pers MINED capac e/CS*	9	56

Nota: Esta cuadro incorpora indicadores de capacitación a comunitarios y a personal MINED en sostenibilidad como recomienda USAID.

LEYENDA DE COLORES: Indicadores en **Rojo** significa **NO CUMPLIDO cuando alcanzan menos del 90% de la meta.** Indicadores en Azul significa CUMPLIDO cuando alcanzan entre el 90 y 110% de la meta. Indicadores en Lila significa SOBRECUMPLIDO cuando alcanzan más del 110% de la meta.