



CURAMERICAS/GUATEMALA
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL BASADO EN EL CENSO Y ORIENTADO AL IMPACTO
1 DE OCTUBRE DE 2002 – 30 DE SEPTIEMBRE DE 2007

INFORME DE EVALUACIÓN FINAL



**Municipios de San Miguel Acatán, San Rafael La Independencia,
y San Sebastián Coatán**

Departamento de Huehuetenango, Guatemala

Fechas: 21 de agosto – 7 de septiembre de 2007

Elvira Beracochea, Líder del Equipo de Evaluación y Consultora Externa

Mario Valdez, Director del Programa de Supervivencia Infantil, Curamericas/Guatemala

Henry Perry, Coordinador de Programas Internacionales, Cuartel General Global de Curamericas/EE. UU.

Nancy Nix, Especialista Senior de Programas, Sede Global de Curamericas/EE. UU.

Gina Stracuzzi, Asistente del Equipo de Evaluación, Voluntaria

Esta Evaluación Final se completó en cumplimiento con el Acuerdo de Cooperación

HFP-A-10-02-00034-00

Enviado a:

USAID/GH/HIDN/NUT/CSHGP

Edificio Ronald Reagan de la Agencia de EE. UU. para el Desarrollo Internacional,

1300 Pennsylvania Avenue NW, Habitación 3.7-74, Washington, D.C. 20523-3700

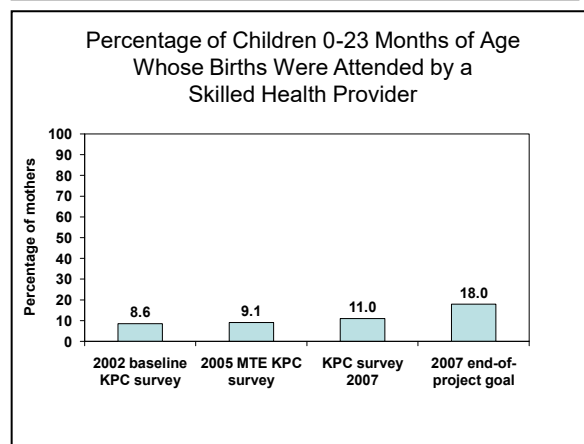
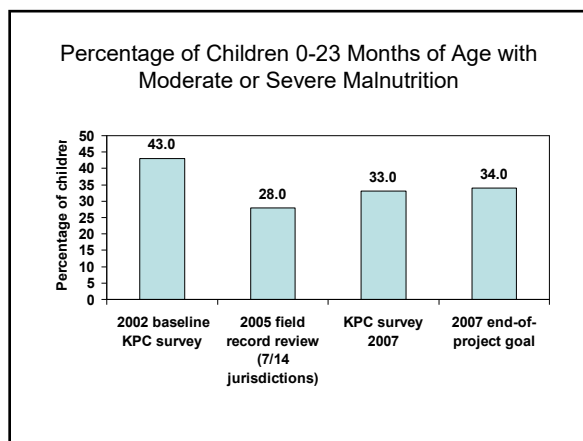
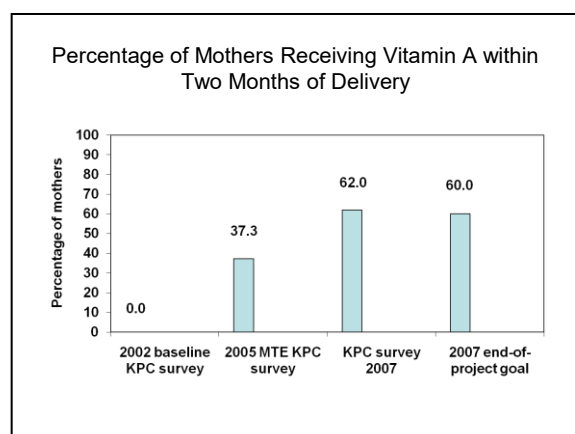
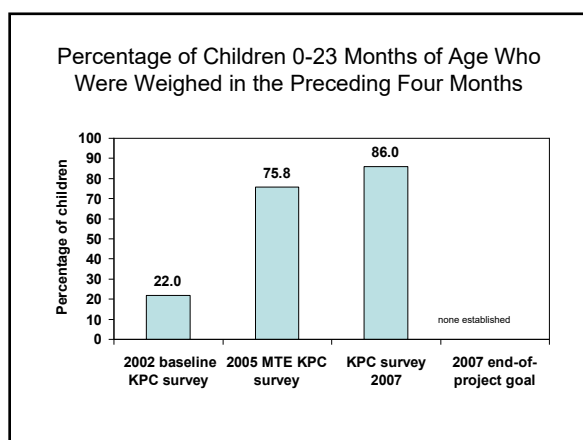
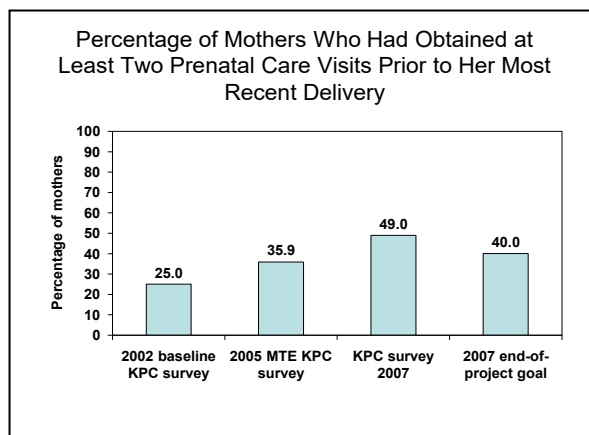
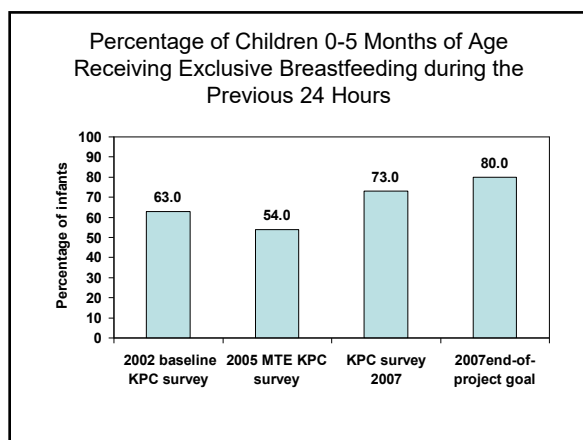
Enviado por:

Curamericas Global, Inc., 2245 North Hills Drive, Suite E, Raleigh, NC 27612

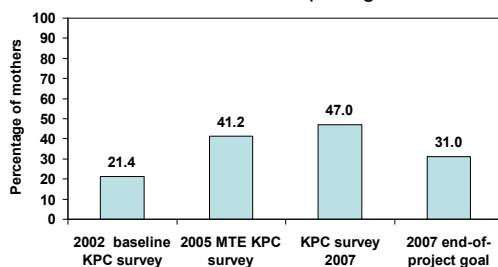
Teléfono: 919-510-8787 Fax: 919-501-8611

[February 20, 2026]

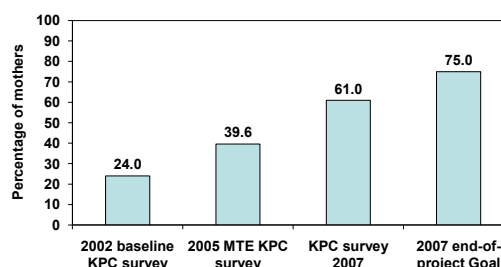
Principales logros del proyecto



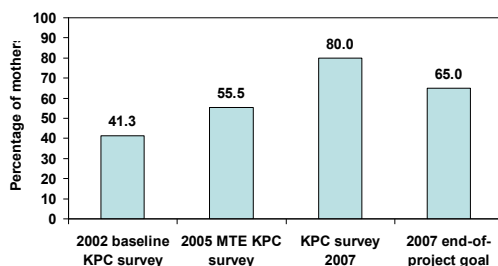
Percentage of (Non-Pregnant) Mothers Who Desire No More Children in the Next Two Years (or Who Aren't Sure) Who Are Using a Modern Method of Child Spacing



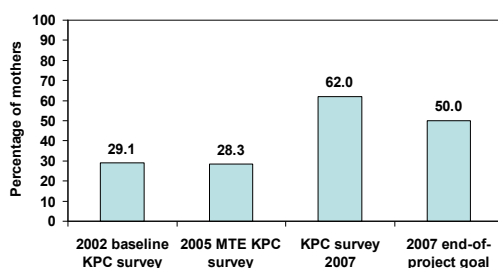
Percentage of Mothers of Children 0-23 Months of Age Who Know at Least Two Signs of Childhood Illness Which Indicate the Need for Treatment



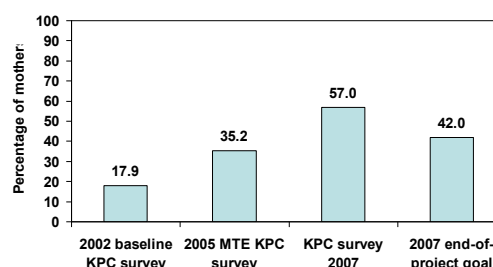
Percentage of Mothers of Infants Who Know at Least One Place Where She Can Obtain a Method of Child Spacing



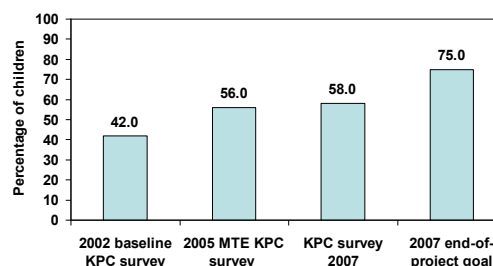
Percentage of Children 0-23 Months of Age with Cough and Fast/Difficult Breathing Who Were Taken to a Health Facility or Who Received Antibiotics from an Alternative Source



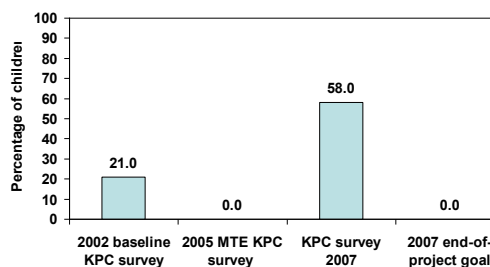
Percentage of Children 0-23 Months of Age with Diarrhea Who Received Oral Rehydration (ORS) and/or Recommended Home Fluids (RHF)



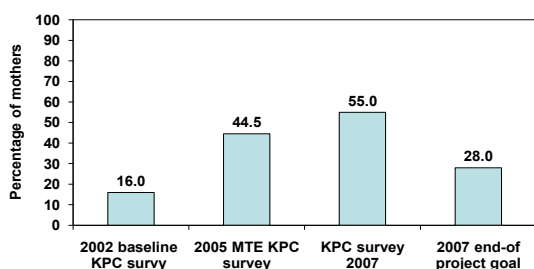
Percentage of Children 13-23 Months of Age Completely Vaccinated before 13 Months of Age



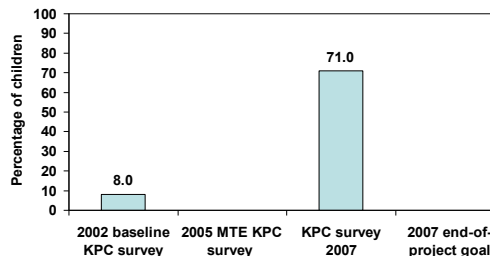
Percentage of mothers that know at least two danger signs of children's illnesses



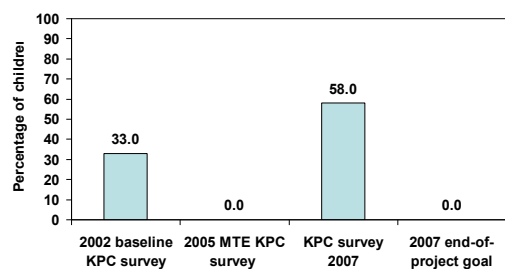
Percentage of Mothers Receiving at Least Two Tetanus Toxoid Immunizations Prior the Birth of Her Child



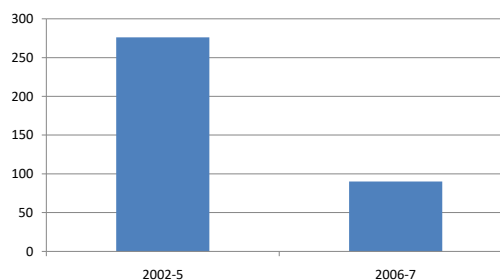
Percentage of Mothers of Children 0-23 Months that Received Health Education in the Last 3 Months

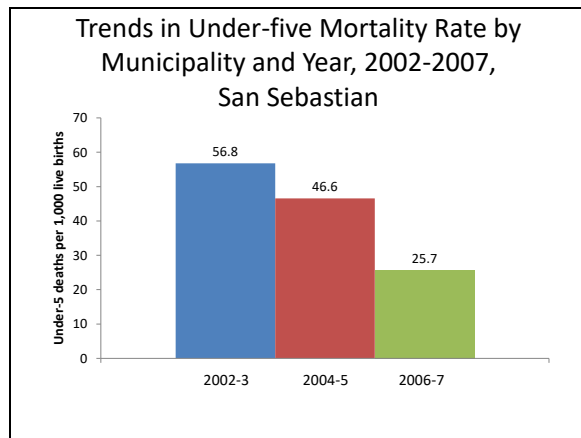


Percentage of Mothers that Received or Purchased Iron Tablets During their Last Pregnancy.



Maternal Mortality Ratio by Year, 2002-2007





ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	VI
ACRONÍMICOS Y DEFINICIONES.....	VII
R. RESUMEN EJECUTIVO.....	-1-
B. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E IMPACTO DEL PROYECTO.....	-8-
B.1. RESUMEN DE RESULTADOS.....	-8-
B.2. ENFOQUE TÉCNICO.....	-8-
Resumen de B.2.a.....	-8-
B.2.b. Resultados del proyecto por área del proyecto.....	
B.2.c. Herramientas y enfoques desarrollados.....	-19-
B.3. RESULTADOS DE LOS ENFOQUES TRANSVERSALES.....	-20-
B.3.a. Movilización y participación comunitaria.....	-20-
B.3.b. Comunicación para el cambio de conducta.....	-22-
B.3.c. Enfoque de Fortalecimiento de Capacidades.....	
B.3.d. Estrategia de Sostenibilidad.....	-23-
B.4. RESULTADOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	-23-
C. GESTIÓN DE PROYECTOS.....	-24-
C.1. PLANIFICACIÓN.....	-24-
C.2. FORMACIÓN DEL ESTADO MAYOR.....	-24-
C.3. SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DEL PROYECTO.....	-24-
C.4. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	-24-
C.5. GESTIÓN FINANCIERA.....	-25-
C.6. LOGÍSTICA.....	-27-
C.7. GESTIÓN DE INFORMACIÓN.....	-27-
C.8. APOYO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO.....	-27-
C.9. COLABORACIÓN EN MISIONES.....	-28-
C.10. GESTIÓN DE LAS LECCIONES APRENDIDAS.....	-28-
D. OTROS RESULTADOS.....	-28-
E. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	-28-
F. RESULTADOS DESTACADOS.....	-33-
ANEXO 1. OBJETIVOS, INDICADORES Y REFERENCIAS	
POR AÑO DE PROYECTO.....	-42-
ANEXO 2. ACTIVIDADES QUE APOYARON LOGROS	
DE OBJETIVOS QUE APORTABAN VALOR A SAIS.....	-47-
ANEXO 3. MIEMBROS DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN Y PROYECTO	
MIEMBROS DEL PERSONAL... ..	-53-
ANEXO 4. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE EVALUACIÓN.....	-54-
ANEXO 5. LISTA DE PERSONAS CONTACTADAS Y/O ENTREVISTADAS	-55-

ANEXO 6. BUENAS PRÁCTICAS.....	-56-
ANEXO 7. ANÁLISIS DE DATOS DE MORTALIDAD.....	-58-
ANEXO 8. POBLACIÓN POR JURISDICCIÓN.....	-69-
ANEXO 9. PERSONAL FORMADO.....	-70-
ANEXO 10. INFORME FINAL KPC.....	-73-
ANEXO 11. FORMULARIO DE DATOS DEL PROYECTO.....	-114-
ANEXO 12. CD-ROM	

Agradecimientos

La Dra. Elvira Beracochea, la Evaluadora Externa, desea agradecer a los miembros del Proyecto de Supervivencia Infantil de Curamericas/Guatemala CBIO —y especialmente al Dr. Mario Valdez— por su hospitalidad y arduo trabajo, así como a la gente del área del Proyecto por su participación y cooperación en la elaboración de este informe. También estamos muy agradecidos a Henry Perry (Coordinador de Programas Internacionales, Curamericas-Global, Inc.) y Nancy Nix (Especialista Senior de Programas, Curamericas-Global, Inc) y a Gina Stracuzzi (Asistente de Evaluación, Voluntaria) por su participación en la evaluación y su ayuda en el análisis de la evaluación y la preparación de este informe.

Acrónimos y definiciones

ANC	Atención Prenatal
ARI	Infección respiratoria aguda
BCC	Comunicación sobre el cambio de comportamiento
CBIO	Basado en el censo, orientado al impacto
CDD	Control de las enfermedades diarreicas
CG	Grupo de Atención
CI	Intervalo de confianza
CS	Supervivencia infantil
DHS	Encuesta de Salud Demográfica
DIP	Plan de Implementación Detallado
DPT	Difteria, tos ferina y tétanos (inmunización)
EOP	Fin del proyecto
EOC	Atención obstétrica de urgencias
Alimentación exclusiva	Lactancia materna exclusiva
EPI	Programa ampliado de inmunizaciones
CF	Facilitador comunitario (<i>Facilitador comunitario</i>)
FE	Evaluación final
SI	Facilitador institucional (<i>Facilitador institucional</i>)
GM/P	Seguimiento y promoción del crecimiento
HFA	Evaluación de instalaciones sanitarias
SU	Sistema de Información Sanitaria
HH	Hogares
Cuartel General	Sede
IMCI	Gestión Integrada de las Enfermedades Infantiles
KPC	Conocimiento, Práctica y Cobertura
LQAS	Muestreo de Garantía de Calidad del Lote
MCH	Salud materno-infantil
Dama de Honor	Ministerio de Sanidad
MTE	Evaluación a medio plazo
ONG	Organización no gubernamental
ORS	Solución de rehidratación oral
ORT	Terapia de Rehidratación Oral
P.D.	Desviación positiva
PHN	Población, salud y nutrición
PVO	Organización Privada Voluntaria
QIV	Verificación de mejora de calidad
RHFs	Líquidos domésticos recomendados
SIAS	<i>Sistema Sanitario Integral</i> (Sistema Integrado de Atención Sanitaria, un programa gubernamental)
TAMBIÉN	Asistente de parto tradicional
TT	Toxoide antitétanico (inmunización)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WAZ	Puntuación Z por peso por edad
WRA	Mujeres en edad reproductiva

A. Resumen ejecutivo

Este informe presenta la evaluación final del Proyecto de Supervivencia Infantil Basada en el Censo de Curaméricas/Guatemala (CBIO). El proyecto comenzó el 1 de octubre de 2002 y finalizó el 30 de septiembre de 2007. Ha servido a tres distritos o municipios muy aislados en el Departamento de Huehuetenango, en el noroeste de Guatemala. Dentro de estos municipios, Curamericas eligió las comunidades más aisladas con las tasas de mortalidad más altas. El terreno es muy accidentado y, aunque en este momento se están construyendo nuevas carreteras, todavía hay comunidades a las que no se puede llegar en vehículo. La temporada de lluvias y los consiguientes deslizamientos de tierra hacen que la mayoría de las carreteras sean intransitables.

Además de los desafíos en infraestructuras, cada distrito tiene diferentes orígenes culturales y utiliza distintos idiomas. El akateko se habla en San Miguel Acatán y San Rafael La Independencia, y el Chuj se habla en San Sebastián Coatán. La red de centros de salud y el grado de desarrollo de los servicios comunitarios eran muy diferentes en cada distrito. Cuando comenzó el proyecto, la población del distrito de San Sebastián Coatán contaba con más de diez años de experiencia trabajando con diversos proveedores comunitarios, mientras que la población del distrito de San Rafael La Independencia no tenía ninguna, y el distrito de San Miguel Acatán se encontraba en el centro de este espectro. Los tres distritos también han sufrido la larga tradición de desconfianza hacia las actividades de desarrollo comunitario, un vestigio de una guerra civil de 30 años que terminó hace solo una década. Las diferencias lingüísticas y culturales plantearon diversos desafíos de implementación que el proyecto abordó contratando personal e involucrando a trabajadores comunitarios de aquellas comunidades que hablaban el idioma local, así como desarrollando materiales de comunicación en español y en la lengua local.

La población objetivo ha disminuido a lo largo de la vida del proyecto debido a la migración hacia fuera. En el momento de la evaluación a mitad de plazo (MTE), había 12.281 niños de 0 a 59 meses de edad y 14.272 mujeres en edad reproductiva (ARM). En el momento de la evaluación final (FE), había 11.134 niños y 11.123 WRA. La población total del área del proyecto en MTE era de 66.381 personas. En el momento de la evaluación final, había 62.428 habitantes en 118 aldeas (*Pueblos*) de los cuales 49 están en San Sebastián Coatán, 21 en San Rafael La Independencia y 48 en San Miguel Acatán.

En este contexto, el Proyecto colaboró con el Ministerio de Salud (MOH) y las comunidades para proporcionar intervenciones de supervivencia infantil bien conocidas y efectivas y asignó un nivel de esfuerzo acorde a la magnitud de los problemas: la nutrición (incluida la promoción de la lactancia materna) representaba el 30% del nivel de esfuerzo (LOE); Cuidado materno y neonatal, 25%; Neumonía infantil, 15%; Control de la diarrea infantil, 10%; Espaciamiento entre hijos, 10%; y las vacunas tenían un 10%.

Los objetivos del proyecto eran:

- Mejorar el alcance y la calidad de la atención preventiva y curativa proporcionada a niños y mujeres embarazadas mediante visitas domiciliarias, actividades de divulgación y una mejor atención en las instalaciones; y,
- Mejorar la prevención de enfermedades infantiles en el hogar, así como mejorar el reconocimiento, tratamiento y búsqueda de cuidados en el hogar cuando ocurra.

Enfoque técnico general

Para alcanzar estos objetivos, el Proyecto combinó la metodología Basada en el Censo y Orientada al Impacto (CBIO) con el Modelo de Grupos de Atención. El Modelo de Grupo de Atención incluía la formación y apoyo de una red de voluntarios de salud de la aldea, que incluía a 321 comunicadores de salud, cada uno responsable de 10-15 hogares circundantes. Se proyectaba que el número de *Comunicadoras* superaría las 400, pero la resistencia de los maridos y la familia impidió la participación de varias madres que habían mostrado interés en unirse al proyecto al principio. Al principio, las *Comunicadoras* apenas llegaron a 200, pero la resistencia ha disminuido y ahora más madres quieren unirse. La Comunicadora de Salud organizaba reuniones de grupos de madres, llamadas Grupos de *Autocuidado*, con quienes vivían en hogares de su jurisdicción y realizaba visitas domiciliarias según las necesidades de salud de cada familia. Al final del proyecto, había más de 300 Grupos de Autocuidado activos, cada uno dirigido por un comunicador de salud.

La red de trabajadores comunitarios también incluía 62 Facilitadores Comunitarios (CFs, o Facilitadores Comunitarios) remunerados por proyectos, que recibieron formación adicional para apoyar el trabajo de los Comunicadores de Salud. Los facilitadores comunitarios cobraban una media de 500 quetzales (unos 80 dólares estadounidenses) dependiendo del número de comunidades a las que atendían. Estos facilitadores también prestaron servicios en centros de atención preventiva denominados "*Centros de Convergencia*". Grupos de diez comunicadores de salud forman un Grupo de Atención, que se reunía mensualmente con un Facilitador Comunitario para continuar la formación y reportar las actividades del proyecto, incluyendo la notificación de nacimientos y defunciones; los Facilitadores Comunitarios fueron formados y apoyados por tres Educadores en Salud, uno en cada municipio. El Educador en Salud también se encargaba de observar y supervisar a los CFs para garantizar la calidad y coherencia de su trabajo y de los mensajes de salud.

Para mejorar la atención en instalaciones, el proyecto formó y apoyó a 15 Facilitadoras Institucionales (IFs), que dotaron de personal igual de instalaciones sanitarias mínimas (*Unidades Mínimas*). El IF, normalmente un enfermero auxiliar, era responsable de todas las actividades sanitarias en la jurisdicción. El FI planificó, implementó y supervisó todos los indicadores de supervivencia infantil (CS) del Proyecto en su jurisdicción según el plan de trabajo del proyecto. El IF también realizó debates en grupos focales y recopiló datos para investigaciones operativas y encuestas de Conocimiento, Práctica y Cobertura (KPC). También desarrolló la capacidad, supervisó a los CFs en su jurisdicción y los acompañó en visitas domiciliarias seleccionadas que los

CF habían identificado. El IF también recopilaba la información sobre eventos vitales proporcionada por las CF en su jurisdicción.

La metodología CBIO fue una de las razones más importantes —si no la principal— del éxito de este proyecto. Consistía en determinar las prioridades sanitarias locales definidas tanto por la información epidemiológica adquirida localmente como por la propia población local. El enfoque de la CBIO estaba fuertemente basado en la comunidad debido a las alianzas comunitarias, que surgieron en el proceso de recopilación de información vital y definición de prioridades sanitarias, así como en la implementación y evaluación de programas. La evaluación a medio plazo (MTE) reveló que el Proyecto de Supervivencia Infantil del CBIO había avanzado significativamente hacia el cumplimiento de los objetivos de fin de proyecto (EOP). Entonces, el Proyecto también había logrado avances notables en la construcción de alianzas con las comunidades, cartografiando las comunidades para identificar todos los hogares y realizando un censo de todos los hogares identificados. Este fue un esfuerzo importante, especialmente a la luz del aislamiento y el terreno difícil de la zona del Proyecto y la desconfianza y sospecha iniciales que se encontraron en las comunidades. En la evaluación final, la metodología CBIO también demostró ser un enfoque sencillo y, al mismo tiempo, eficaz para mejorar los indicadores de CS basándose en información fiable del censo.

De hecho, una de las ventajas de la combinación de las metodologías de CBIO y Care Group utilizadas en el Proyecto fue que incluían el registro de eventos vitales y el seguimiento de las tasas de mortalidad, lo que permitió la evaluación continua del impacto del proyecto. En el momento de la MTE, la participación comunitaria seguía siendo baja y la cobertura del registro de eventos vitales seguía siendo incompleta. Por lo tanto, los niveles basales de mortalidad infantil y materna se basaron en informes incompletos de eventos vitales. Por tanto, aún no existía evidencia estadística objetiva sobre el impacto en la mortalidad. Durante la evaluación final se evaluó el impacto en la mortalidad. A partir de entonces, se pudo determinar que el proyecto tuvo un impacto significativo en la mejora del registro y en las tasas de mortalidad. La curva de mortalidad muestra que el proyecto tuvo un impacto particularmente significativo en los dos últimos años, cuando la notificación y las autopsias verbales se volvieron rutinarias. Esto también sugiere que se necesita tiempo para alcanzar el impacto de la mortalidad y puede necesitar una cierta masa crítica en términos del número de familias alcanzadas y de madres cuyos comportamientos han cambiado.

La evaluación final fue un ejercicio participativo que tuvo lugar del 27 de agosto al 7 de septiembre de 2007. La metodología de evaluación consistió en tres días de visitas de campo por toda el área del Proyecto, numerosas conversaciones con el personal del Proyecto, entrevistas con informantes clave, incluyendo el personal de la sede global de USAID y Curamericas, grupos focales en las comunidades, revisión de la encuesta Mini-KPC de julio de 2007 y análisis de los registros de campo de parte del área del Proyecto.

El equipo final de evaluación primero discutió los pasos dados para responder a las recomendaciones de la MTE, y descubrimos que el proyecto había percibido las

recomendaciones como excelentes oportunidades para mejorar su trabajo y las había abordado todas. Una de las recomendaciones del MTE fue mejorar las prácticas de educación sanitaria basándose en lo que parecía ser una dependencia excesiva de métodos didácticos y escritos de enseñanza, y la falta de plena participación entre quienes se imparten. El equipo del proyecto recopiló materiales de "educación de adultos" y estudió diversas metodologías para modificar su enfoque educativo y hacerlo más participativo e interactivo. La metodología educativa mejorada se amplió rápidamente a los tres sitios del proyecto.

Hallazgos principales

El proyecto ha alcanzado 20 de sus 24 indicadores ambiciosos. Los cuatro restantes se lograron en varias jurisdicciones, pero no en el Proyecto en su conjunto. Sin embargo, dada la tendencia actual, se espera que en un año todos los distritos alcancen todos los indicadores.

El proyecto mejoró las prácticas nutricionales, incluida la lactancia materna exclusiva, en los tres municipios, y el porcentaje de niños desnutridos disminuyó del 43% al 33% por encima del objetivo de la EOP (34%). También se informó que las mejoras en la nutrición estaban relacionadas con mejoras en el cuidado del recién nacido. La lactancia materna inmediata y exclusiva aumentó del 54% en la MTE al 73% en la KPC final, pero por debajo del 80% del objetivo EOP. Sin embargo, este objetivo se superó en las tres jurisdicciones de San Miguel, alcanzando en algunos casos el 90% y el 87%. La investigación operativa realizada por el equipo del proyecto mostró que la encuesta de referencia probablemente había sobrestimado la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y las madres temían decir que preferían el uso de biberones. En consecuencia, la práctica de proporcionar otros líquidos fue subestimada. Las madres también informaron que desecharon el calostro porque creían que esta primera leche era "débil" y que solo era el resultado de impurezas mamarias acumuladas durante el embarazo. Los materiales educativos se ajustaron para abordar esta creencia y el número de madres que dieron lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas de vida ha aumentado.

El suministro de vitamina A a madres posparto pasó de cero al 67%, superando el objetivo de EOP (60%) en el área del proyecto. Las madres informaron que valoran recibir la vitamina justo después del parto. El valor percibido de la vitamina A facilitó la notificación de partos porque las madres querían recibir la vitamina lo antes posible.

La salud materna también ha mejorado y el proyecto superó el objetivo de la EOP (40%), alcanzando al 49% de las madres que tuvieron dos o más visitas prenatales. El porcentaje de madres que recibieron pastillas de hierro también ha aumentado del 33% al 58%. La entrega por parte de un asistente cualificado ha aumentado, pero sigue siendo baja, sin alcanzar el objetivo de la EOP. La falta de instalaciones de parto abiertas las 24 horas y el terreno accidentado dificultan mucho que las madres accedan a una asistente cualificada. Sin embargo, el proyecto ha formado a Asistentes de Parto Tradicionales (TBAs) y ha trabajado con las comunidades para construir casas de espera para maternidad. Uno se abrió con éxito en San Sebastián, donde la comunidad está muy activa e implicada. El proyecto también colaboró con ONG locales para proporcionar crías de recién nacidos limpias a las futuras madres.

El manejo de la neumonía y la diarrea infantil ha mejorado notablemente. El porcentaje de madres que buscaron atención para niños con tos y respiración rápida/difícil aumentó hasta el 62%, superando también el objetivo del 50% de EOP. El porcentaje de niños que recibieron Solución de Rehidratación Oral (SRA) o Fluidos Domésticos Recomendados (RHF) aumentó al 57%, superando el objetivo del 42% de EOP. El porcentaje de madres que pudieron informar al menos dos signos de peligro de enfermedades infantiles que indiquen la necesidad de tratamiento aumentó del 24% al

61% inicial, pero no alcanzó el objetivo de EOP del 75%. Sin embargo, este indicador se alcanzó y superó en jurisdicciones seleccionadas.

Las prácticas de espaciamiento entre partos mediante un método moderno han aumentado considerablemente y superado el objetivo de EOP (31%), alcanzando al 47% de las madres que no desean tener un hijo en los próximos dos años. El número de madres que saben dónde obtener métodos de espaciamiento infantil ha alcanzado el 80% y superado con creces el objetivo EOP (65%).

La cobertura de inmunización, definida como el porcentaje de niños de 13 a 23 meses con todas las vacunas recomendadas obtenidas antes de los 13 meses, ha alcanzado el 58% desde el 42% al inicio, pero está por debajo del objetivo del 75% EOP. Solo una jurisdicción en San Sebastián superó el objetivo de la EOP al alcanzar un 84% de cobertura, demostrando así que es posible con una alta implicación y participación comunitaria. Es importante señalar que el proyecto se ha centrado en la educación y movilización de las madres y no en la provisión de vacunas, que es responsabilidad del Ministerio de Salud. Además, las directrices del MOH no permiten que un niño reciba la vacunación contra el sarampión hasta que cumpla 12 meses, por lo que solo existe una "ventana" de un mes para que los niños estén completamente vacunados según los criterios de este indicador. La cobertura de la inmunización contra el toxoide antitetánico (TT) de las madres fue del 55%, el doble del objetivo de EOP del 28%.

Las madres que participaron en los grupos focales mostraron un alto nivel de interés y participación en las actividades del Proyecto, especialmente en San Sebastián, donde más de 50 madres acudieron en medio de una fuerte lluvia para participar en los grupos focales. Esto no fue sorprendente porque San Sebastián es el municipio con mayor participación y mayor exposición a actividades comunitarias de MCH, y donde Curamericas goza de gran respeto. Las madres expresaron satisfacción con el conocimiento adquirido sobre cómo mantener a sus hijos sanos y cuándo vacunarlos. También valoraron las mejoras en la calidad de la atención recibida e informaron haber observado menos muertes infantiles. Expresaron preocupación por las muertes maternas y la falta de medicamentos y atención cuando están enfermas, especialmente fuera de horario y los fines de semana, pero todos informaron haber percibido que ahora mueren menos niños.

El cambio más significativo identificado por el personal del proyecto encuestado fue el aumento de la participación de las mujeres y su deseo de aprender más sobre cómo prevenir enfermedades. Se informó que este factor único fue el principal factor que contribuyó a las diferencias en el rendimiento de los proyectos entre los tres municipios. El papel de la mujer también se valora más y se percibe que las mujeres toman el control de su salud y la de sus familias. Una de las historias más significativas y transformadoras es la de una de las madres que se unió al proyecto primero como madre, luego como *Comunicadora*, después como FQ y que ahora es una de las educadoras en salud más reconocidas en las comunidades de Chuj. Grabó los mensajes de salud por radio del proyecto en Chuj y las madres reconocen su voz y le piden que vaya a hablar con ellas sobre cómo prevenir enfermedades.

Un buen diseño del proyecto y una implementación consistente y sistemática permitieron la rápida recuperación de información y documentación de los resultados durante la evaluación final. El proyecto ha demostrado eficazmente el uso de datos de monitorización, especialmente mortalidad y eventos vitales, para planificar actividades y utilizar indicadores de rendimiento del proyecto para mejorar sus operaciones. También existen varias mejores prácticas en informática que Curamericas ha incorporado para añadir valor al "*Sistema Integrado de Asistencia de Salud*" (SIAS), que sostendrán las inversiones de USAID en mejorar la calidad de vida en estos tres distritos. El SIAS es un programa nacional financiado por el Gobierno de Guatemala, USAID y otros donantes. Este programa concede subvenciones a organizaciones locales para ofrecer un paquete de servicios básicos de salud. Otro éxito del proyecto es que ha podido incorporarse al programa SIAS para lograr la sostenibilidad de las operaciones del proyecto.

Conclusiones y recomendaciones

La metodología CBIO y el Modelo de Grupos de Atención han demostrado ser eficaces para mejorar la supervivencia infantil. Además de un retorno muy alto de la inversión en este proyecto, USAID también cuenta con un modelo de supervivencia infantil muy bueno que ha demostrado funcionar incluso en zonas muy remotas. El proyecto también produjo varias herramientas y procedimientos eficaces independientes que ya aportan valor y que se están incorporando fácilmente en SIAS. De hecho, estas herramientas deberían incorporarse en otros proyectos de informática en todo el mundo. Estas herramientas y procedimientos de proyecto mantendrán y ayudarán a ampliar los servicios, el acceso y la prestación. La permanencia de Curamericas/Guatemala permitirá que estos modelos exitosos ayuden a fortalecer las actividades de CS a nivel nacional.

El proyecto ha logrado 20 de los 24 indicadores. Sin embargo, para comprender el impacto real del proyecto en el momento de la evaluación final, estos indicadores deben desglosarse por jurisdicción. Hay jurisdicciones que han logrado los 24 indicadores y algunas que no. Las jurisdicciones nuevas en intervenciones de supervivencia infantil obtuvieron puntuaciones consistentemente inferiores que aquellas con mayor exposición a la educación en salud materna y otras intervenciones de supervivencia infantil. Estas variaciones observadas por el municipio en los indicadores EOP sugieren que el periodo arbitrario de cinco años de subvención es insuficiente, y que se puede lograr un impacto significativo en la supervivencia infantil con una participación más prolongada. Parece necesario un compromiso de 10 a 15 años con las intervenciones de supervivencia infantil para lograr impacto, como demuestran las diferencias entre municipios y jurisdicciones. Recomendamos que Curamericas identifique financiación para iniciar y mantener actividades de supervivencia infantil durante 10 a 15 años, con el fin de lograr resultados consistentes e institucionalizados en las nuevas áreas y ayudarles a alcanzar el mismo nivel de éxito que las demás. Era evidente que varias jurisdicciones están a punto de alcanzar un punto de inflexión y requieren más aportaciones para no perder impulso.

Queremos destacar las siguientes conclusiones importantes:

1. El Proyecto ha alcanzado 20 de sus 24 objetivos y ha avanzado considerablemente en los cuatro objetivos restantes.
2. Los métodos de CBIO y Care Group fueron eficaces y adecuados para esta área de proyecto. Sin embargo, debido a ciertas circunstancias atenuantes, la duración relativamente corta del programa de cinco años no fue suficiente para que algunas jurisdicciones alcanzaran objetivos, especialmente para San Rafael La Independencia, que es un municipio que no tenía experiencia previa con servicios comunitarios y desconfiaba de los externos hasta que comenzó este proyecto.
3. El proyecto logró un impacto significativo en la mortalidad. El monitoreo de mortalidad y las autopsias verbales permitieron al Proyecto centrarse en jurisdicciones y aldeas más débiles.
4. El componente comunitario, compuesto por Grupos de Atención, fue fundamental para organizar la demanda de servicios y alcanzar los resultados del Proyecto.
5. La participación femenina aumentó y fue fundamental para aumentar la cobertura de las intervenciones de supervivencia infantil.
6. El personal es muy comprometido, trabajador y competente; Hay un fuerte espíritu de equipo.
7. Curamericas/Guatemala mantiene su progreso y continúa avanzando, construyendo sobre los logros del Proyecto a través de SIAS.

Estas son las recomendaciones inmediatas para el equipo de Curamericas:

Comparte lecciones aprendidas para fortalecer el componente comunitario de SIAS.

2. Seguir utilizando y ampliando la Metodología CBIO, el Modelo de Grupos de Atención y las lecciones aprendidas y herramientas.
3. Continúa con el seguimiento de la mortalidad y las autopsias verbales.
4. Desarrollar la red de derivación de atención obstétrica de urgencia para la región.
5. Implementar tratamientos comunitarios para la neumonía.
6. Reforzar la logística farmacéutica e implementar la distribución comunitaria de anticonceptivos.
7. Identificar la financiación puente para el Municipio de San Rafael La Independencia.

En resumen, Curamericas Global se ha consolidado como líder en Supervivencia Infantil a través de este proyecto. Han demostrado que el enfoque CBIO es un enfoque rentable y basado en la evidencia para implementar intervenciones de supervivencia infantil bien conocidas. Cuando se combina con el Modelo de Grupos de Atención, el enfoque CBIO empodera a mujeres y comunidades para que participen activamente en el proceso de prestación de servicios sanitarios y logra resultados significativos en periodos relativamente cortos, incluso dentro de poblaciones remotas. Recomendamos que Curamericas Global promueva y difunda este enfoque emblemático por el que, predecimos, pronto será reconocido a nivel mundial.

B. Evaluación de los resultados e impacto del proyecto

Esta evaluación final evaluó los logros logrados por Curamericas/Guatemala en la implementación de su subvención de supervivencia infantil de cinco años, que comenzó el 1 de octubre de 2002 y finalizó el 30 de septiembre de 2007. Esta evaluación final se basa en: amplias discusiones con el personal del Proyecto en Guatemala y la sede central, el personal del Ministerio de Salud, líderes comunitarios y madres; visitas por toda la zona del proyecto; análisis de información del Sistema de Información Sanitaria (HIS) del Proyecto; y los hallazgos preliminares de la encuesta KPC del proyecto de julio de 2007.

B.1. RESUMEN DE RESULTADOS

El Proyecto de Supervivencia Infantil de Curamericas logró 20 de sus 24 indicadores y ha logrado un impacto significativo en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil. Aunque el Proyecto no logró cuatro indicadores, estos indicadores resumen pasan por alto diferencias por jurisdicción que demostraban que estos cuatro indicadores se lograron efectivamente en algunas jurisdicciones. Además, el Proyecto siempre ha sido consciente de la diferencia en el rendimiento por jurisdicción y ha monitorizado y analizado estas diferencias a lo largo de la vida del proyecto (LOP) para tomar las medidas adecuadas y dirigir recursos. El Proyecto también alcanzó hitos únicos en la organización comunitaria y la participación de las mujeres (véase Anexo 6, Mejores Prácticas) que mostraron niveles de participación nunca antes alcanzados en estas comunidades. El proyecto también desarrolló un grupo de trabajadores comunitarios motivados, comprometidos y competentes, algunos de los cuales han abandonado el proyecto para dedicarse a carreras de enfermería o medicina, o se están incorporando a otros proyectos. El papel de las mujeres como comunicadoras de salud (*Comunicadoras en Salud*) no puede subestimarse. Algunos incluso han llegado a ser facilitadores y educadores en salud.

B.2. ENFOQUE TÉCNICO

B.2.R. Resumen

El enfoque general no ha cambiado desde la MTE del Proyecto. Se basa en el enfoque Basado en el Censo y Orientado al Impacto (CBIO) y en el Modelo de Grupos de Atención. El modelo de la CBIO incluye identificar a todas las madres y niños en el área del proyecto, elaborar mapas de cada comunidad y realizar un censo de todos los residentes de la comunidad. El censo aseguró que las intervenciones del Proyecto llegaran a todos los beneficiarios, utilizando datos locales para definir actividades prioritarias y a quienes más lo necesitaban, y monitorizando eventos vitales para evaluar el impacto en la mortalidad.^{1,2} El censo complementa el diagnóstico comunitario que

¹ Perry H, N Robison, D Chavez, O Taja, C Hilari, D Shanklin, J Wyon. 1999. Alcanzar la salud para todos a través de asociaciones comunitarias: Principios del enfoque basado en el censo y orientado al impacto desarrollado en , . BoliviaSouth America*Social Science and Medicine* 48: 1053-1067.

² Shanklin D, D Sillan. 2005. *La metodología basada en el censo y orientada al impacto: una guía de recursos para una atención primaria equitativa y eficaz*. Raleigh, Carolina del Norte, EE. UU.: Curamericas y el Grupo de Colaboraciones y Recursos para la Supervivencia Infantil (CORE).

proporciona la base epidemiológica para seleccionar los problemas de salud más importantes que abordará el Modelo de Grupos de Atención.

El Modelo de Grupos de Cuidado³ consistía en identificar, formar y apoyar a voluntarios comunitarios; en este Proyecto fueron las ya mencionadas *Comunicadoras en Salud*, con una *Comunicadora* por cada 15 hogares. Cada Comunicador lidera a un grupo de madres. Un grupo de diez *Comunicadoras* en una comunidad se reunió como Grupo de Cuidado. Algunos Grupos de Cuidado podrían haber tenido menos *Comunicadoras* si no hubiera suficientes personas viviendo en una comunidad como para necesitar diez *Comunicadores*. Los Grupos de Cuidado se reunían una vez al mes con su FQ y normalmente comenzaban sus reuniones con una discusión sobre eventos vitales, especialmente una muerte materna o infantil. En las reuniones del Grupo de Cuidado, las *Comunicadoras* aprendieron uno o un pequeño número de mensajes de salud, que compartieron con las 15 mujeres de las que eran responsables durante el mes siguiente.

Utilizando estas metodologías, el Proyecto ha establecido alianzas con el Ministerio de Salud y con las comunidades para mejorar la salud materna e infantil. Cada intervención fue gestionada y monitorizada como un programa con objetivos específicos. Las intervenciones o programas específicos y su énfasis relativo en el Proyecto fueron los siguientes:

Nutrición (incluida la promoción de la lactancia materna):	30%
Cuidado materno y neonatal:	25%
Neumonía infantil:	15%
Control de la diarrea infantil:	10%
Espaciado entre los hijos:	10%
Inmunizaciones:	10%
Total:	100%

B.2.b. Resultados del proyecto por área del proyecto

El proyecto se ubicó en tres municipios o distritos de la región noroeste de Guatemala en el Departamento de Huehuetenango: San Miguel Acatán, San Sebastián Coatán y San Rafael La Independencia. La localidad más grande de la zona, donde el Proyecto tenía su sede, es San Miguel, que tiene una población de aproximadamente 24.865 personas (Figura 1).

³ Laughlin M, K Bradbury, P Ernst, R Heidkamp, W Long, M Morrow, L Nightsane, O Wollinka. 2004. *La diferencia entre los grupos de atención: Guía para movilizar educadores voluntarios en salud basados en la comunidad*. Baltimore, Maryland, EE. UU.: Grupo Mundial de Colaboraciones y Recursos para la Supervivencia Infantil (CORE).

Figura 1. San Miguel Acatán



En la EOP, la población⁴ de estos tres municipios era de 62.428 personas, incluyendo 11.134 niños menores de cinco años y 11.204 mujeres en edad reproductiva (Tabla 1). Así, el número de beneficiarios de este proyecto era de 22.338 mujeres y niños en el momento del FE. Este número ha disminuido desde la época de la MTE, principalmente debido a la migración, sobre todo hacia Estados Unidos y México.

Tabla 1. Población del Proyecto de Supervivencia Infantil de Curamericas en el noroeste de Guatemala (Departamento de Huehuetenango)

Grupo poblacional	Municipios atendidos por el proyecto						Total	
	San Miguel Acatán		San Rafael La Independencia		San Sebastián Coatán			
	MTE	FE	MTE	FE	MTE	FE	MTE	FE
Hijos (menores de cinco años de edad)	5,214	4,591	2,886	2,613	4,181	3,930	12,281	11,134
Mujeres (15-49 años)	6,060	4,129	3,354	2,625	4,858	4,450	14,272	11,204
Número total de beneficiarios	11,274	8,720	6,240	5,238	9,039	8,380	26,553	22,338
Población total	28,184	24,865	15,599	15,050	22,598	22,513	66,381	62,428

La población del Proyecto está compuesta casi en su totalidad por indígenas que pertenecen a las tribus Akatekan y Chuj. Hablan las lenguas akateko y chuj, que son dialectos de lo que fue la lengua maya.

⁴ Véase el anexo 8 para la población por municipio.

El terreno del Proyecto es completamente montañoso y no tiene terreno llano. Las montañas varían desde aproximadamente 3.000 pies sobre el nivel del mar en los valles bajos hasta unos 10.000 pies en las cumbres. Hasta hace poco, apenas había caminos transitables en la zona del proyecto, y la mayoría de las comunidades solo eran accesibles a pie o en burro. Durante los últimos años, el gobierno ha construido nuevos caminos de grava en laderas empinadas, haciendo que muchas comunidades sean accesibles en vehículo de tracción a las cuatro ruedas (Figura 2). Sin embargo, varias comunidades siguen siendo accesibles solo a pie o en burro, y muchas están a 2-3 horas de la carretera.

Figura 2. Red vial en el área del proyecto.



Casi todas las familias se ganan la vida de la agricultura de subsistencia (cultivo de maíz y cría de animales, principalmente ovejas). Hay cierto cultivo limitado de café en la zona, pero no a gran escala comercial. El área del Proyecto fue un foco central de la guerra civil guatemalteca. Durante este conflicto, aproximadamente la mitad de la población del área del Proyecto emigró a Estados Unidos. Todavía existe una migración considerable hacia y desde Estados Unidos desde la zona. Como resultado, la principal fuente de ingresos en la zona son las remesas de familiares que viven en Estados Unidos.

Resultados de la Evaluación Final

Resultados y desenlaces en comparación con la línea base

El objetivo general del programa Census-Based and Impact Oriented Child Survival Project era mejorar significativamente la salud y nutrición de los niños menores de cinco años y de las mujeres en edad reproductiva. En particular, se centró en reducir la mortalidad perinatal, infantil y materna en las comunidades rurales y centros urbanos de San Miguel Acatán, San Rafael La Independencia y San Sebastián Coatán mediante mejoras en la atención sanitaria y el acceso a la promoción de la salud, así como mejoras en la calidad y la cobertura.

Los objetivos generales del Proyecto eran:

- Mejorar el alcance y la calidad de la atención preventiva y curativa proporcionada a niños y mujeres embarazadas mediante visitas domiciliarias, actividades de divulgación y una mejor atención en las instalaciones.
- Mejorar la prevención de enfermedades infantiles en el hogar, así como mejorar el reconocimiento, tratamiento y búsqueda de cuidados en el hogar cuando ocurra.

El Proyecto ha alcanzado 20 de los 24 objetivos básicos y ha avanzado considerablemente en los cuatro restantes. El progreso desde la línea base ha sido diferente en cada uno de los municipios del proyecto porque no todos han tenido el mismo acceso a los servicios de supervivencia infantil.

El proyecto abordó proactivamente todas las recomendaciones de MTE.

El equipo final de evaluación discutió primero los pasos dados para responder a las recomendaciones del MTE (véase el recuadro 1), y descubrimos que el proyecto había percibido las recomendaciones como excelentes oportunidades para mejorar su trabajo y las había abordado rápidamente todas. En ese momento, la preocupación más notable derivada de la MTE era lo que, según las observaciones de las sesiones educativas, parecía ser una dependencia excesiva de métodos didácticos y escritos, una falta de creatividad en los enfoques educativos y una falta de plena participación entre quienes se enseñaban. El equipo del proyecto recopiló materiales de "educación para adultos" y estudió diversas metodologías para modificar su enfoque educativo y hacerlo más participativo e interactivo. La metodología mejorada se escaló rápidamente a los tres sitios del proyecto, con resultados mejorados, especialmente en el estado nutricional. El proyecto también fortaleció las alianzas comunitarias no solo trabajando estrechamente con comités locales de salud, sino también colaborando con Comités Municipales de Desarrollo llamados "COMUDES" (*Comisión de Desarrollo Municipal*). Los COMUDES representan a varios Comités de la Comunidad de Desarrollo llamados "COCODES". El equipo del proyecto se reunió mensualmente con el COMUDES en cada municipio (*municipio*), que trabajó con el Comité Municipal de

Box 1. MTE Recommendations

- Modify its educational approach to be more participatory and interactive;
- Continue to strengthen community partnerships;
- Continue to delegate more responsibilities to the *Comunicadoras* while ensuring at the same time that they do not work more than 2-3 hours a week;
- Reduce the workload of the Project staff members by reducing their involvement in curative care;
- Focus on weaker-performing jurisdictions within the Project area and on weaker-performing staff members;
- Work with the communities and the MOH to establish a first-level referral center for obstetrical emergencies; [The maternity waiting home that the project helped to establish was not a place where EOC could be provided, but simply a place where complications could be identified rapidly and presumably rapid transport to a facility where quality care is provided could be initiated.]
- Give priority to working with the communities, community leaders, local authorities, and the MOH to ensure that as many of the Project's activities as possible continue after September 2007 if external funding stops at that point;
- Carry out Mini-KPC Surveys at least every quarter and ensure that all indicators are measured at least every six months until the Project ends in September 2007; and,
- Improve the quality of mortality impact assessment by collecting retrospective information to provide baseline mortality data and by developing dual vital events registration systems to be able to assess the completeness of reporting of vital events data.

Salud para desarrollar el primer "diagnóstico municipal de salud" y ayudó a crear varios subcomités de salud: emergencias, agua y saneamiento, salud materno-infantil y nutrición.

Este enfoque de arriba hacia abajo con los COMUDES funcionó bien con algunos alcaldes que apoyaban sus COMUDES, pero no con algunos de los alcaldes más recientes. Por esta razón, además de colaborar con COMUDES, el equipo del proyecto también colaboró con los comités locales de desarrollo, COCODES. En el pueblo de Calhuitz, en el municipio de San Sebastián, los COCODES y la comunidad han donado terrenos y mano de obra para construir una casa de espera materna. Con la ayuda de un donante extranjero privado, la comunidad y voluntarios estadounidenses, la casa ha sido construida y ha empezado a funcionar. Inspirada por este éxito, esta COCODES está ahora trabajando en un programa de "seguro materno" para facilitar el transporte de emergencia.

Los COCODES también han colaborado en la creación de subcomités para abordar emergencias, higiene y saneamiento, eliminación de residuos y nutrición. Se están llevando a cabo varios proyectos comunitarios: ambulancia y transporte de emergencia; clasificación y reciclaje de basura; y el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva y la reducción del uso de biberones.

Otro cambio desde la MTE es que las responsabilidades de las *Comunicadoras* se han priorizado para asegurar que no trabajen más de 2-3 horas a la semana. Su función se ha centrado en la educación nutricional y el registro de eventos vitales. La *Comunicadora* informa a las CF locales cuando hay un nacimiento o fallecimiento, y ayuda a realizar autopsias verbales. Se han realizado más de 400 autopsias verbales de muertes infantiles y maternas durante la vida del Proyecto.

Desde la introducción del personal de SIAS en el área del Proyecto, el personal del Proyecto ya no proporciona vacunas y ha podido reducir su carga de trabajo disminuyendo también su participación en la atención curativa. También han podido centrarse en las jurisdicciones de menor desempeño de Coya, Lajxolaj y Quixic dentro del área del Proyecto y en apoyar al personal de campo con menor rendimiento.

El proyecto ha mejorado sus sistemas de monitorización e información, así como la calidad de la evaluación del impacto en la mortalidad. El personal del proyecto realizó al menos tres mini-encuestas KPC cada trimestre y se aseguró de que todos los indicadores se midieran al menos cada seis meses hasta que el proyecto finalizó en septiembre de 2007. En agosto de 2007 se realizó una encuesta completa de la KPC.

El monitoreo de la mortalidad mejoró mediante la recopilación de información retrospectiva para proporcionar datos de base y el desarrollo de diversas fuentes de información para poder evaluar la integridad de la notificación de datos de eventos vitales. El personal del proyecto recopiló estadísticas vitales de cada municipio, recogió datos basados en la comunidad y realizó autopsias verbales. Los registros oficiales siempre tienden a subestimar la mortalidad porque existen varias barreras para informar nacimientos y defunciones. Por ejemplo, solo hay una semana para informar de una

muerte y, con los rituales de duelo, las barreras de viaje y el clima, es difícil cumplir con este plazo. Tras una semana, las familias que deseen registrar la muerte deben pagar una multa y presentar una carta legalizada por un abogado. Los honorarios legales son caros y, por tanto, la mayoría de las familias prefieren no denunciar.

El equipo del proyecto ha realizado regularmente talleres mensuales de mortalidad para analizar los datos de mortalidad y los resultados de las autopsias verbales. La neumonía sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil y infantil. La atención obstétrica de urgencias (COE) sigue siendo un desafío y su ausencia contribuyó a un gran número de muertes maternas. El Proyecto ha logrado educar a mujeres y comunidades sobre los signos de peligro en un embarazo. De hecho, las tres madres que murieron este año buscaron atención a tiempo, pero el cuidado estaba demasiado lejos... En cualquier caso, estaba fuera de los recursos del Proyecto establecer un centro de referencia de primer nivel para emergencias obstétricas. La casa de espera en la comunidad de Calhuitz es el primer paso hacia eso. Las instalaciones EOC más cercanas están a dos horas en Soloma (donde hay una clínica privada) y a cuatro horas en la ciudad de Huehuetenango, donde se encuentra el Hospital Departamental del Ministerio de Salud.

El Proyecto dio prioridad a trabajar con las comunidades, líderes comunitarios, autoridades locales y el Ministerio de Salud para asegurar que el mayor número posible de actividades del Proyecto continúe después de septiembre de 2007. Actualmente, Curamericas ha ganado dos becas del MOH para prestar servicios en San Miguel Acatán y San Sebastián. Se espera que se conceda una subvención similar para continuar apoyando al municipio en mayor necesidad, San Rafael La Independencia, a partir de enero de 2008. Estas subvenciones proporcionan fondos para que las ONG puedan ofrecer servicios básicos de salud en áreas geográficas designadas y se pueden renovar anualmente, siempre que se cumplan un rendimiento adecuado. Dado el historial demostrado de logros de Curamericas/Guatemala, ¿seguirán recibiendo subvenciones para siempre!

Tras revisar los avances del MTE, el equipo de evaluación visitó varias aldeas y realizó debates en grupos focales con madres y *Comunicadoras*. El equipo de evaluación realizó una encuesta rápida al personal del proyecto y revisó los resultados de la encuesta de la KPC de julio. (Los resultados de la encuesta KPC de julio de 2007 y los datos de los indicadores se muestran en el Anexo 1).

El proyecto abordó los principales problemas de salud de los tres municipios: desnutrición (incluida la deficiencia de micronutrientes), bajas tasas de atención prenatal, parto seguro, uso de métodos de espaciamiento infantil, neumonía infantil, diarrea infantil y baja cobertura de inmunización. El anexo 1 describe los objetivos e indicadores alcanzados por el proyecto desde la evaluación inicial, la evaluación a medio plazo y la evaluación final. El Anexo 2 describe más específicamente las acciones llevadas a cabo para alcanzar estos objetivos a nivel de hogares, comunidades, centros de salud y distritos. El Anexo 2 incluye en negrita aquellas actividades que actualmente aportan valor a SIAS y que siguen en curso.

En resumen, la evaluación final concluyó que el proyecto ha alcanzado la mayoría de sus objetivos y ha avanzado significativamente en varias jurisdicciones hacia los cuatro indicadores aún no cumplidos. La evaluación también mostró que Curamericas ha tomado medidas para institucionalizar las lecciones aprendidas y mantener sus logros a través del programa SIAS del MOH y mediante asociaciones con gobiernos locales y organizaciones locales.

Factores que afectan al logro de los objetivos del proyecto

El diferente grado de confianza y experiencia con actividades comunitarias en las tres comunidades mostró que se necesita tiempo para ganarse la confianza y alcanzar el "punto de inflexión" en el que la mayoría de los miembros aceptan los servicios y participan. Dada la experiencia del proyecto, se tarda entre 10 y 15 años en institucionalizar la mayoría de las intervenciones de supervivencia infantil y la duración arbitraria de cinco años no fue suficiente tiempo. El terreno accidentado y el mal estado de las carreteras (que a menudo se agravan con los deslizamientos durante la temporada de lluvias) hicieron que fuera arriesgado y difícil llegar a estas comunidades rurales, y al mismo tiempo dificultaban que los miembros de la comunidad rural accedieran a las instalaciones sanitarias. A pesar de ello, el equipo ha utilizado solo un vehículo de tracción a las cuatro ruedas y ocho motocicletas para llegar regularmente a 118 pueblos. Durante nuestra visita, uno de los CFs tuvo un accidente cuando su moto resbaló en el camino embarrado. Sufrió varias heridas superficiales al caerse de la motocicleta. Recomendamos que estos vehículos permanezcan en Curamericas/Guatemala para continuar implementando el SIAS. Además, si USAID dispone de otros vehículos, recomendamos que estos se asignen a zonas aisladas donde trabaja el personal de Curamericas. No hay otras opciones. El transporte público también es escaso y arriesgado. Se informaron de varios accidentes en los que minibuses salieron de la carretera, causando la muerte de todos los pasajeros.

Lecciones aprendidas por la intervención

Las actividades de nutrición del Proyecto, incluida la promoción de la lactancia materna, representaron el 30% del nivel de esfuerzo y ofrecieron lecciones muy interesantes aprendidas. Las demás actividades del proyecto tuvieron los siguientes niveles de esfuerzo: el programa de cuidado materno y neonatal representó el 25%, la neumonía infantil el 15% y el control de la diarrea infantil, el espaciamiento infantil y las vacunas representaron el 10% cada uno.

Lecciones aprendidas en nutrición. El Proyecto ha mejorado las prácticas nutricionales, incluida la lactancia materna exclusiva, en los tres municipios, y ha reducido el porcentaje de niños desnutridos del 43% al 33% por encima del objetivo de la EOP (34%). Se informó que las mejoras en nutrición también estaban relacionadas con mejoras en la lactancia materna exclusiva, que aumentaron del 54% en el MTE al 73% en el KPC final. Una lección aprendida fue la importancia de realizar investigaciones operativas para entender las creencias y comportamientos de las madres. La investigación operativa mostró que las madres temían decir que preferían el uso de biberones, lo que resultó en una subestimación de la práctica de proporcionar otros líquidos a los recién nacidos. Las madres informaron que desechaban el calostro porque creían que esta primera leche era "débil" y simplemente resultado de las impurezas mamarias acumuladas durante el embarazo. Otra lección importante aprendida fue que, al vincular un beneficio tangible con la atención posparto (como recibir vitamina A), las madres tenían incentivos para declarar los partos y aumentar la atención posparto.

Las demostraciones de preparación de alimentos ayudaron a aumentar la variedad de alimentos que se ofrecían a los niños. El uso de lenguas locales también fue eficaz para aumentar la aceptación de los nuevos alimentos y comportamientos nutritivos. El proyecto estandarizó los mensajes en cada uno de los idiomas y los proporcionó en forma escrita en los materiales. Esto permitía una mayor coherencia, ya que los CF usaban el mismo lenguaje y expresiones para transmitir los mismos mensajes de salud comunicados por el *Comunicadores* y transmitido en las emisiones de radio. La coherencia en la comunicación puede ser uno de los factores que expliquen la alta retención y aplicación de mensajes de salud y el cambio de comportamiento logrado en este proyecto.

Lecciones de salud materna. El proyecto superó el objetivo de EOP (40%) alcanzando al 49% de las madres que tuvieron dos o más visitas de atención prenatal (ANC). El porcentaje de madres que recibieron pastillas de hierro aumentó del 33% al 58%. Los Grupos de Cuidado y Autocuidado demostraron ser un excelente vehículo para compartir información sobre la atención materna y apoyar el cambio de conducta. Los CFs informaron que los módulos educativos resultaron ser herramientas útiles.

La salud materna también demostró ser un asunto comunitario que necesita el apoyo y la participación no solo de las propias madres, sino también de la comunidad organizada. La entrega por parte de un asistente cualificado ha aumentado, pero sigue siendo baja, sin alcanzar el objetivo de la EOP. La falta de instalaciones para el parto y EOC abiertas las 24 horas en el área del proyecto, junto con el terreno accidentado, dificultan mucho que las madres accedan a un asistente cualificado. La existencia y/o disponibilidad de TBAs o IFs entrenados, las 24 horas del día dentro de la comunidad, y una mayor disponibilidad de casas de espera, habrían evitado varias muertes. Se abrió con éxito una casa de espera en San Sebastián, donde la comunidad está muy activa e implicada. Se requerirá el apoyo del gobierno local y de la comunidad para disponer de transporte de emergencia disponible y proveedores cualificados a su alcance.

Lecciones de IMCI. El manejo de la neumonía y la diarrea infantil ha mejorado notablemente. El porcentaje de madres que buscaron atención para niños con tos aumentó hasta el 62%, superando también el objetivo del 50% de EOP. Sin embargo, todavía hay retrasos en contactar con un profesional y recibir tratamiento, lo que resulta en la neumonía como la principal causa de muerte. La mejora en la gestión de casos de neumonía debería convertirse en un objetivo del proyecto. Es urgente que Curamericas/Guatemala inicie un ensayo de eficacia del tratamiento para la neumonía. El porcentaje de niños que recibieron OR o que se le recomendaron líquidos caseros aumentó al 57%, superando también el objetivo del 42% de EOP. El porcentaje de madres que pueden informar al menos dos signos de peligro de enfermedades infantiles aumentó del 24% en la línea inicial al 61%, pero no alcanzó el objetivo de EOP del 75%, salvo en jurisdicciones seleccionadas. Todos estos hallazgos confirman la eficacia del Modelo de Grupos de Cuidado y que el cambio de comportamiento necesita tiempo para convertirse en conocimiento y práctica común.

Lecciones aprendidas sobre el espaciamiento infantil. Las prácticas de espaciamiento infantil utilizando un método moderno han aumentado considerablemente

y superado el objetivo de EOP (31%), alcanzando el 47% de las madres que no desean tener un hijo en los próximos dos años. . El número de madres que saben dónde obtener métodos de espaciamiento infantil ha alcanzado el 80% y superado el objetivo EOP (65%). Existe una considerable necesidad no satisfecha de métodos de espaciamiento infantil y las mujeres en grupos focales informaron que no quieren tener un hijo cada año y que quieren espaciar los partos. Les cuesta llegar a la instalación y depender de las Fuerzas Militares para conseguir sus suministros. Aun así, algunas madres practican la planificación familiar sin que sus maridos lo sepan, ya que temen que sus maridos no lo aprueben. La implicación masculina debe enfatizarse en futuras actividades. La mayoría de las CF son hombres, lo que debería ayudar a Curamericas a ampliar la aceptación de la planificación familiar por parte de los maridos.

Lecciones sobre inmunización. La cobertura de inmunización ha alcanzado el 58% desde el 42% inicial, pero está por debajo del objetivo del 75% de la EOP. Solo una jurisdicción en San Sebastián superó el objetivo de la EOP al alcanzar una cobertura del 84%. Es importante señalar que el Proyecto se ha centrado en la educación y movilización de las madres y no en la provisión de vacunas, que es responsabilidad del MOH. Además, este indicador se calcula para niños de hasta 13 meses de edad. La política contra el sarampión en Guatemala es vacunar al sarampión a los 12 meses de edad, por lo que solo hay una ventana de un mes para alcanzar el objetivo de "totalmente vacunados". Este periodo no es suficiente para cubrir a todos los niños que alcanzarán este estatus a los 14 o incluso 15 meses de edad. Todavía es difícil para la dama de honor llegar a todas las aldeas. Sería mejor confiar en el personal de Curamericas para realizar las vacunas y recalculas este indicador, incluyendo a niños de hasta 15 o 18 meses de edad. La cobertura EOP de la inmunización con toxoide antitetánico (TT) de las madres fue del 56%, lo que supuso el doble del objetivo EOP del 28%.

Lecciones de las discusiones de los grupos focales con madres. Las madres mostraron un alto nivel de interés y participación en las actividades del proyecto, especialmente en San Sebastián, donde más de 50 madres acudieron en medio de una fuerte lluvia para participar en los grupos de discusión. Esto no fue sorprendente porque San Sebastián es el municipio con mayor exposición a actividades comunitarias de MCH y con mayor participación. La mayoría de los grupos focales informaron de la importancia de contar con apoyo grupal cuando un niño está enfermo o necesita ayuda. Las madres también expresaron satisfacción con el conocimiento adquirido sobre cómo mantener a sus hijos sanos y cuándo vacunarlos. También valoraron las mejoras en la calidad de la atención recibida. Percibieron que había menos bebés muriendo y expresaron preocupación por las muertes maternas y la falta de medicamentos y proveedores de atención cuando están enfermos. Las madres valoraron especialmente todo lo que habían aprendido sobre vacunas, pesar bebés y lactancia materna.

Figura 3. Grupo de enfoque en la aldea Ixi



Comentarios de los asistentes a grupos focales:

"Esto es de gran ayuda para nosotros. Es difícil llegar al puesto de salud. Vienen a visitarnos y ahora los conocemos y confiamos en ellos."

"He aprendido que es muy importante lavarnos las manos antes de alimentar a mi bebé y lavar las manos de mi bebé."

"Estamos muy agradecidos por aprender y participar en las reuniones del grupo."

"Ahora no le doy la "pacha" [biberón] a mi hijo. Sé que no es bueno para él."

"El grupo es bueno. Ahora nos apoyamos mutuamente."

Lecciones aprendidas de la encuesta al personal del proyecto. El cambio más significativo identificado casi unánimemente por el personal del proyecto encuestado fue el aumento de la participación de las mujeres y el deseo de aprender más sobre la prevención de enfermedades. Se informó que este factor único fue el principal factor que contribuyó a las diferencias en el rendimiento de los proyectos entre los tres municipios. La participación de las mujeres y el deseo de aprender también fueron un fuerte factor motivador para el personal de Curamericas, ya que sentían que su trabajo era importante, valioso y marcaba la diferencia. Esto puede ser la razón del fuerte espíritu de equipo y compromiso que se observó.

Lecciones aprendidas sobre la metodología CBIO. La metodología CBIO utiliza un diseño de programa basado en la evidencia, lo que facilita su evaluación. El buen diseño del programa y la implementación consistente y sistemática permitieron la rápida recuperación de información y documentación de los resultados del proyecto. El Proyecto utilizó eficazmente los datos capturados mediante la monitorización, especialmente la mortalidad y los eventos vitales, para planificar actividades. El monitoreo continuo del rendimiento del proyecto también se utilizó para mejorar las operaciones del proyecto.

Éxitos y logros inesperados

El proyecto logró reducir las barreras de género para el cuidado. Curamericas/Guatemala cuenta con 39 CFs masculinos y 23 mujeres que se reúnen regularmente con sus Grupos de Atención de comunicadores de salud para hablar sobre el espaciamiento entre partos, lactancia y otros temas tradicionalmente "femeninos". El proyecto logró crear modelos masculinos que ayudaron a numerosas familias a alcanzar objetivos de salud reproductiva y satisfacer sus necesidades familiares. El impacto de los FQ masculinos necesita documentarse más a fondo para ayudar a otras comunidades indígenas a proporcionar servicios de supervivencia infantil.

Aplicación de las lecciones aprendidas

El Proyecto ha aplicado de forma proactiva todas las lecciones aprendidas de la MTE y ha utilizado sus sistemas de monitorización y evaluación del desempeño del personal para monitorizar continuamente su desempeño y realizar mejoras. El equipo está muy motivado y tiene ganas de aprender de su experiencia. El proyecto cuenta con varias mejores prácticas documentadas de informática que ya están aportando valor a SIAS. Es importante que estas mejores prácticas se institucionalicen e incorporen para aportar valor al SIAS a nivel nacional.

Potencial de ampliación

El Proyecto cuenta con procedimientos escritos, guías de formación y herramientas de planificación y seguimiento que han facilitado la rápida orientación del nuevo personal y el despliegue y puesta en marcha de los proyectos SIAS. Por lo tanto, una rápida ampliación de los modelos de CBIO y Care a otros municipios debería ser factible y dentro de la capacidad actual de Curamericas/Guatemala. El principal problema es la falta de financiación puente para aquellas jurisdicciones que aún no forman parte de SIAS. Este es un asunto que debe ser prestado atención inmediata por parte de USAID y Curamericas.

B.2.C. HERRAMIENTAS Y ENFOQUES DESARROLLADOS

El proyecto adaptó y desarrolló numerosas herramientas y enfoques. Los modelos CBIO y Care se adaptaron a las áreas del proyecto. Hay manuales, módulos educativos, guías para facilitadores y herramientas de planificación, supervisión y supervisión. Todas

las herramientas y enfoques del proyecto están disponibles en español, akateko y chuj y pueden empaquetarse fácilmente para su difusión y rápida ampliación. Todas estas herramientas y enfoques se basan en las políticas y mensajes aprobados del MOH.

B.3. RESULTADOS DE LOS ENFOQUES TRANSVERSALES

El cambio más significativo reportado por el personal del proyecto fue la participación de las madres y los TBAs. Debido a la mayor participación de madres en los grupos de mujeres, incluso en las aldeas más remotas, las madres ahora llevan a sus hijos para sesiones de vacunación y seguimiento del crecimiento a los centros de convergencia de las aldeas conocidos como "*centros de convergencia*." Estos centros ofrecen servicios básicos de promoción de la salud y prevención (incluida la provisión de anticonceptivos) y son una alternativa útil a desplazarse a centros de salud más lejanos. La participación y implicación de los alcaldes y alcaldes auxiliares ha sido otra innovación en esta parte del país y un cambio significativo reportado por la mayoría del personal. Estas autoridades locales ayudaron a reunir a las familias para vacunaciones y otros servicios ambulatorios. La evaluación final tuvo lugar durante la campaña electoral. El equipo del proyecto dedicó tiempo a debatir la situación sanitaria, incluidos los datos de mortalidad, con todos los candidatos de todos los partidos y patrocinó numerosos foros públicos, a los que asistieron bien miembros de la comunidad de cada distrito. Al final de cada foro, todos los candidatos firmaron públicamente un compromiso de que, si eran elegidos, trabajarían duro para mejorar la salud del distrito que representaban.

B.3.A. MOVILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El proyecto adaptó el Modelo de Grupo de Atención y creó una red bien apoyada y monitorizada de proveedores comunitarios que movilizó y aseguró la participación a nivel de base.

Los educadores en salud (HEs) desempeñaron un papel de liderazgo y supervisión de apoyo vital para garantizar servicios de calidad coherentes en todas las jurisdicciones. Los HE se encargaban de la selección de *Comunicadoras*, la selección de CFs, la organización de grupos y grupos de autocuidado, así como el desarrollo de módulos y tarjetas educativas, tablas de palanca y otros materiales educativos. También supervisaban la traducción a Akateko y Chuj para asegurar que los mensajes fueran transmitidos de forma coherente y precisa por cada CF. Los HEs también planificaban actividades en un calendario mensual con los CF, supervisaban estas actividades y las evaluaban junto con sus CFs. Los HE acompañaban a las FQ y a las *Comunicadoras* para realizar visitas especiales a domicilio cuando había un niño enfermo o desnutrido. Por último, los HE eran responsables de preparar los informes mensuales.

Los facilitadores comunitarios (CF) eran el siguiente nivel en la red. Había 62 CFs apoyados por el HE en el EOP; 39 hombres y 23 mujeres. Los CFs apoyaban a los *Comunicadores*. Durante cada visita domiciliaria, los CFs rellenaban un formulario, que luego se guardaba en el archivo. Los HE supervisaban las visitas domiciliarias realizadas por los CFs y rellenaban los informes mensuales. El proyecto apoyó de forma constante el rendimiento de los CFs y realizó sesiones mensuales de actualización de formación sobre un tema diferente cada mes (véase el Anexo 9 para un informe resumen sobre

personal formado). Los CF se observaron en el trabajo según una lista de control de calidad. La lista de control de calidad se utilizó para mejorar y mantener la calidad del rendimiento de los CF proporcionando un apoyo más específico y dirigido por parte del HE: los CFs que obtuvieron un 80% o más eran evaluados cada dos meses y entrevistados para asegurar que su conocimiento de las señales de peligro se volviera algo natural. Los HE también realizaron debates en grupos focales con *las Comunicadoras* para conocer sus opiniones y evaluar el progreso de cómo se entendían y percibían los mensajes.

El papel de las CF era esencial para sostener los Grupos de Cuidado de la madre y alcanzar los objetivos de cambio de conducta. Curamericas ha aprendido varias lecciones sobre el papel fundamental que desempeña la CF, la primera es que un CF debe ser remunerado según su esfuerzo. Si un CF tiene más comunidades o una mayor dispersión de comunidades, o una mayor población que cubrir que otro, debería cobrar más para evitar desmotivar a quienes trabajan más duro. Por otro lado, el SIAS paga una tarifa fija de Q500 a todos. Muchos CF son jóvenes con cierto grado de educación que son modelos a seguir para otros hombres de la comunidad. Estos jóvenes tienen menos probabilidades de migrar si tienen empleo en sus comunidades. La MTE demostró que era importante no sobrecargar a estos trabajadores comunitarios ni a los *Comunicadoras*, para el caso. En la evaluación final, observamos que los CF desempeñaban bien 11 funciones, estaban motivados y les gustaban sus trabajos. Sin embargo, se esperaba que los CFs que trabajaban para el SIAS realizaran 24 funciones. Esto puede tener un efecto muy perjudicial en la calidad de la atención y en el nivel de satisfacción con su trabajo.

Al principio del proyecto, el personal se dio cuenta de que había muchas formas de comunicar mensajes. En algunos casos, era difícil encontrar una palabra en el idioma local que tradujera con precisión el mensaje en español. Por ello, los mensajes se tradujeron al Chuj y al Akateko y se escribieron mensajes estándar en todos los materiales. De este modo, Curamericas garantizaba la precisión y coherencia de los mensajes. Los mensajes clave fueron adaptados posteriormente para la radiodifusión en los tres idiomas.

El proyecto fue una operación llave en mano que tenía procedimientos operativos regulares estandarizados. Por ejemplo, el primer lunes de cada mes los HE se reunían para seleccionar el tema del mes que necesitaba reforzar y revisar las Guías Educativas para asegurar que el contenido fuera aplicable y significativo para la comunidad a la que se atiende. Las actividades educativas se planificaron de forma similar para garantizar el máximo nivel de participación. Estas guías se utilizaron para asegurar que la CF empleara métodos de educación de adultos que promovieran la participación según lo recomendado en la MTE. Los HE usaban la guía para entrenar a los CFs, y los CFs usaban las guías para planificar su encuentro con las madres.

En el último año, el proyecto contó con una organización comunitaria y un gestor de participación, lo que mejoró la participación comunitaria. Se encargó de convocar a la gente para encontrar cinco representantes por sector y de crear comités locales de salud. Por ejemplo, San Miguel tiene siete sectores. Cada sector tiene entre cinco y siete aldeas.

Se reunieron representantes junto con los miembros de COCODES, que contaba con un representante de cada pueblo y un representante de COMUDES, para formar un Comité Municipal de Salud. Los municipios en Guatemala no son ciudades, como en Estados Unidos, sino áreas geográficas contiguas más parecidas a los condados estadounidenses. En resumen, el proyecto ayudó a crear siete Comités Locales de Salud, cada uno con sus propios estatutos. Estos Comités Municipales de Salud también contaban con representantes de las TBAs (*Comadronas*) y de las CFs, e incluían entre 35 y 40 miembros activos organizados en subcomités: MCH, higiene y saneamiento, nutrición y emergencias. El proyecto trabajó con los comités para desarrollar el diagnóstico municipal y presentar un plan de acción a todos los candidatos políticos.

B.3.B. COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

El proyecto contaba con una estrategia de Comunicación del Cambio de Conducta (CCO) muy bien desarrollada y eficaz, integrada en el Modelo de Grupos de Atención descrito anteriormente. Este enfoque incorporaba mensajes clave difundidos a través de varios canales, incluyendo módulos de comunicación para los CF y "*Folletos*" (cartas laminadas) utilizadas por el *Comunicadores* en sus grupos de cuidado. Todos los materiales están disponibles en los tres idiomas (español, akateko y chuj), y el Proyecto ha desarrollado una lista maestra de frases para ayudar al personal a traducir y usar los tres idiomas. El Proyecto también utilizó sus mensajes clave para desarrollar mensajes de radio que se emitieron en los tres idiomas. Durante uno de nuestros grupos focales, una madre reconoció la voz de una de las educadoras en salud de la emisión del Chuj.

B.3.C. ENFOQUE DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES

El enfoque de desarrollo de capacidades integrado en la estrategia de supervisión y control de calidad del proyecto siguió un enfoque en cascada que se repetía cada mes. Los HE formaban a los facilitadores mensualmente y proporcionaban apoyo individualizado. El HE observó a los CFs en acción tras una lista de control de calidad. A su vez, los facilitadores formaban a la *Comunicadores* y les apoyó en sus reuniones grupales y visitas domiciliarias. La consistencia y el enfoque de este ciclo mensual pueden ser responsables de la alta retención de los mensajes y de las altas tasas de cambio de comportamiento.

Fortalecimiento de la organización beneficiaria

Curamericas Global se fortaleció al proporcionar pruebas adicionales e inequívocas de la efectividad de los modelos CBIO y Care Group en un entorno diferente. Curamericas Global está estratégicamente posicionado para difundir una serie de intervenciones probadas y bien documentadas de Supervivencia Infantil con la confianza de que funcionan. Curamericas no debería tener dificultades para obtener financiación gracias a los excelentes resultados obtenidos en sus oficinas de campo.

Curamericas/Guatemala se fortaleció y ahora se percibe como un socio clave y esencial en el desarrollo de estas comunidades indígenas. No hay otras ONG trabajando en esta región, salvo ADIVES (*Asociación de Desarrollo Integral Vida y Esperanza*) es decir, trabaja en una sola comunidad a través de una subvención SIAS. Curamericas es percibida como un socio fiable que cumple su palabra y es de confianza para las

comunidades. La buena voluntad generada por Curamericas es un activo muy valioso que beneficiará a SIAS. Es esencial que todas las comunidades del proyecto sean apoyadas y que se mantengan los logros, especialmente en las jurisdicciones de San Rafael La Independencia que están bajo rendimiento.

Fortalecimiento de las organizaciones locales asociadas

Curamericas/Guatemala ha trabajado estrechamente con socios locales, especialmente FUMESDER y ADIVES, dos ONG locales. ADIVES ganó la beca SIAS y trabaja en San Miguel, donde Curamericas trabajó en su día. Para ayudarles a empezar, Curamericas/Guatemala les proporcionó mapas y transmitió a sus CFs entrenados y *Comunicadores*. ADIVES también utiliza los mismos materiales educativos y el mismo currículo de formación mensual que Curamericas.

Curamericas/Guatemala también colaboró en la creación y apoyo de una ONG local creada por y para mujeres, la *Wajan Nab'al Ix*, "Sueño unido de las mujeres." Esta es una ONG de mujeres que surgió del Proyecto. Varios HEs, CFs y TBAs se han unido a la creación de la ONG con el fin de sostener los logros del Proyecto y seguir fortaleciendo la participación y el papel de las mujeres en sus comunidades. Este es otro ejemplo del compromiso de Curamericas con el desarrollo comunitario apropiado en cuanto al género y el empoderamiento de las mujeres.

Fortalecimiento de las instalaciones sanitarias y el desempeño de los trabajadores sanitarios

Curamericas ha desarrollado el papel de Facilitador Institucional (IF) y ha ayudado a ampliar el acceso a los servicios dotando de personal en varias instalaciones y centros de convergencia de aldeas ("*Centros de convergencia*") en cada municipio. También apoya el lanzamiento de SIAS en esta región y comparte las lecciones aprendidas.

Formación

Curamericas ha llevado a cabo un programa de formación muy exhaustivo y sistemático que ha respondido a las necesidades únicas de cada CF y *Comunicador* para fortalecer su rendimiento mientras se desarrollan sus fortalezas. El Proyecto amplió su formación personalizada para satisfacer sus necesidades en respuesta a los hallazgos del MTE (Anexo 9). El proyecto creó oportunidades profesionales para quienes querían aprender, mejorar su situación y ascender de comunicadores en salud a CFs y CFs a HEs.

B.3.D. ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD

Curamericas Global busca opciones para sostener a su homóloga guatemalteca. En la reunión informativa con USAID el último día de nuestra visita, se identificaron varias opciones. En particular, el SIAS, también apoyado por USAID, es un excelente mecanismo para sostener la inversión de USAID. Además, SIAS también puede beneficiarse de muchas de las lecciones aprendidas por este Proyecto Curamericas financiado por USAID.

B.4. RESULTADOS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El proyecto tenía un enfoque integrado de planificación familiar centrado en el espaciamiento entre los hijos y trabajaba en colaboración con el Ministerio de Salud para el suministro de materias primas. Esto condujo a una mejor calidad, mayor acceso y mayor uso de opciones de planificación familiar, y cumplió con la Enmienda Tiahrt y la Política de México. Entre las lecciones aprendidas estuvieron el enfoque en el espaciamiento infantil, el empoderamiento femenino y el componente de participación que permitió a las mujeres hablar con los hombres sobre sus comportamientos sexuales y sus decisiones sobre cuándo tener hijos. Se aprendieron lecciones adicionales sobre las visitas domiciliarias y el apoyo a los grupos de atención que reciben los usuarios. Las lecciones aprendidas explicaron el alto uso de anticonceptivos, del 47%, logrado por madres de niños menores de dos años que no querían tener hijos en los próximos dos años. Esto era solo un subconjunto de mujeres en edad reproductiva, por lo que creemos que aún es necesario atender las necesidades de salud reproductiva de todas las mujeres, así como la necesidad de desarrollar una distribución comunitaria de productos. Durante uno de nuestros grupos focales, una madre comentó que estaba decepcionada por estar embarazada de su noveno hijo porque se le habían acabado los anticonceptivos.

C. Gestión de Proyectos

El proyecto fue gestionado por el Dr. Mario Valdez, quien tiene un máster en Salud Pública por la Universidad Rafael Landívar. Es un profesional experimentado en salud pública y gestor de proyectos. El Dr. Valdez es muy valorado por el personal, los líderes comunitarios y las familias, y sus habilidades de liderazgo se reflejaron en todo el Proyecto. También es muy respetado por el personal de Curamericas/Global. El Dr. Valdez ha trabajado en esta zona del país durante más de 15 años y su compromiso con el desarrollo del sistema sanitario y la reducción de las tasas de mortalidad es realmente admirable. Estuvo involucrado en el proyecto desde su inicio y lo gestionó hasta su exitosa finalización. Es muy probable que su estilo de gestión participativa observado durante esta evaluación sea una de las principales razones del éxito del Proyecto. También ha identificado rápidamente diversas oportunidades para expandir el proyecto y mantener sus logros. El Dr. Valdez y la comunidad internacional se beneficiarían de compartir su experiencia con otros directores de proyectos y profesionales.

C.1. PLANIFICACIÓN

El proyecto utilizó el Plan Detallado de Implementación (DIP) para desarrollar planes anuales que se convirtieron en planes de actividad revisados trimestrales y mensuales. Además, el equipo preparaba "calendarios de actividades" mensuales individuales, que luego se utilizaban para la supervisión y evaluación del rendimiento.

C.2. FORMACIÓN DEL ESTADO MAYOR

Curamericas Global proporcionó formación y apoyo a Curamericas/Guatemala. Varios voluntarios y personal técnico estadounidense ayudaron al equipo local a responder a los desafíos iniciales de implementación del proyecto.

C. 3. SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DEL PROYECTO

El personal de campo era supervisado mensualmente y observado en el trabajo mediante una lista de comprobación; quienes obtuvieron menos del 80% recibieron apoyo adicional y fueron supervisados el mes siguiente. Quienes obtuvieron una puntuación superior al 80% fueron supervisados cada dos meses. Las herramientas de supervisión eran apropiadas y prácticas.

C. 4. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Todos los miembros del personal tenían descripciones de puesto y un supervisor. La planificación mensual de actividades iba acompañada de revisiones regulares de desempeño. Hubo rotación de personal, especialmente entre quienes llevaban dos o tres años trabajando. Se observó que, a partir de ese momento, los empleados "se agotaban" y decidían que debían pasar a otras funciones o avanzar en sus carreras. Varios miembros del personal se marcharon para estudiar enfermería o medicina. Todos reconocían que el trabajo no era fácil, ya que requería mucho tiempo en comunidades aisladas y no era algo que se pudiera hacer durante largos periodos. Sin embargo, observamos un gran espíritu de equipo y un personal muy motivado y comprometido con el servicio a sus comunidades. Creemos que el Proyecto gestionó eficazmente a su personal y ofreció oportunidades de desarrollo profesional dentro de sus recursos limitados. El Proyecto también generó el deseo de aprender cosas nuevas y comenzar nuevas actividades, en gran parte del personal.

C. 5. GESTIÓN FINANCIERA

Curamericas Global ha recibido y gestionado con éxito financiación para varias subvenciones del Programa de Subvenciones para la Supervivencia Infantil y la Salud de USAID. Durante este proyecto de supervivencia infantil, el personal de gestión financiera de la oficina central y de la oficina de Curamericas/Guatemala coordinó sus esfuerzos en la gestión de los fondos y el presupuesto del proyecto, según las directrices especificadas. Los gastos en personal parecían apropiados, como era de esperar, teniendo en cuenta que los trabajadores comunitarios eran esenciales para la prestación de servicios de salud. Los informes financieros se presentaban regularmente a través de los canales designados y de manera oportuna. Se han realizado auditorías rutinarias y no se han encontrado problemas financieros y/o de gestión financiera. Además, Curamericas Global ha cumplido con sus obligaciones de fondos de aportación.

Al inicio del Proyecto, Curamericas Global presupuestaba 2.003.508 dólares. Durante la vida del proyecto, se gastaron 2.351.228,30 dólares; Se gastaron 980.481,63 dólares (42%) en la sede central y 1.370.746,67 dólares (58%) en Guatemala (Tabla 2). USAID aportó 1.299.999 dólares (65%) y Curamericas Global igualó con 703.509 dólares (35%). (Véase la Tabla 2 para el desglose de la información financiera y los gastos por tipo de gasto.) El gasto total era de 21,05 dólares por beneficiario (22.338 mujeres y niños) al año. El coste directo en Guatemala era de 12,27 dólares por beneficiario al año. Los costes indirectos representan el coste de proporcionar asistencia técnica para desarrollar, gestionar y mejorar un proyecto de esta magnitud.

Tabla 2. Ingresos y gastos totales del proyecto

CS-18 GUATEMALA	NIÑO CS-18	CURAMERICAS EE. UU.			CURAMERICAS GUATEMALA		
INFORMACIÓN RESUMEN PRESUPUESTO Y GASTOS	SUBVENCIÓN DE SUPERVIVENCIA PRESUPUESTO GENERAL DE CURAMERICAS GUATEMALA (HQ + Campo)	PRESUPUESTO DE LA SEDE CENTRAL	LA SEDE DECLARÓ GASTOS A AID HASTA LA FECHA 30/06/07	PARA INFORMAR A AYUDA, ÚLTIMO TRIMESTRE (JUNIO- SEPTIEMBRE/07)	PRESUPUESTO DE CAMPO	GASTOS REPORTADOS EN CAMPO HASTA LA FECHA 30/06/07	PARA INFORMAR A AYUDA, ÚLTIMO TRIMESTRE (JUNIO- SEPTIEMBRE/07)
FONDOS DE AYUDA CS-18	1,299,999.00	427,627.00	389,944.41	37,682.59	872,372.00	778,215.09	94,156.91
FONDOS CS-18 IGUALADOS	703,509.00	254,416.00	552,854.63	0.00	449,093.00	498,374.67	0.00
TOTAL	2,003,508.00	682,043.00	942,799.04	37,682.59	1,321,465.00	1,276,589.76	94,156.91

C. 6. LOGÍSTICA

El transporte en esta región de geografía difícil se abordó distribuyendo al personal del proyecto por toda la zona del proyecto según su lugar de residencia. Esto minimizó el transporte y aseguró que las comunidades aceptaran rápidamente a las CF como propias.

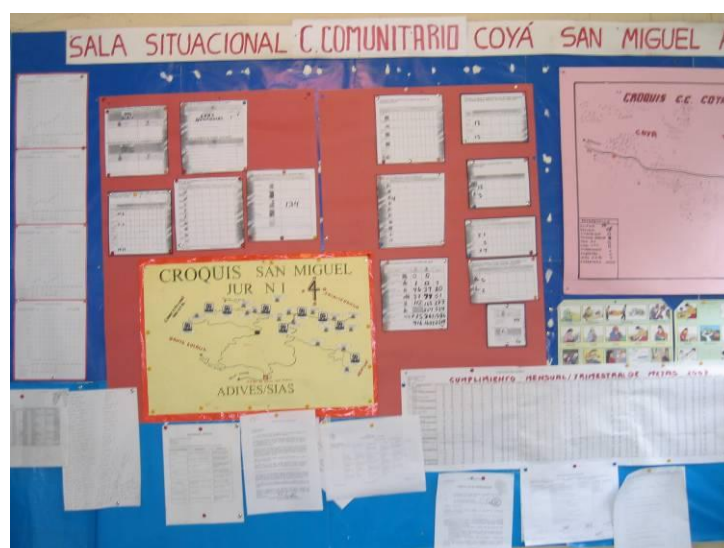
Las autoridades locales (los alcaldes auxiliares) participaron en la organización de las aldeas para asegurar que las familias supieran cuándo llegaría el equipo de inmunización. Esto simplificó la logística y permitió al equipo llegar hasta a ocho aldeas en un día.

C. 7. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proyecto cuenta con un útil sistema de información de gestión de proyectos que permitió recuperar el rendimiento financiero, del proyecto y del personal.

Lo más importante es que el Proyecto desarrolló un sistema de información sanitaria para hacer un seguimiento de cómo está cada centro y comunidad y para monitorizar el desempeño de cada Grupo de Atención. Cada instalación tiene un "*Sala de Situación*" (véase la Figura 4) que funciona como un panel de control y permite al observador evaluar de un vistazo la cobertura de varios servicios. La metodología CBIO cuenta con un sistema de información que rastrea nacimientos y defunciones. Se registran los nacimientos y el niño se introduce inmediatamente en los sistemas de pesaje y seguimiento de la vacunación. Las madres embarazadas también se incorporan a un sistema de seguimiento para la atención prenatal y postnatal. El mapa de áreas de cobertura fue una herramienta fundamental para rastrear todos los hogares con niños y madres embarazadas.

Figura 4. Mapa situacional de la comunidad de Coya



C. 8. APOYO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

Tanto Curamericas Global como Curamericas/Guatemala cuentan con sistemas técnicos y administrativos y no se identificaron problemas de preocupación.

C. 9. COLABORACIÓN CON LA MISIÓN

La responsable de Población, Salud y Nutrición (PHN), la Sra. Isabel Stout, ha proporcionado un apoyo suficiente y adecuado al Proyecto. Visitó el área del Proyecto en diciembre de 2004 y se reunió con el equipo del proyecto para ayudarles a desarrollar propuestas para el Fondo Mundial y para la Secretaría de la Mujer del Gobierno de Guatemala (*Secretaría de Mujeres*). Desafortunadamente, no tuvieron éxito, ya que otros municipios fueron priorizados. Además, la Misión asistió al equipo cuando desarrollaron sus propuestas para el SIAS. Estos tuvieron éxito y los proyectos comenzaron en San Miguel y San Sebastián en enero de 2007. Durante la reunión de informe, el oficial de la PHN fue muy comprensivo y quedó impresionado con los resultados. También demostró que conocía muy bien el Proyecto. Ofreció varias sugerencias para permitir que el Proyecto mantenga los resultados obtenidos y continúe ofreciendo servicios a estas comunidades. Sugirió que Curamericas persiguiera con determinación estas diversas opciones de financiación.

C. 10. GESTIÓN DE LAS LECCIONES APRENDIDAS

El Proyecto ha recopilado y utilizado activamente las lecciones aprendidas. La investigación operativa realizada aportó importantes conocimientos sobre el cambio de comportamiento, especialmente en la identificación de desviaciones positivas en nutrición y lactancia materna, así como en el conocimiento, prácticas y actitudes de los TBAs respecto al embarazo y el parto. El equipo utilizó los resultados de la investigación para diseñar y afinar sus mensajes clave. Como hemos dicho antes, el Proyecto utilizó las lecciones aprendidas de la MTE para mejorar y respondió a todas las recomendaciones.

D. OTROS RESULTADOS

Queremos destacar los resultados del proyecto en relación con la participación de las mujeres. La creación de grupos de autoayuda y de cuidado, y el Wajan Nab'al IX (la ONG de mujeres creada por el proyecto) son solo dos de varias historias de éxito de las oportunidades de empoderamiento que el proyecto creó. Además, Curamericas es un buen socio dispuesto a ayudar en diversos esfuerzos comunitarios. Cuando surgió la oportunidad de ayudar a distribuir 40 sillas de ruedas a niños con discapacidad de la región, Curamericas no dudó en colaborar.

E. Conclusiones y recomendaciones

Queremos destacar las siguientes conclusiones importantes:

1. El Proyecto ha alcanzado 20 de sus 24 objetivos y ha avanzado considerablemente en los cuatro objetivos restantes.
2. Los métodos de CBIO y Care Group fueron eficaces y adecuados para esta área del proyecto. Sin embargo, debido a ciertas circunstancias atenuantes, la duración relativamente corta del programa de cinco años no fue suficiente para que algunas jurisdicciones alcanzaran objetivos, especialmente para San Rafael La

- Independencia, que es un municipio que no tenía experiencia previa con servicios comunitarios y desconfiaba de los externos hasta que comenzó este proyecto.
3. El proyecto logró un impacto significativo en la mortalidad. El monitoreo de mortalidad y las autopsias verbales permitieron al Proyecto centrarse en jurisdicciones y aldeas más débiles.
 4. El componente comunitario, compuesto por Grupos de Atención, fue fundamental para organizar la demanda de servicios y alcanzar los resultados del Proyecto.
 5. La participación femenina ha aumentado y ha sido fundamental para aumentar la cobertura de las intervenciones de supervivencia infantil.
 6. El personal es muy comprometido, trabajador y competente; Hay un fuerte espíritu de equipo.
 7. Curamericas/Guatemala mantiene su progreso y continúa avanzando, construyendo sobre los logros del proyecto a través de SIAS.

Estas son las recomendaciones inmediatas para el equipo de Curamericas:

Comparte lecciones aprendidas para fortalecer el componente comunitario de SIAS.

2. Seguir utilizando y ampliando los modelos, lecciones aprendidas y herramientas de CBIO y Care Group.
3. Continúa con el seguimiento de la mortalidad y las autopsias verbales.
4. Desarrollar la red de derivación de Atención Obstétrica de Emergencia (EOC) para la región.
5. Implementar tratamientos comunitarios para la neumonía.
6. Reforzar la logística farmacéutica e implementar la distribución comunitaria de anticonceptivos.
7. Identificar la financiación puente para el Municipio de San Rafael La Independencia.

Los modelos CBIO y Care Group también han demostrado ser efectivos para mejorar la supervivencia infantil. USAID no solo ha recibido un retorno muy alto de esta inversión, sino que, a través de este proyecto, ahora cuenta con un modelo de supervivencia infantil muy bueno que ha demostrado funcionar, incluso en zonas muy remotas. El proyecto también produjo varias herramientas y procedimientos eficaces autónomos que aportan valor y se incorporan fácilmente a SIAS. De hecho, estas herramientas deberían incorporarse en otros proyectos de informática en todo el mundo. Estas herramientas y procedimientos de proyecto mantendrán y ayudarán a ampliar los servicios, el acceso y la prestación. La permanencia de Curamericas/Guatemala permitirá que estos modelos exitosos ayuden a fortalecer las actividades de CS a nivel nacional.

El proyecto ha logrado 20 de los 24 indicadores. Sin embargo, para apreciar el impacto real del Proyecto en el momento de la evaluación final, estos indicadores deben desglosarse por jurisdicción. Hay jurisdicciones que han cumplido los 24 objetivos y algunas que no. Las jurisdicciones nuevas en intervenciones de supervivencia infantil obtuvieron puntuaciones consistentemente inferiores que aquellas con mayor exposición a la educación en salud materna y otras intervenciones de supervivencia infantil. Estas variaciones observadas por el municipio en los indicadores EOP sugieren que el periodo arbitrario de cinco años de subvención es insuficiente, y que se puede lograr un impacto

significativo en la supervivencia infantil con una participación más prolongada. Parece necesario un compromiso de 10 a 15 años con las intervenciones de supervivencia infantil para lograr impacto, como demuestran las diferencias entre municipios y jurisdicciones. Recomendamos que Curamericas identifique financiación para iniciar y mantener actividades de supervivencia infantil durante 10 a 15 años para lograr resultados consistentes e institucionalizados en las nuevas áreas, que estén en consonancia con el éxito alcanzado en las demás áreas del Proyecto. Era evidente que varias jurisdicciones están a punto de alcanzar un punto de inflexión y requieren más aportaciones para no perder impulso.

Curamericas/Guatemala mantiene excelentes relaciones de trabajo con las autoridades del Ministerio de Salud y debería continuar implementando y ampliando los programas SIAS en el área del proyecto y más allá. Han demostrado la capacidad de establecer alianzas con ONG locales para compartir y ampliar las lecciones aprendidas. Las jurisdicciones del SIAS son más pequeñas y esto facilita el acceso a los servicios que en este proyecto, aunque la escasez de personal y la retención de personal en general impiden el impacto del SIAS. Esto es un trabajo duro y el agotamiento es algo común. Sin embargo, Curamericas Global ha logrado inspirar y mantener a un equipo de personal muy comprometido y debería buscar formas de apoyarlos y retenerlos asegurando trayectorias profesionales, como la de la "madre convertida en educadora en salud".

La escasez de personal impide ahora el uso máximo de una red ampliada de instalaciones sanitarias. Según la experiencia del Proyecto CS, se requieren al menos dos profesionales en el centro de salud (*Unidad mínima*): dos SI; o un IF y el médico ambulatorio o enfermero de SIAS. Actualmente, hay comunidades que solo son atendidas por un médico ambulante que también atiende a otras 22 comunidades al mismo tiempo, atendiendo así a una comunidad al día y visitando cada comunidad solo una vez al mes. Estos médicos utilizan el transporte público para llegar a las comunidades y llevan sus equipos y formularios de pacientes en sus mochilas. **La necesidad de IFs permanentes es inmediata en estas comunidades.** Además, recomendamos que en el plan de disposición el mobiliario y los vehículos de oficina permanezcan en Curamericas para apoyar la continuidad del trabajo en el SIAS.

SIAS parece ser la vía para sostener los logros significativos de este proyecto. SIAS también parece ser el futuro para el desarrollo del sector sanitario en estos distritos aislados y el futuro de Curamericas/Guatemala para seguir haciendo una contribución notable a salvar vidas en estas poblaciones indígenas. Curamericas ha reconocido esto y ha conseguido con éxito dos subvenciones del MOH y solicitó una tercera. Estas dos subvenciones se están implementando con éxito y se espera que la financiación continúe durante varios años tras el éxito del rendimiento. Desafortunadamente, San Rafael La Independencia, el distrito más necesitado y para el que se ha solicitado esta concesión, es **NO cubierto por el SIAS**. El SIAS concedió una subvención a otra ONG que posteriormente la rechazó. Curamericas solicitará un nuevo premio, pero para cuando se otorgue el nuevo premio, el distrito habrá estado sin cobertura durante más de un año, con la consiguiente pérdida de impulso y desconfianza por parte de las comunidades. Es esencial que Curamericas informe a las autoridades de USAID y PNUD sobre esta

situación y explore la posibilidad de conseguir fondos puente para apoyar las actividades del proyecto en San Rafael La Independencia hasta que se disponga de fondos de SIAS en este municipio para que las actividades de CS continúen.

El tratamiento comunitario de la neumonía ya ha demostrado ser eficaz en otros países con escasez de personal y mal acceso a servicios, similar a esta área del proyecto. Dada la alta mortalidad por neumonía infantil en la comunidad, se recomienda que varios *Comunicadores* Entrenarse en **Tratamiento comunitario de la neumonía**. Se requerirá y justificará la autorización formal del MOH en estas zonas aisladas con el apoyo de las CF. Cada pueblo (*aldea*) Debe tener a una madre equipada con un cronómetro y entrenada para contar respiraciones, diagnosticar neumonía, administrar la primera dosis de antibiótico y derivar al proveedor más cercano.

La mayoría de las muertes maternas se atribuyeron a hemorragias. Dada la ausencia de instalaciones quirúrgicas y bancos de sangre en la zona del proyecto y la ausencia de atención obstétrica de emergencia (COE) adecuada, el desarrollo de una red de COE es esencial, comenzando por casas de espera y al menos una instalación de parto las 24 horas por distrito. Curamericas/Guatemala también debe trabajar con el Ministerio de Salud para mejorar esta situación, mejorando la atención obstétrica de emergencia dentro del área del proyecto para intervenciones no quirúrgicas y para mejorar el transporte de pacientes que necesitan intervenciones quirúrgicas y sangre en el Hospital de Referencia Departamental de Huehuetenango. La presencia de un helipuerto, ahora solo para uso personal, representa una oportunidad importante para una rápida derivación a Huehuetenango, especialmente en la temporada de lluvias. El Proyecto ya ha comenzado a aprovechar el apoyo de futuros alcaldes y organizaciones comunitarias. Se requerirá un apoyo adicional del MOH y un compromiso a largo plazo de los donantes para abordar estos problemas de acceso al COE. Es importante señalar que en las tres recientes muertes maternas, las tres buscaron atención. Esto no habría sido así antes de que comenzara el proyecto. Curamericas/Guatemala debe seguir apoyando a organizaciones comunitarias y a la participación de las mujeres para desarrollar los cimientos de una red EOC eficaz.

Dada la etapa de desarrollo de los servicios de MCH en el área del proyecto, es esencial continuar con el enfoque CBIO, con especial atención al registro de eventos vitales y autopsias verbales, ya que esta información es el ÚNICO registro fiable de muertes maternas e infantiles en la zona. Estos mismos datos deberían seguir guiando las decisiones de los proveedores de salud y utilizarse para la mejora continua de la calidad de la atención y los resultados de supervivencia infantil.

También proponemos que Curamericas/Guatemala comparta activamente los hallazgos de esta evaluación final y las numerosas lecciones aprendidas con el equipo directivo de SIAS. Existen varias lecciones sencillas aprendidas que pueden aportar valor al SIAS y que ayudarían a equilibrar la aparente carga de registro e informes que supone el programa, fortaleciendo así su implementación y logrando un mayor impacto. Por ejemplo, el proyecto desarrolló materiales educativos en los idiomas locales. Estos materiales han sido probados y son utilizados por los comunicadores de salud en los tres

idiomas y podrían ser utilizados por los CFs de la SIAS. Al utilizar estos materiales, el SIAS se beneficiaría de la notificación y el uso de eventos vitales y autopsias verbales, al tiempo que fortalecería la participación de las mujeres que utilizan enfoques sensibles al género y el modelo de Grupos de Cuidado.

En resumen, Curamericas/Guatemala, con apoyo estratégico de Curamericas Global, está dispuesto a solicitar otras subvenciones SIAS y expandirse a otros municipios y departamentos. Prevemos que se convertirán en un socio valioso en el SIAS.

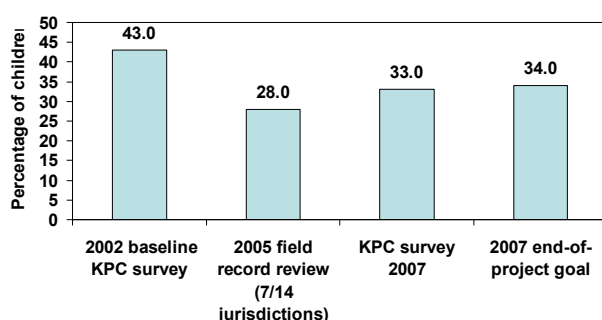
Desde el punto de vista operativo, también se recomienda que Curamericas Global considere instalar acceso a Internet en la oficina del proyecto para facilitar las comunicaciones y el coaching y soporte virtual desde la sede. Solo hay un cibercafé en el pueblo que está abierto unas horas al día y estuvo cerrado la mayor parte de nuestra estancia en San Miguel. El equipo puede estar aislado del soporte de la sede durante días, lo que puede impedir que la sede proporcione apoyo oportuno y continuo.

Finalmente, concluimos que Curamericas Global se ha consolidado como líder en Supervivencia Infantil a través de este proyecto. Han demostrado que el enfoque CBIO es un método rentable y basado en evidencia para implementar intervenciones de supervivencia infantil bien conocidas. Cuando se combina con el Modelo de Grupos de Atención, el enfoque CBIO empodera a mujeres y comunidades para que participen activamente en el proceso de prestación de servicios sanitarios y logra resultados significativos en periodos relativamente cortos, incluso en poblaciones remotas. Recomendamos que Curamericas Global promueva y difunda este enfoque emblemático por el que, predecimos, pronto será reconocido a nivel mundial.

F. Resultados destacados

1. Mejorar el estado nutricional infantil (suplementación nutricional y de micronutrientes y promoción de la lactancia materna)

Percentage of Children 0-23 Months of Age with Moderate or Severe Malnutrition

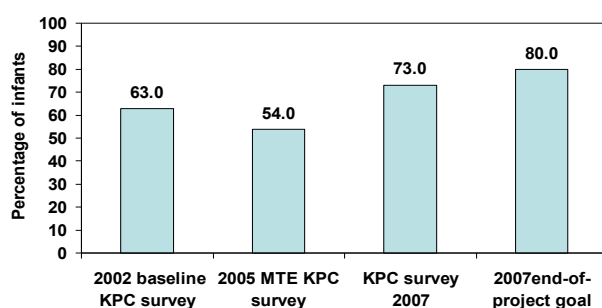


1.1: Disminuir el porcentaje de niños de 0 a 23 meses que están por debajo de su peso. El

Proyecto ha mejorado las prácticas de nutrición, incluida la lactancia materna exclusiva, en los tres municipios. El porcentaje de niños desnutridos disminuyó del 43% al 33% por encima del objetivo de la EOP (34%). La lactancia materna exclusiva aumentó del 54% en el MTE al 73% en el KPC final, pero por debajo del 80% del objetivo

EOP.

Percentage of Children 0-5 Months of Age Receiving Exclusive Breastfeeding during the Previous 24 Hours

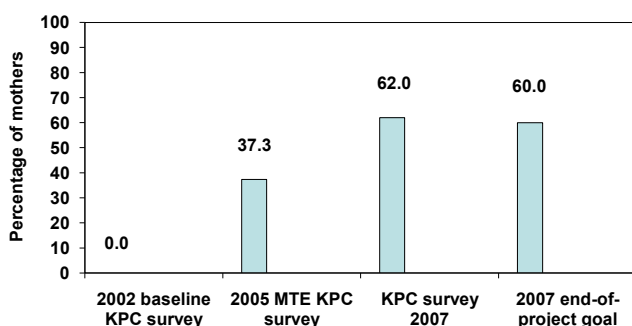


1.2: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 5 meses que estaban amamantando exclusivamente durante las últimas 24 horas. La

investigación operativa realizada por el equipo del proyecto tras la MTE mostró que la encuesta de referencia probablemente había sobreestimado la prevalencia de la lactancia materna exclusiva. Las madres temían decir que preferían el uso de biberones y se subestimaba la práctica de

proporcionar otros líquidos a los recién nacidos. Las madres informaron que desecharon el calostro porque creían que esta primera leche era "débil" y simplemente resultado de impurezas mamarias acumuladas durante el embarazo. Los materiales educativos se ajustaron para abordar esta creencia y el número de madres que dieron lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas de vida ha aumentado.

Percentage of Mothers Receiving Vitamin A within Two Months of Delivery

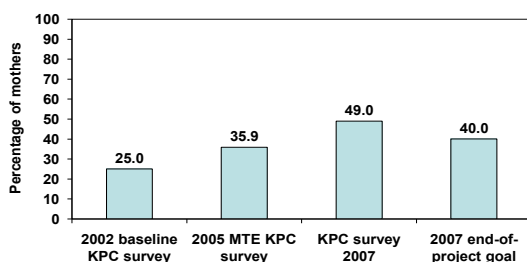


1.3: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que recibieron una dosis de vitamina A durante los dos primeros meses tras el parto. La provisión de vitamina A aumentó de cero en la línea inicial a un 62%, superando el objetivo de la EOP en el área del proyecto. Las madres informaron valorar recibir la vitamina justo después del parto, lo que facilitó la notificación del parto. Las madres informaron de los partos con rapidez para

recibir la vitamina.

2. Mejorar la cobertura de cuidados prenatales (salud materna y neonatal)

Percentage of Mothers Who Had Obtained at Least Two Prenatal Care Visits Prior to Her Most Recent Delivery

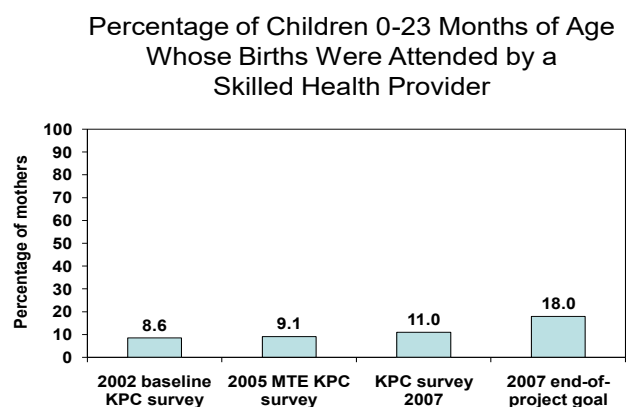


2.1: Aumentar el porcentaje de madres que tuvieron al menos dos visitas prenatales (tarjeta) con un profesional sanitario capacitado antes del nacimiento de su hijo menor de 24 meses de edad.

La salud materna también ha mejorado. El proyecto superó el objetivo de EOP (40%), alcanzando al 49% de las madres que tuvieron dos o más visitas de ANC. El porcentaje de madres que recibieron pastillas de

hierro ha aumentado del 33% al 58%. La presencia de un Facilitador Institucional permanente en las instalaciones permitió que el proyecto superara este objetivo. La falta de personal sigue siendo la principal barrera para aumentar la cobertura de atención prenatal.

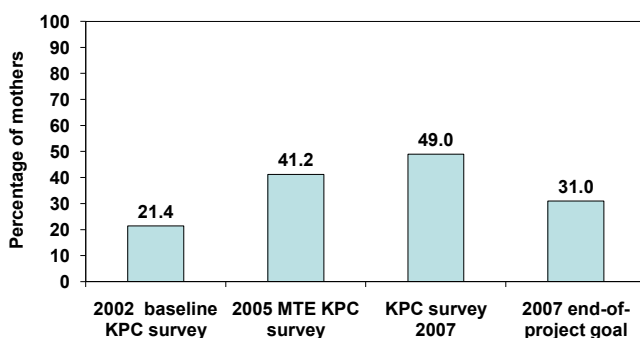
3. Asegurar que todas las entregas sean seguras



3.1: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 23 meses cuyos partos son atendidos por personal sanitario cualificado (enfermera, enfermera auxiliar o médico). La entrega por parte de un asistente cualificado ha aumentado, pero sigue siendo baja, sin alcanzar el objetivo de la EOP. La falta de instalaciones de parto abiertas las 24 horas y el terreno accidentado dificultan mucho que las madres accedan a una asistente cualificada. El proyecto ha formado a los TBAs. Aunque no se considera un "Proveedor de Salud Cualificado", la TBA es la principal proveedora en la mayoría de las aldeas. El proyecto ha colaborado con las comunidades para construir casas de espera. Se abrió con éxito una casa de espera en San Sebastián, donde la comunidad está muy activa e implicada.

4. Espaciamiento adecuado entre los niños

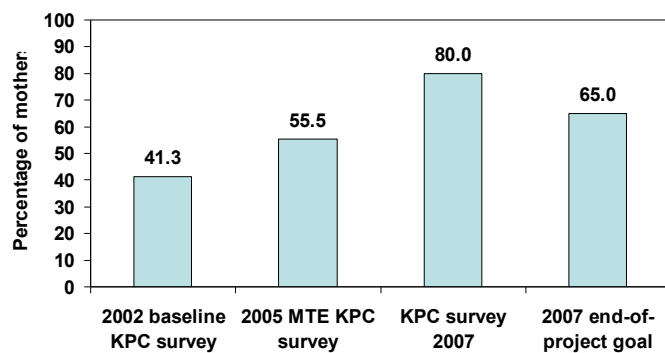
Percentage of (Non-Pregnant) Mothers Who Desire No More Children in the Next Two Years (or Who Aren't Sure) Who Are Using a Modern Method of Child Spacing



4.1: Aumentar el porcentaje de madres (no embarazadas) que no desean tener más hijos en los próximos dos años (o no están seguras), que utilizan un método moderno de espaciamiento infantil.

Las prácticas de espaciamiento infantil utilizando un método moderno han aumentado considerablemente y superado el objetivo de EOP (31%), alcanzando al 47% de las madres que no quieren tener un hijo en los próximos dos años.

Percentage of Mothers of Infants Who Know at Least One
Place Where She Can Obtain a Method of Child Spacing

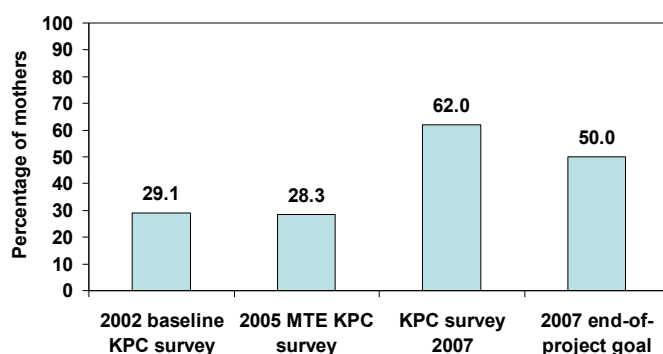


4.2: Aumentar el porcentaje de madres que conocen al menos un lugar donde pueden obtener un método de espaciamiento infantil.

El porcentaje de madres que saben dónde obtener métodos de espaciamiento infantil ha alcanzado el 80% y superado el objetivo de EOP (65%).

5. Asegurar una gestión adecuada de los casos de enfermedades infantiles comunes
Gestión de casos de neumonía

Percentage of Children 0-23 Months of Age with Cough and Fast/Difficult Breathing Who Were Taken to a Health Facility or Who Received Antibiotics from an Alternative Source

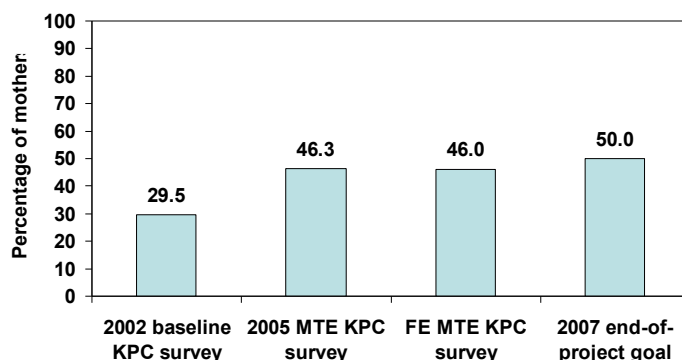


5.1: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses con tos y respiración rápida/difícil que fueron trasladados a un centro de salud o que recibieron antibióticos de una fuente alternativa.

El manejo de la neumonía y la diarrea infantil ha mejorado notablemente. El porcentaje de madres que buscaron atención a niños con tos aumentó hasta el 62%, superando también el objetivo del 50% de EOP.

Control de la enfermedad diarreica

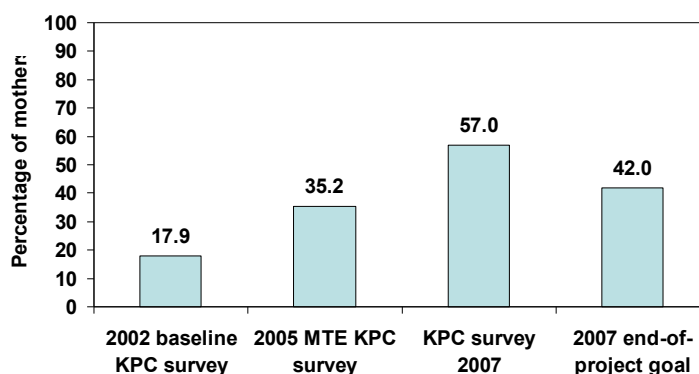
Percentage of Children 0-23 Months of Age with Diarrhea Who Were Given the Same Amount or More Fluids During the Illness



5.2: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 23 meses con diarrea que recibieron la misma cantidad o más de líquidos durante la enfermedad.

Este indicador no alcanzó el objetivo en todas las jurisdicciones y, en contraste, el uso de ORS ha aumentado. El tipo de líquidos ha mejorado, pero aumentar la cantidad requerirá más tiempo e investigación.

Percentage of Children 0-23 Months of Age with Diarrhea Who Received Oral Rehydration (ORS) and/or Recommended Home Fluids (RHF)

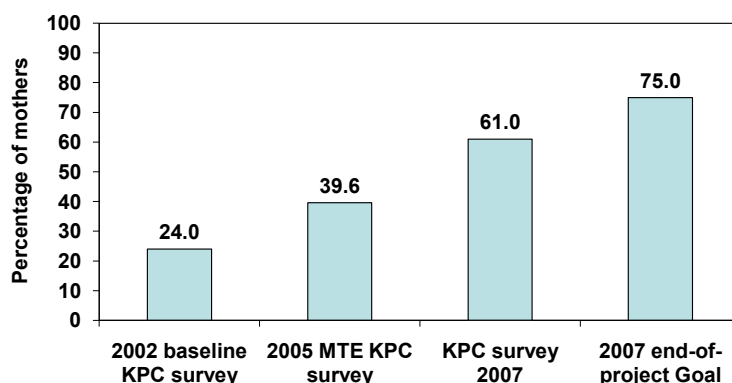


5.3: Aumentar el porcentaje de niños con diarrea de 0 a 23 meses que reciben rehidratación oral (SRA) y/o líquidos domésticos recomendados (RHF).

El porcentaje de niños que recibieron OR o que se le recomendaron líquidos caseros aumentó al 57%, superando también el objetivo del 42% de EOP.

Cuidado infantil enfermo

Percentage of Mothers of Children 0-23 Months of Age Who Know at Least Two Signs of Childhood Illness Which Indicate the Need for Treatment



5.4: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que conocen al menos dos signos de enfermedad infantil que indiquen la necesidad de tratamiento.

El porcentaje de madres que pueden reportar al menos dos signos de peligro de enfermedades infantiles aumentó del 40% en la MTE al 61%, pero no alcanzó el objetivo EOP del 75%.



5.5: El 0% de los centros sanitarios habrá tenido un stock de medicamentos o suministros esenciales en el mes anterior. No se reportaron desactivaciones durante la evaluación. Sin embargo, la mayoría de los centros visitados disponían de pequeñas cantidades de formulaciones pediátricas de antibióticos como el cotrimoxazol, que sería necesario para tratar la neumonía infantil. En general, los botiquín y las habitaciones visitadas estaban limpios y bien organizados, con tarjetas de stock para cada medicina.

Figure 5. Photo of Medicine Cabinet in “Centro de Convergencia.”

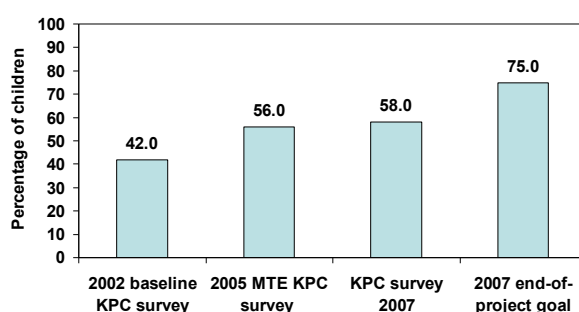
5.6: El 80% de los trabajadores sanitarios obtendrá una puntuación superior al 80% en la lista de verificación de IMCI en el último trimestre. Este objetivo se logró.

5.7: El 90% o más de los trabajadores de centros sanitarios y los CFs evaluarán correctamente los signos de peligro en niños enfermos. Este objetivo se logró.

5.8: El 100% de los trabajadores de centros sanitarios y CFs habrá recibido supervisión al menos una vez en los últimos tres meses utilizando listas de verificación de verificación. Este objetivo se logró.

6. Vacunas completas y oportunas de niños pequeños

Percentage of Children 13-23 Months of Age Completely Vaccinated before 13 Months of Age

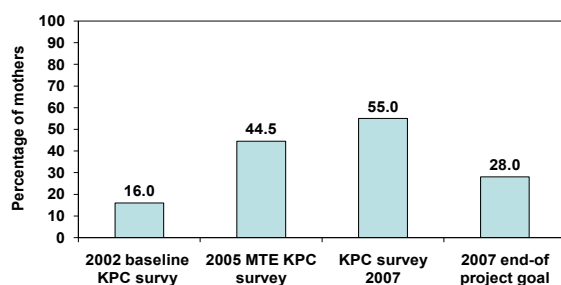


6.1: Aumentar el porcentaje de niños de entre 13 y 23 meses que estaban completamente vacunados (frente a las cinco enfermedades prevenibles por vacuna) antes de cumplir los 13 meses de edad.

La cobertura ha alcanzado el 58% desde el 42% inicial, pero está por debajo del objetivo del 75% de la EOP. Solo una jurisdicción en San Sebastián superó el objetivo de la EOP al alcanzar una cobertura del 84%. Es importante señalar que el

proyecto se ha centrado en la educación y movilización de las madres y no en la provisión de vacunas, que es responsabilidad del Ministerio de Salud. Además, este indicador se calcula para niños de hasta 13 meses de edad. Dado que en Guatemala la política contra el sarampión es administrar la vacunación a los 12 meses, solo hay una ventana de un mes para alcanzar el "objetivo de vacunación total". Este periodo no es suficiente para contabilizar a todos los niños que alcanzarán este estatus a los 14 o incluso a los 15 meses de edad. Sugerimos recalcular este indicador, incluyendo a los niños de hasta 15 o 18 meses de edad.

Percentage of Mothers Receiving at Least Two Tetanus Toxoid Immunizations Prior the Birth of Her Child



6.2: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que reciben al menos dos inyecciones de toxoide antitetánico antes del nacimiento del hijo más pequeño.

La cobertura de la inmunización con toxoide tetanóstico en las madres fue del 55% y duplicó el objetivo de EOP del 28%.

7. Mejorar las capacidades institucionales

7.1 Aumentar las donaciones benéficas privadas en la sede. La cantidad de dinero no relacionado con subvenciones que Curamericas Global ha recaudado en los últimos cinco años se ha destinado principalmente a fondos de contrapartida y gastos generales. Durante este mismo periodo, Curamericas tomó la decisión estratégica de emprender nuevos proyectos en Asia y África, utilizando parte de los fondos recaudados para esos esfuerzos. En este momento, se están buscando muchas subvenciones para seguir financiando el proyecto guatemalteco, y Curamericas Global ha conseguido parte de la financiación mediante donaciones privadas. Curamericas Global sigue comprometida con la iniciativa y con el Director del Proyecto, el Dr. Mario Rodrigo Valdez Ramírez. Con ese fin, Curamericas Global también está buscando una posible financiación de una fundación corporativa en California que ha mostrado gran interés en financiar un proyecto guatemalteco. , Director Ejecutivo de Curamericas Global, tiene previsto reunirse con la fundación a principios de septiembre. USAID en Guatemala ha indicado que su programa para igualar la financiación privada procedente de EE. UU. para proyectos aprobados podría proporcionar fondos equivalentes si la fuente californiana se materializa. Teresa Wolf

7.2 Ampliar las actividades de supervivencia infantil de Curamericas para programar operaciones en dos nuevos países. Alrededor de 2002, Curamericas Global comenzó a mentorizar a grupos en Haití y en la frontera entre México y Estados Unidos. Estos proyectos han concluido. En 2006, la Junta Directiva de Curamericas Global renovó los esfuerzos para extenderse más allá de Centroamérica y América Latina. Se están llevando a cabo muchos esfuerzos para financiar proyectos en Haití y Tanzania, donde trabajan con una ONG comunitaria de mujeres, KIWAKKUKI, y planean solicitar una subvención PEPFAR en octubre. En Bolivia, Curamericas Global y CSRA (Consejo Andino de Salud Rural) están renegociando actualmente su exitosa colaboración. CSRA ha tenido mucho éxito en conseguir financiación de otras fuentes —incluida USAID— y parece dispuesta a defenderse por sí misma. Curamericas Global no abandona a su socio a largo plazo allí, sino que está reformulando su papel.

7.3 Garantizar la estandarización de la metodología CBIO. Curamericas Global ha desarrollado y publicado un manual de metodología CBIO, que ha sido traducido al español y está disponible en la web. También están planificando materiales más profundos que cubran temas como nutrición, gestión de casos de neumonía, control de enfermedades diarreicas, salud materna y neonatal, planificación familiar y IMCI. La metodología CBIO se utiliza en otros cinco países además de Guatemala: Mozambique, Malawi, Ruanda, Kenia y Camboya.

8. Sostenibilidad: Las actividades de salud infantil son finalmente sostenibles a nivel local

8.1: Aumentar el porcentaje de beneficiarios que viven a menos de 5 kilómetros de un dispensario con al menos un trabajador sanitario formado en protocolos IMCI. Este indicador se ha logrado en las 118 aldeas. Todos los CFs están formados en IMCI.

8.2: Curamericas/Guatemala promoverá las actividades de supervivencia infantil ante los gobiernos municipales asistiendo al menos a 10 reuniones anuales del Comité de Desarrollo Municipal en tres municipios. El proyecto ha facilitado numerosas reuniones con comités y subcomités municipales. También organizó foros públicos con los actuales candidatos a alcalde en las próximas elecciones.

8.3: Establecer Grupos de Cuidado sostenibles en todas las comunidades del Proyecto (el 70% de los Grupos de Cuidado tendrán al menos el 80% de todos los miembros asistiendo al menos al 80% de todas las reuniones en el último trimestre). El proyecto ha creado 321 Grupos de Atención y el número está aumentando. Todos son funcionales.

8.4: Aumentar la capacidad local de seguimiento y evaluación. El proyecto utilizó indicadores para monitorizar su desempeño y tanto el personal del proyecto como el de la sede central participaron activamente en la evaluación final, proporcionando información y toda la información necesaria.

Anexo 1. Objetivos, indicadores y referencias por año del proyecto

Objetivo	Indicador	Línea base %	MTE %	FE %	Estimaciones anuales de DIP (%)				
					1	2	3	4	5
1. Mejorar el estado nutricional infantil (suplementación nutricional y suplementación con micronutrientes/promoción de la lactancia materna)									
1.1: Disminuir el porcentaje de niños de 0 a 23 meses que están por debajo de su peso.	Porcentaje de niños de 0 a 23 meses que están por debajo de su peso.	43	28	38	40	40	38	36	34
1.2: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 5 meses que estaban amamantando exclusivamente durante las últimas 24 horas.	Porcentaje de niños de 0 a 5 meses que estaban amamantando exclusivamente durante las últimas 24 horas.	63	54	73	70	73	75	78	80
1.3: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que recibieron una dosis de vitamina A durante los dos primeros meses tras el parto.	Porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que recibieron una dosis de vitamina A durante los dos primeros meses tras el parto.	0	37.3	67	30	40	50	55	60
2. Mejorar la cobertura de cuidados prenatales (salud materna y neonatal)									
2.1: Aumentar el porcentaje de madres que tuvieron al menos dos visitas prenatales (tarjeta) con un profesional sanitario capacitado antes del nacimiento de su hijo menor de 24 meses de edad.	Porcentaje de madres que tuvieron al menos dos visitas prenatales (tarjeta) con un profesional sanitario cualificado antes del nacimiento de su hijo menor de 24 meses de edad.	25	35.9	47	28	30	33	36	40
3. Asegurar que todas las entregas sean seguras									
3.1: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 23 meses cuyos partos son atendidos por personal sanitario cualificado (enfermero, auxiliar o médico).	Porcentaje de niños de 0 a 23 meses cuyos partos fueron atendidos por un profesional sanitario cualificado.	8.6	9.1	11	10	12	14	16	18

Objetivo	Indicador	Línea base %	MTE %	FE %	Estimaciones anuales de DIP (%)				
					1	2	3	4	5
4.2: Aumentar el porcentaje de madres que conocen al menos un lugar donde pueden obtener un método de espaciamiento infantil.	Porcentaje de madres de niños de 0 a 11 meses que informan al menos un lugar donde pueden obtener un método de espaciamiento infantil.	41.3	55.5	80	--	--	53	--	65
5. Asegurar una gestión adecuada de los casos de enfermedades infantiles comunes									
Gestión de casos de neumonía									
5.1: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses con tos y respiración rápida/difícil que fueron trasladados a un centro de salud o que recibieron antibióticos de una fuente alternativa.	Porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses con tos y respiración rápida/dificultad, que fueron trasladadas a un centro de salud o que recibieron antibióticos de una fuente alternativa.	29.1	28.3	62	33	37	41	46	50
Control de la enfermedad diarreica									
5.2: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 23 meses con diarrea que recibieron la misma cantidad o más de líquidos durante la enfermedad.	Porcentaje de niños de 0 a 23 meses con diarrea a los que se les administró la misma cantidad o más de líquidos durante la enfermedad.	29.5	46.3	46	33	37	41	46	50
5.3: Aumentar el porcentaje de niños de 0 a 23 meses con diarrea que recibieron rehidratación oral (SRO) y/o líquidos caseros recomendados (RHF).	Porcentaje de niños de 0 a 23 meses con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron solución de rehidratación oral (SRO) y/o líquidos caseros recomendados (RHF).	17.9	35.2	57	24	28	33	38	42

Objetivo	Indicador	Línea base %	MTE %	FE %	Estimaciones anuales de DIP (%)				
					1	2	3	4	5
5.5: El 0% de los centros sanitarios habrá tenido un stock de medicamentos o suministros esenciales en el mes anterior.	Proporción de centros sanitarios que han agotado medicamentos o suministros esenciales en el mes anterior.	20	0	0	--	--	0	--	0
5.6: El 80% de los trabajadores sanitarios obtendrá una puntuación superior al 80% en la lista de verificación de IMCI en el último trimestre.	Porcentaje de trabajadores sanitarios que obtuvieron una puntuación superior al 80 % en la lista de verificación IMCI en el último trimestre.	0	--	100	--	40	60	70	80
5.7: El 90% o más de los trabajadores de centros sanitarios y los CFs evaluarán correctamente los signos de peligro en niños enfermos.	Un porcentaje de trabajadores hospitalarios y CFs evaluará correctamente los síntomas de riesgo en niños enfermos.	0	Estimación del año 4 al 100%	100	--	40	60	75	90
5.8: El 100% de los trabajadores de centros sanitarios y CFs habrá recibido supervisión al menos una vez en los últimos tres meses utilizando listas de verificación de verificación.	Porcentaje de trabajadores de centros de salud y CFs que han recibido supervisión al menos una vez en los últimos tres meses utilizando listas de verificación de verificación.	0	Estimación del año 4 al 100%	100	--	--	70	--	100
6. Vacunas completas y oportunas de niños pequeños									
6.1: Aumentar el porcentaje de niños de entre 13 y 23 meses que estaban completamente vacunados (frente a las cinco enfermedades prevenibles por vacuna) antes de cumplir los 13 meses de edad.	Porcentaje de niños de 13 a 23 meses que fueron completamente vacunados (frente a las cinco enfermedades prevenibles por vacuna) antes de los 13 meses de edad.	42	56	58	55	60	65	70	75
6.2: Aumentar el porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que reciben al menos dos inyecciones de toxoide antitetánico	Porcentaje de madres de niños de 0 a 23 meses que recibieron al menos dos inyecciones de toxoides antitetánico antes del	16	44.5	56	18	20	23	25	28

antes del nacimiento del hijo más pequeño.	nacimiento del hijo más pequeño.								
Objetivo	Indicador	Línea base %	MTE %	FE %	Estimaciones anuales de DIP (%)				
					1	2	3	4	5
7.2: Ampliar las actividades de supervivencia infantil de Curamericas para programar operaciones en dos nuevos países.	Número de países en los que opera Curamericas.	4	0	0	--	--	5	--	6
7.3: Garantizar la estandarización de la metodología de la CBIO entre países. Curamericas desarrollará y estandarizará materiales educativos para oficinas de campo en metodología CBIO, nutrición y micronutrientes, gestión de casos de neumonía, control de enfermedades diarreicas, salud materna y neonatal, planificación familiar e IMCI.	Número de materiales educativos estandarizados desarrollados por Curamericas para oficinas de campo en metodología CBIO, nutrición y micronutrientes, gestión de casos de neumonía, control de enfermedades diarreicas, salud materna y neonatal, planificación familiar e IMCI.	0	1	La metodología se estandarizó y se desarrollaron directrices para cada área.	--	--	--	--	7
8. Sostenibilidad									
Las actividades de salud infantil son finalmente sostenibles a nivel local									
8.1: Aumentar el porcentaje de beneficiarios que viven a menos de 5 kilómetros de un dispensario con al menos un trabajador sanitario formado en protocolos IMCI.	Porcentaje de beneficiarios que viven a menos de 5 kilómetros de un dispensario con al menos un trabajador sanitario formado en protocolos IMCI.	Se recoge según el informe anual del Año 1 (Se construyó un nuevo puesto de salud en el primer curso)	Por determinar (Año 4 - San Miguel al 40%; San Sebastián a 45%)	15 IF y 62 CF forman y sirven a 118 comunidades	--	--	Por determinar	--	Por determinar (un aumento que se mostrará)
8.2: Curamericas-Guatemala promoverá actividades de supervivencia infantil ante los	Número de reuniones de Desarrollo Municipal a las que asistió un representante	0	Por determinar	Curamericas -Guatemala ha asistido y	--	--	10	--	10

gobiernos municipales asistiendo al menos a 10 reuniones anuales del Comité de Desarrollo Municipal en tres municipios.	de Curamericas – Guatemala en los últimos 12 meses.		(Año 4 a las 10)	convocado numerosas reuniones con comités municipales que han superado el objetivo					
8.3: Establecer Grupos de Cuidado sostenibles en todas las comunidades del Proyecto (el 70% de los Grupos de Cuidado tendrán al menos el 80% de todos los miembros asistiendo al menos al 80% de todas las reuniones en el último trimestre).	Porcentaje de Grupos de Cuidado que han tenido al menos el 80% de todos los miembros asistiendo al menos al 80% de todas las reuniones en el último trimestre.	Se recoge según el informe anual del Año 1 (establecida)	58.5	100%	--	--	50%	--	70%
8.4: Aumentar la capacidad local de seguimiento y evaluación.	El 90% de los facilitadores institucionales podrán realizar correctamente una Mini-Encuesta Rotativa de Conocimiento, Práctica y Cobertura (KPC), basada en las puntuaciones de la lista de comprobación.	0	Por determinar (Estimación del año 4 en 66%)	100%	--	--	50%	--	90%

Anexo 2. Actividades que apoyaron el logro de objetivos y que aportaron valor a SIAS

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
1. Mejorar el estado nutricional infantil	<u>Nutrición</u> Utiliza el registro de salud infantil para hacer un seguimiento sistemático y rutinario de los niños	Educación comunitaria durante los Grupos de Cuidado	Seguimiento del crecimiento y asesoramiento nutricional en la clínica	Coordina con el MOH en Huehuetenango para la formación en IMCI
	Supervisar el crecimiento del niño mediante pesaje rutinario de los niños	Estudio de Parkinson y CONSEJOS para mejorar los métodos de educación nutricional		
	Asesoramiento nutricional a los cuidadores en el hogar	Uso de la caja de comportamiento para monitorizar las prácticas de las madres		
	Promoción de la lactancia materna			
	Formación en IMCI	Desparasitación durante los Grupos de Atención	Promoción de la lactancia materna exclusiva en la clínica	Coordina con el MOH en Huehuetenango para la formación en IMCI
	Asesoramiento nutricional a los cuidadores en el hogar	Educación comunitaria durante los Grupos de Cuidado	Formación de trabajadores de centros sanitarios en IMCI	
	Promoción de la lactancia materna exclusiva durante las visitas domiciliarias	CONSEJOS para mejorar los métodos de educación nutricional		
	<u>Suplementación con micronutrientes</u> Promoción de la vitamina A a WRA	Estudio de análisis de barreras realizado	Administración de vitamina A durante las visitas a la clínica	
		Formación de las asistentes de parto tradicionales (TBAs) en la		

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
		administración de vitamina A Suplementación con vitamina A en dispensarios Vitamina A proporcionada a los TBA		
2. Mejorar la cobertura de la atención prenatal	Visitas domiciliarias para identificar a las mujeres embarazadas y animarlas a buscar servicios Actividades de vigilancia durante la recopilación de datos de eventos vitales Coordinación con TBAs, CFs y <i>Comunicadoras</i> para identificar a mujeres embarazadas	Promoción de servicios prenatales durante las reuniones del Grupo de Atención	Promoción de los servicios prenatales durante las visitas a la clínica Servicios de atención prenatal durante el horario de consulta	
3. Asegurar que todas las entregas sean seguras	Promoción del uso de TBAs entrenados durante las visitas domiciliarias Formación de los TBA	Promoción del uso de TBAs entrenados durante los Grupos de Atención	Formación de formadores para quienes forman a los TBA Partos realizados en centros de salud	Construcción de centros de parto en comunidades seleccionadas mediante equipos de trabajo voluntario
4. Espaciament o adecuado entre los niños	Mantenimiento de un registro de mujeres con datos de planificación familiar para identificar a las mujeres que utilizan y no métodos de planificación familiar	Promoción del espaciamento infantil durante los Grupos de Cuidado Formación de CFs e IFs en métodos de espaciamento	Reformación del personal clínico en métodos de espaciamento infantil y habilidades de asesoramiento	Proporcionar métodos de planificación familiar a los centros de salud Provisión de materiales IEC

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
	Educación de WRA y sus socios sobre el espaciamiento infantil Promoción del espaciamiento infantil entre WRA y sus socios Desarrollo e implementación de materiales educativos sobre el espaciamiento infantil para <i>Comunicadoras</i>	infantil y asesoramiento Promoción del espaciamiento infantil durante los Grupos de Cuidado Desarrollar materiales educativos sobre el espaciamiento infantil para su uso con los Grupos de Cuidado	Provisión de métodos de planificación familiar Coloca estratégicamente materiales educativos de planificación familiar (por ejemplo, carteles, folletos) en el centro sanitario	
5. Asegurar una gestión adecuada de casos de enfermedades infantiles comunes.	<u>Gestión de casos de neumonía</u> Formación en IMCI Desarrollo y formación en el uso de módulos educativos Prioriza los mensajes educativos clave durante las visitas domiciliarias utilizando los módulos educativos Uso de listas de verificación para supervisar las actividades de IMCI Control de la enfermedad diarreica Formación en IMCI	Desarrollo de módulos educativos Educación de las madres sobre los signos de neumonía y el comportamiento adecuado en la búsqueda de cuidados durante los Grupos de Cuidado Desarrollo y utilización de módulos educativos para su uso con	Formación clínica en IMCI Implementación de la IMCI en centros de salud Implementación de protocolos de supervisión IMCI	Coordinar con la oficina del MOH en Huehuetenango para la formación en IMCI

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
	Promoción de un manejo adecuado de la diarrea Desarrollo y formación en el uso de módulos educativos Prioriza los mensajes educativos clave durante las visitas domiciliarias utilizando los módulos educativos Promoción de un manejo adecuado de la diarrea Desarrollo y formación en el uso de módulos educativos sobre el manejo de la diarrea Prioriza los mensajes educativos clave durante las visitas domiciliarias utilizando los módulos educativos Distribución de los OR a los hogares (HH) Promoción/demostración de la ORT por <i>parte de las Comunicadoras</i> durante sus visitas domiciliarias habituales <u>Manejo Integrado de las Enfermedades Infantiles</u> Formación en IMCI	Grupos de Atención Promoción a madres y cuidadoras sobre el manejo adecuado de la diarrea durante los Grupos de Cuidado Desarrollo y utilización de módulos educativos para su uso con Grupos de Atención Promoción/demostración de la TOS durante la divulgación mensual de salud Desarrollo de módulos educativos para enfermedades infantiles comunes Educación de las madres sobre los signos de neumonía y el comportamiento adecuado en la búsqueda de cuidados durante las reuniones del Grupo de Cuidado	Formación clínica en IMCI Implementación de la IMCI en centros de salud Implementación de protocolos de supervisión IMCI Promoción/demostración de la ORT en la clínica Formación clínica en IMCI Implementación de la IMCI en centros de salud Implementación de protocolos de supervisión IMCI Formación de FIs, CFs y <i>Comunicadoras</i> en IMCI comunitario Formación de supervisores en listas de verificación	Coordinar con la oficina del MOH en Huehuetenango para la formación en IMCI Coordinar con la oficina del MOH en Huehuetenango para la formación en IMCI

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
	Desarrollo y formación en el uso de módulos educativos para enfermedades infantiles comunes Prioriza los mensajes educativos clave durante las visitas domiciliarias utilizando los módulos educativos		Aplicación trimestral de las listas de verificación de verificación IMCI Desarrollo de un plan de supervisión Supervisores formados en el uso de listas de verificación Implementación de la supervisión rutinaria de los trabajadores de centros sanitarios y CFs	

Objetivos	Actividades principales			
	Hogar	Comunidad	Instalación sanitaria	Distrito
6. Inmunización oportuna y completa de niños pequeños y mujeres en edad reproductiva	Mantenimiento de registros infantiles con datos EPI para encontrar incumplidores Visitas domiciliarias a los morosos por <i>parte de las comunicadoras</i> para fomentar la vacunación durante los puestos de divulgación sanitaria Promoción de las actividades de inmunización en la HH Desarrollo y utilización de los módulos educativos sobre inmunización Mantenimiento de los registros de mujeres con datos de vacunación Promoción de las actividades de inmunización en la HH Desarrollo y utilización de los módulos educativos sobre inmunización	Promoción de las actividades de inmunización durante las reuniones del Grupo de Atención Vacunas proporcionadas durante los puestos de divulgación sanitaria Promoción de las actividades de TT durante las reuniones del Grupo de Atención Vacunas proporcionadas durante los puestos de divulgación sanitaria	Las actividades de EPI promovidas en los centros de salud Entrenamiento en inmunización Las actividades de TT se promoven en los centros de salud Entrenamiento en inmunización	Provisión de vacunas y suministros, incluida la cadena de frío, para las instalaciones sanitarias Provisión de vacunas y suministros, incluida la cadena de frío, para las instalaciones sanitarias

Objetivos	Otras actividades principales
7. Mejorar las capacidades institucionales en la sede en Estados Unidos	Contrata a un asociado de desarrollo para gestionar a los donantes actuales y fomentar nuevas perspectivas. Desarrollar actividades de cultivo de donantes para los principales donantes en TX, NC, TN y CA. Cumple estrictamente con los nuevos requisitos de membresía en la Junta Directiva, que incluyen la solicitud anual de regalos en la sede. Reestructurar el personal de los programas para fomentar el desarrollo de nuevos programas y los ingresos correspondientes por subvenciones. Ampliar la visibilidad de la organización con fundaciones utilizando la Junta Directiva y la red de grandes donantes. Contrata a un Especialista en Programas de la Sede con experiencia en educación sanitaria Revisa los materiales educativos actuales que utilizan los socios de Curamericas y otros Organizaciones
8. Sostenibilidad	Formar a trabajadores de centros sanitarios y <i>comunicadoras</i> en IMCI Clínicas y puestos de salud para el personal en las comunidades rurales Negociar con los gobiernos municipales para obtener recursos adicionales para la supervivencia infantil Promover actividades de supervivencia infantil junto con los líderes de los gobiernos locales Identificación y formación de CFs y <i>Comunicadoras</i> Establecimiento de grupos de atención Promoción de actividades de salud infantil durante los Grupos de Cuidado por parte de CFs, <i>Comunicadoras</i> y otros empleados del Proyecto Formar al personal en el uso de encuestas rotativas de mini-KPC

Anexo 3. Miembros del equipo de evaluación y del personal del proyecto

Equipo de Evaluación

Elvira Beracochea, Jefa del Equipo de Evaluación

Mario Valdez, Director, Proyecto de Supervivencia Infantil del CBIO/Guatemala

Nancy Nix, Especialista Senior de Programas, Sede Global de Curamericas/EE. UU.

Henry Perry, Coordinador de Programas Internacionales, Cuartel General Global de Curamericas/EE. UU.

Gina Stracuzzi, asistente de evaluación, voluntaria

Miembros del personal del proyecto

No.	Nombres	Posición
1	Mario Rodrigo Valdez	Director
2	Sergio Fabricio Pérez	Administrador
3	José Alberto Silvestre Taracena	Apoyo Administrativo
4	Alma Esperanza Domínguez	Facilitador institucional
5	Maida Audelina Calderón	Facilitador institucional
6	Nazario Orbelin Recinos	Facilitador institucional
7	Antonio Ros Delgado	Facilitador institucional
8	Vilma Etelvina Rivas	Facilitador institucional
9	Rosalinda Villegas López	Facilitador institucional
10	Evelin Fabiola Matías	Facilitador institucional
11	Sairi Anel Silvestre Solis	Facilitador institucional
12	Yuvicsa Yohana Pelaez	Facilitador institucional
13	Sara Patricia Camposeco	Educador
14	Eulalia Andrés José	Educador
15	Elena José Miguel	Educador
16	Juana Sebastián Jiménez	Educador
17	Isabel Domingo Juan	Educador
18	Miriam Catalina Montejo Gaspar	Educador
19	Yhadira Isabel Francisco Juan	Organizador comunitario
20	Nicolás Francisco Nicolás	Organizador comunitario
21	Edvin Yubini López	IT
22	Luciano Lorenzo Luciano	Facilitador institucional
23	Lucas Agustín Montejo	Facilitador institucional

Adjunto 4. Metodología de evaluación

Se mantuvieron amplias discusiones con el personal del proyecto, con el Director del Proyecto y con el Especialista Senior de Programa de la Sede. La metodología para la medición de indicadores poblacionales se basa en la metodología KPC utilizada por Curamericas/Guatemala para realizar la encuesta. El Director del Proyecto, el Dr. Mario Valdez, que previamente había recibido formación en la realización y análisis de encuestas de supervivencia infantil KPC y había dirigido el MTE KPC, también llevó a cabo la encuesta FE KPC. El personal del proyecto analizó los datos manualmente. Los datos también se transmitieron a un formato electrónico y se analizaron con EPI INFO.

Calendario de Evaluación

27 de agosto	Viaje del Dr. Beracochea, el Dr. Perry y la Sra. Stracuzzi desde Estados Unidos hasta el Área del Proyecto
28 de agosto	Resumen de las actividades del proyecto por el Dr. Valdez y conversaciones con el personal del proyecto
29-31 de agosto	Debates en grupos focales con miembros de la comunidad, líderes comunitarios y personal del MOH; la visita a las actividades comunitarias del Proyecto. En muchas de estas visitas había reuniones de Grupos de Atención y reuniones "mixtas" de CFs, <i>Comunicadores</i> , y madres.
1 de septiembre	Revisión del sistema de información sanitaria, consolidación de datos del sistema de información sanitaria; Redacción del informe
2 de septiembre	Redacción de informes
3-4 de septiembre	Consolidación de datos del sistema de información sanitaria; reunión con el personal del proyecto
5 de septiembre	Reuniones con el personal; compartir los resultados de la evaluación con el Proyecto; viaje a Huehuetenango
6. Septiembre	Reunión con funcionarios departamentales de Huehuetenango del Ministerio de Sanidad (Director y Dr. Mario Mazariegos, Subdirector Técnico)
7 de septiembre	Reunión informativa en Ciudad de Guatemala con USAID (Sra. Isabella Stout, asesora en Salud y Nutrición en USAID/Guatemala; regreso a EE. UU.
17 de septiembre	Presentación del Borrador del Informe

Anexo 5. Lista de personas contactadas y/o entrevistadas

Señorita Isabella Stout	Asesor de Salud y Nutrición, USAID/Guatemala
Dr. Orlando Cano	Director, Departamento del Ministerio de Salud de Huehuetenango
Dr. Mario Mazariegos	Subdirector Técnico, Departamento del Ministerio de Salud de Huehuetenango
Miembros de los grupos de atención	San Miguel, San Rafael y San Sebastián
Mujeres/Madres	San Miguel, San Rafael y San Sebastián
Líderes comunitarios	San Miguel, San Rafael y San Sebastián
Miembros del personal del MOH	San Miguel, San Rafael y San Sebastián

Oficina Central de Salud, Huehuetenango

Elsa Marieta	Jefe de enfermeras
Karla Maria Mendoza	Coordinador de Ascensos karlamariamendoza@yahoo.com.ar
Lilian Edith Flores	Representante Facilitador de Salud Lilianfloresmonti@yahoo.com.es
Imelda Eleonora Palacios	Salud mental marifer0604@hotmail.com
Samira Dense Calderón	Responsable de Recursos Humanos calderon@gmail.com
Patricia Martínez Cifuentes	Enfermera profesional

Anexo 6. Buenas prácticas

Comunicadores de Salud , Guatemala

El problema solucionado. La falta de apoyo y participación comunitaria, la desconfianza hacia los forasteros y la desconfianza hacia las actividades patrocinadas por el gobierno fueron algunos de los obstáculos que se encontraron al inicio del programa de supervivencia infantil. En la evaluación a medio plazo había una "creciente confianza y confianza" entre las comunidades. A medida que el proyecto se acerca a su final previsto, se percibe un entusiasmo visible y una impresionante movilización de mujeres, incluso en las comunidades más inaccesibles. Gran parte de este interés y implicación puede vincularse directamente al uso de las *Comunicadoras en Salud (Comunicadoras)*, redes de voluntarios de salud de pueblos.

La aportación del proyecto. Bajo la dirección del personal del proyecto, se inició la metodología del Grupo de Cuidado (*Grupos de Cuidado*). Esto implica la identificación, formación y apoyo continuo de los Facilitadores Comunitarios y las *Comunicadoras*. Cada mes, las CFs llevan un nuevo mensaje de salud a sus grupos de atención, que están formados por grupos de 10 *Comunicadores*. Formadas con los nuevos conocimientos del mes sobre temas como la nutrición (incluida la lactancia materna exclusiva), las vacunas, el cuidado prenatal y la higiene, las *Comunicadoras* comparten ese mensaje con las aproximadamente 15 mujeres de su comunidad de las que son responsables.

Magnitud de la intervención. Hay 321 *Comunicadores* que ofrecen su tiempo como voluntarios para ayudar a mujeres y niños de sus comunidades mediante reuniones mensuales y visitas domiciliarias según sea necesario. El nivel de participación en el programa sigue creciendo con el uso de los nuevos materiales educativos introducidos desde la evaluación de mitad de trimestre. Dado que estos nuevos materiales están tanto en español como en la lengua local, y son principalmente de carácter pictórico, el *nivel de comprensión y comodidad de las Comunicadoras* ha aumentado considerablemente. El orgullo y la confianza en sus roles como *Comunicadoras* es evidente, y algunas incluso han ascendido a puestos de CF y HEs, lo que está llevando a otras mujeres en las comunidades a asumir roles más activos también.

Contribución a la escala. El uso de *Comunicadoras* ha fortalecido el sistema sanitario a nivel comunitario y ha provocado cambios perceptibles en el comportamiento, como una adopción mucho mayor de prácticas vitales de salud, la participación activa de un número creciente de mujeres en su propia salud y la de sus hijos, y la aceptación —o al menos tolerancia afínea— por parte de los maridos y líderes comunitarios. Una de las contribuciones más importantes de las *Comunicadoras* voluntarias es la actualización mensual de eventos vitales, un aspecto esencial de la Metodología CBIO, crucial para la ampliación de programas basados en censos y orientados a la salud comunitaria.

Acciones. Este proyecto está en marcha en algunas de las regiones más remotas e inaccesibles de Guatemala, incluso en comunidades consideradas impenetrables por el Ministerio de Salud y otras ONG que han intentado abordar las desigualdades

socioeconómicas que existen para los pueblos indígenas de este país. Además, esta idea innovadora ha empoderado a muchas mujeres en el área del proyecto para convertirse en defensoras de sí mismas y de sus comunidades. Muchos Grupos de Cuidado se reúnen por separado para debatir temas importantes para su comunidad y están empezando a formar grupos imaginativos, como una pequeña ONG movida por mujeres llamada *Wajan Nabal' Ix* (Sueño Unido de las Mujeres), para abordar estrategias para lograr independencia económica y cómo ayudar a las familias a gestionar el dinero enviado desde Estados Unidos. Cabe mencionar que este mismo grupo nombró los Objetivos de Desarrollo del Milenio como lo que consideran la mejor solución para su país, y que creen que pueden alcanzarse "*poco a poco*" (poco a poco).

Resultados cuantificables: El progreso documentado desde el inicio del programa es en muchos casos inspirador y puede vincularse directamente a la *implicación de los Comunicadoras*. Algunos ejemplos incluyen: el porcentaje de niños de 0 a 23 meses que están por debajo de su peso se redujo del 43% al 33%; el porcentaje de madres que tuvieron al menos dos visitas prenatales con un profesional sanitario capacitado antes del nacimiento aumentó del 25% al 49%; el porcentaje de niños de 13 a 23 meses que estaban completamente vacunados antes de los 13 meses aumentó del 42% al 58%; y El reconocimiento de enfermedades infantiles que necesitan tratamiento aumentó del 24% al 61%. Estos resultados de cambio de comportamiento han provocado una disminución perceptible en el número de muertes infantiles y maternas reportadas por las madres.

Anexo 7. Análisis de datos de mortalidad

Resumen de datos de muertes infantiles

El sistema de registro de hechos vitales establecido por el proyecto cuenta ahora con 327 muertes de niños que murieron después del nacimiento pero antes de alcanzar los 5 años de edad durante el periodo comprendido entre 2002 y julio de 2007. La muerte registrada más antigua es el 17 de enero de 2002, pero hay 29 fallecimientos en 2002 sin que se registre ningún mes ni fecha. La última muerte registrada es el 17 de julio de 2007.

La lista es bastante completa e incluye el nombre del niño que falleció, la comunidad, el municipio, la edad al fallecer (aunque bastantes solo indican la edad en años – para quienes fallecieron después de un año), la fecha de fallecimiento (aunque para muchos solo se registra el año de fallecimiento sin información sobre la fecha o el mes). y causa de muerte (aunque no existe un método uniforme para registrar las causas de muerte). Todavía hay algunos errores evidentes en las fechas que necesitan corrección, y todavía falta información.

Causa de la muerte (Tabla 1 y Figura 1): La neumonía es, con diferencia, la principal causa de muerte, reportada como causa de más de la mitad (55,9%) de las muertes. La diarrea fue una causa secundaria muy lejana, reportada en el 18,8% de las causas. No se notificó ninguna otra causa única en más del 7% de las muertes.

Edad en el momento del fallecimiento (Tabla 2 y Figura 2): Solo el 15% de las muertes infantiles menores de 5 años ocurren después de los 2 años. El 70,0% de las muertes menores de 5 años ocurren durante el primer año de vida y otro 15% ocurren durante el segundo año de vida. Una cuarta parte de las muertes infantiles ocurren durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida) y, de estas, el 50,0% ocurren en el primer día de vida y el 60,0% durante la primera semana de vida.

Riesgo de muerte por municipio (Tabla 3): Parece haber un aumento moderado del riesgo de muerte en San Sebastián Acatán y San Rafael la Independencia en comparación con San Miguel Acatán, pero esta no es una diferencia llamativa.

Número de muertes registradas por año (Tabla 4): El número de muertes reportadas por año no muestra una tendencia evidente. Sin embargo, los datos son consistentes con la hipótesis de que el porcentaje de muertes registradas aumentaba cada año mientras que al mismo tiempo el número real de muertes disminuía.

Tabla 1. Causas reportadas de muertes infantiles

Causa	Número de fallecimientos registrados	Porcentaje de fallecimientos registrados	Otros términos usados para este diagnóstico en el registro
Neumonía/infección respiratoria aguda	175	55.9	Bronconeumonía
Diarrea	59	18.8	Deshidratación, infección intestinal
Asfixia de nacimiento	20	6.4	Asfixia perinatal
Desnutrición	12	3.8	kwashiorkor
Infección	10	3.2	Sepsis, fiebre
Trauma	9	2.9	Ahogamiento
Meningitis	6	1.9	
Causas neonatales tempranas	5	1.6	Bajo peso al nacer
Diarrea y neumonía combinadas	1	0.3	
Otros*	16	5.1	
Total	313	100.0	

*Otras incluyen: apendicitis, convulsiones/epilepsia, amigdalitis, hepatitis, hidrocefalia, insuficiencia hepática, malformación congénita, obstrucción intestinal, tumor cerebral

Figure 1. Reported Causes of Childhood Death (Percentage)

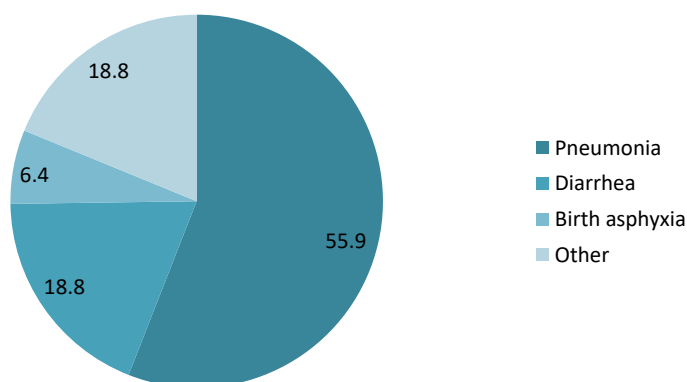


Tabla 2. Edades reportadas al momento de la muerte en niños de 0 a 59 meses de edad

Periodo de edad		Número de casos	Porcentaje de casos	Comentario
Periodo neonatal				
	0-1 días	26	8.2	El 50,0% de las muertes neonatales ocurren durante el primer día de vida
	2-6 días	5	1.6	
	7-13 días	8	2.5	
	14-20 días	8	2.5	
	21-27 días	5	1.6	El 60,0% de las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida
	Total	52	16.3	El 23,2% de las muertes infantiles ocurren durante el periodo neonatal. El 16,3% de las muertes menores de 5 años ocurren durante el periodo neonatal.
1-11 meses	1 mes	35	10.9	
	2 meses	27	8.4	
	3 meses	18	5.6	
	4 meses	18	5.6	
	5 meses	15	4.7	
	6 meses	8	2.5	
	7 meses	10	3.1	
	8 meses	12	3.8	
	9 meses	7	2.3	
	10 meses	17	5.3	
	11 meses	5	1.6	
	Un total de 1-11 meses	172	53.8	El 76,8% de las muertes infantiles ocurren entre 1 y 11 meses de edad
0-11 meses	Total	224	70.0	El 70,0% de las muertes menores de 5 años ocurren durante el primer año de vida.
12-23 meses		49	15.3	
24-35 meses		25	7.8	
36-47 meses		14	4.4	
48-59 meses		8	2.5	Solo el 14,7% de las muertes menores de 5 años ocurren entre niños de 2 a 4 años
Total		320	100.0	

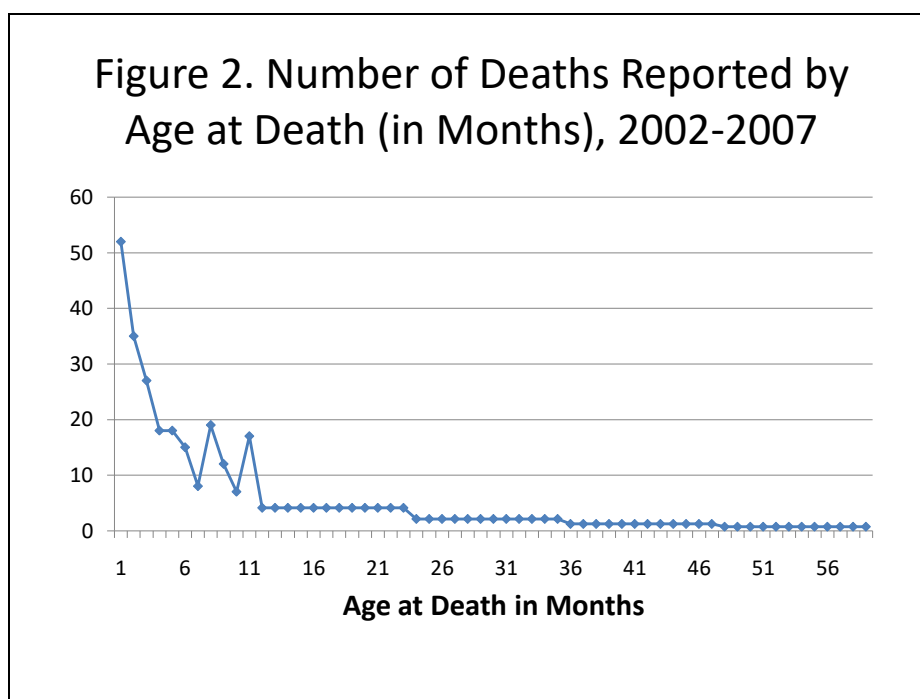


Tabla 3. Riesgo de muerte infantil por municipio: número de muertes infantiles registradas por municipio y población menor de 5 años en cada municipio, 2002-2007

Municipio	Población infantil de 0 a 4 años	Número de fallecimientos registrados	Tasa de mortalidad
San Sebastián Abitán	3,930	125	39.4
San Miguel Acatán	4,591	108	33.0
San Rafael la Independencia	2,603	90	27.5
Total	11,124	327	100.0

Tabla 4. Número de muertes infantiles registradas por año (2002 hasta 30 de junio de 2007)

Año	Número de fallecimientos registrados	Comentario
2002	62	
2003	57	
2004	52	
2005	63	
2006	52	
2007	66	Se registraron 33 muertes durante los primeros 6 meses. Esta cifra se ha duplicado para estimar el número de todo el año
Total	319	

Tabla 5. Número de muertes menores de cinco años por año, municipio y grupo de edad, 2002 – 2007

Ubicación	Edad en el momento de la muerte	Año						Total
		2002	2003	2004	2005	2006	2007 (enero-julio)	
San Miguel	≤ 1 mes	0	1	5	5	8	6	25
	1-11 meses	10	7	10	7	7	7	48
	12-59 meses	10	9	4	6	6	4	39
San Rafael	≤ 1 mes	7	1	5	7	9	6	35
	1-11 meses	2	6	11	8	11	4	42
	12-59 meses	3	3	2	2	0	0	10
San Sebastián	≤ 1 mes	10	5	5	7	0	1	28
	1-11 meses	11	9	8	9	9	5	51
	12-59 meses	8	16	5	10	2	3	44
Total		61	57	55	61	52	36	322

Tabla 6. Número de nacimientos por año y municipio, 2002-2007

Ubicación	Año					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
San Miguel	964	942	1025	950	915	560
San Rafael	709	697	639	536	606	372
San Sebastián	526	512	432	448	495	282
Total	2199	2151	2096	1934	2016	1,213

*No se disponían de cifras reales de nacimientos en 2007 en el momento de escribir esto. Los números aquí se hacen estimaciones tomando el número medio de nacimientos en los últimos 5 años y multiplicándolos por 7/12 para obtener una estimación del número de nacimientos entre enero y finales de julio, que es el mismo periodo para el que se han registrado las muertes en el registro de defunciones.

Tabla 7. Tasas de mortalidad neonatal, infantil y menor de cinco años por municipio y año*

Ubicación	Tarifa	Año					
		2002-2003		2004-2005		2006-7*	
		Tarifa	Numerador/ Denominador	Tarifa	Numerador/ Denominador	Tarifa	Numerador/ Denominador
San Miguel	Tasa de mortalidad neonatal	0.5	1/1,906	5.1	10/1,975	9.5	14/1,475
	Tasa de mortalidad infantil	9.4	18/1,906	13.7	27/1,975	19.0	28/1,475
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	19.4	37/1,906	18.7	37/1,975	25.8	38/1,475
San Rafael	Tasa de mortalidad neonatal	5.7	8/1,406	10.2	12/1,175	15.4	15/978
	Tasa de mortalidad infantil	11.4	16/1,406	26.4	31/1,175	30.7	30/978
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	15.6	22/1,406	29.8	35/1,175	30.7	30/978
San Sebastián	Tasa de mortalidad neonatal	14.5	15/1,038	13.6	12/880	1.3	1/777
	Tasa de mortalidad infantil	33.7	35/1,038	33.0	29/880	19.3	15/777
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	56.8	59/1,038	46.6	41/880	25.7	20/777

*Enero 2006-julio 2007

Nota: N son los numeradores y denominadores para calcular las tasas que se muestran a continuación. Las tasas se producen multiplicando el resultado por 1.000

Figure 3. Trends in Under-five Mortality Rate by Municipality and Year, 2002-2007

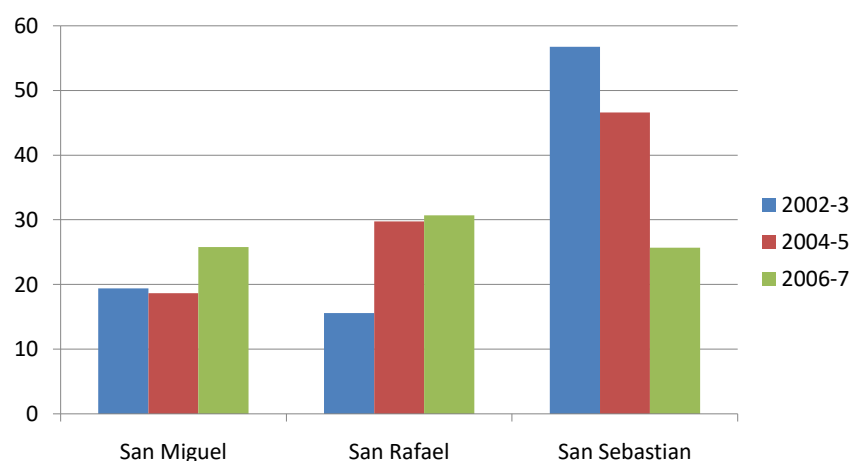
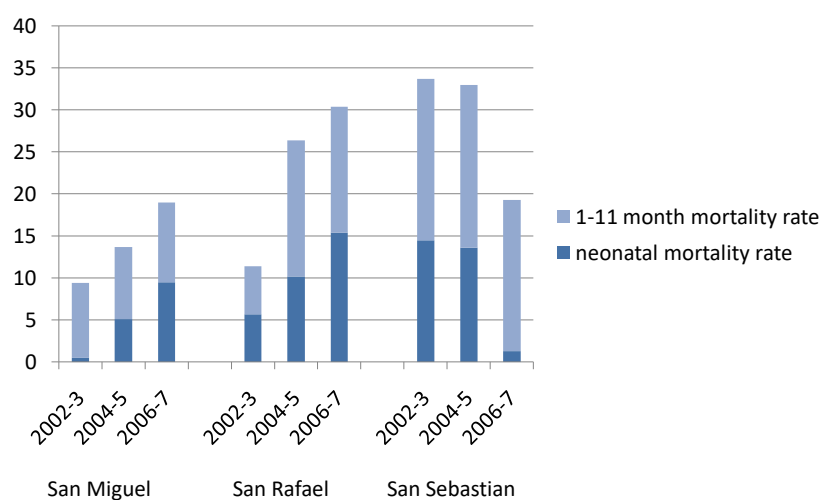


Figure 4. Neonatal and Post-neonatal Mortality Rate by Municipality and Year, 2002-2007



Resumen de los datos de mortalidad materna

El registro de defunciones maternas registra 40 casos. Todavía falta algo de información. La fecha más antigua registrada en el registro es el 25 de diciembre de 2002, pero hay bastantes fallecimientos en 2002 sin fecha ni mes. La última muerte registrada está fechada el 7 de julio de 2007. La lista contiene el nombre de la persona, la comunidad, el municipio, la edad en el momento de la muerte, la fecha de la muerte y la causa de la muerte. De nuevo, aún no se han proporcionado números de nacimientos.

Causa de muerte materna (Tabla 6): La retención de la placenta es la principal causa de muerte materna, representando casi un tercio (30,0%) de las muertes maternas. La hemorragia es la segunda causa principal, representando algo más de una cuarta parte (27,5%) de las muertes maternas. La sepsis puerperal representa casi una quinta parte (17,5%) de las muertes.

Edad en el momento de la muerte materna (Tabla 7): Aunque no disponemos del número de partos dados por mujeres en cada grupo de edad, es seguro asumir que el número de mujeres que dan a luz con menos de 20 años y 40 o más es menor que el de las que dan a luz entre 20 y 39 años. Por tanto, estos datos son coherentes con la hipótesis de que las mujeres embarazadas de los grupos de edad más jóvenes y mayores tienen mayor riesgo de muerte por parto.

Riesgo de muerte materna por municipio (Tabla 8): No parece haber un aumento del riesgo de muerte por parte del municipio.

Índice de mortalidad materna (Tabla 9 y Figura 5): Aquí se demuestra una distribución impar de muertes que no es fácilmente explicable. En 2005, se registraron 18 muertes maternas, en comparación con solo 3 en 2004 y 2 en 2006. Estos datos no son consistentes con la hipótesis generada para las muertes infantiles, es decir, que el porcentaje de muertes reales está aumentando gradualmente mientras que el número de muertes reales disminuye. Sin embargo, si se ignoran los datos de 2002 y 2003, los datos son compatibles con esta hipótesis. Cuando los datos se consolidan para periodos superiores a un año, la Tabla 9 demuestra que la tasa de mortalidad materna en 2004-2005 fue de 521,1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en 2006-07 fue solo de 90,3. La Figura 5 agrupa el periodo 2002-2005 en una sola categoría y sugiere una notable disminución de la mortalidad materna en el periodo 2006-2007.

Tabla 6. Causas de la muerte materna

Causa	Número	Porcentaje del total	Otros usos
Retención de placenta	12	30.0	
Hemorragia	11	27.5	Shock
Sepsis puerperal	7	17.5	
Preeclampsia	3	7.5	
Otros	3	7.5	Incluye atonía uterina, placenta previa y rotura uterina
Total	40	100.0	

Tabla 7. Edad al fallecer por parte de la madre

Grupo de edad	Número	Porcentaje del total
20 <	7	17.9
20-24	4	10.3
25-29	6	15.4
30-34	8	20.5
35-39	6	15.4
40-44	8	20.5
Total	39	100.0

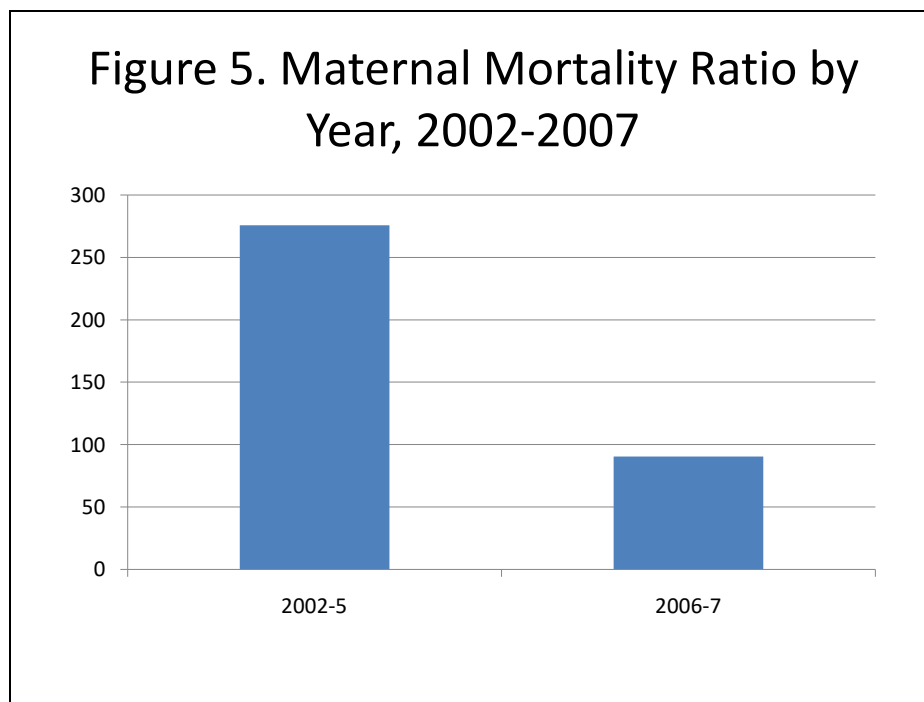
Mesa 8. Riesgo de muerte materna por municipio: número de muertes maternas registradas por municipio y población de mujeres en edad reproductiva en cada municipio

Municipio	Población de mujeres en edad reproductiva	Porcentaje de población	Número de defunciones maternas registradas	Porcentaje de fallecimientos registrados
San Sebastián Abitán	4,450	39.7	16	40.0
San Miguel Acatán	4,129	36.9	14	35.0
San Rafael la Independencia	2,625	23.4	10	25.0
Total	11,204	100.0	40	100.0

Tabla 9. Número de muertes maternas registradas por año (2002 a 30 de junio de 2007)

Año	Número de fallecimientos registrados	Número de nacimientos	Índice de mortalidad materna	Comentario
2002	9	2,199	275.9	12/4,350 * 100,000
2003	3	2,151		
2004	3	2,096		
2005	18	1,934	521.1	21/4,030 * 100,000

2006	2	2,016	90.3	3/3,319 * 100,000 (enero 2006 – julio 2007)
2007	1	1,213		



Conclusiones resumidas

1. La tasa de mortalidad menor de cinco años en San Sebastián parece haberse reducido más de la mitad durante el proyecto, pasando de 56,8 a 25,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Esta es la jurisdicción en la que el registro de eventos vitales fue más completo al principio; el subregistro de eventos vitales al inicio del proyecto en San Miguel y San Rafael es la explicación probable de la falta de demostración de un descenso de mortalidad menor de cinco años en estas dos jurisdicciones.
2. La neumonía es, con diferencia, la principal causa de muerte entre los niños que murieron durante la vida del proyecto para el que se identificó una causa de muerte, representando el 55,9% de las muertes.
3. Solo el 14,7% de las muertes registradas en menores de 5 años ocurrieron después de los 2 años de edad. El 70,0% de las muertes menores de 5 años ocurren durante el primer año de vida. El 23,2% de las muertes en el primer año de vida ocurrieron durante el periodo neonatal.
4. La retención de placenta, la hemorragia y la sepsis puerperal fueron las principales causas de muerte materna. La tasa de mortalidad materna es bastante alta (521,1 en 2004 y 2005). La proporción de mortalidad materna parece haber disminuido durante los últimos 18 meses del proyecto.

Anexo 8. Población por jurisdicción

	0-11	12-23	24-35	36-47	48-59	5 - 13	14 - 49	50- 64	65+	Totales
SAN MIGUEL ABITAN	(mos.)					(años)				
Centro San Miguel	175	168	135	196	428	1847	1854	362	501	5666
Jurisdicción 2	321	237	247	309	456	2871	2428	638	713	8220
Jurisdicción 3 (adives)	365	349	281	257	667	4108	3509	775	668	10979
SAN SEBASTIÁN COATÁN										
Centro Coatán de San Sebastián	155	149	223	117	421	1467	1551	337	414	4834
Jurisdicción 2	304	375	424	318	215	3448	3559	624	801	10068
Jurisdicción 3	263	281	328	185	172	1992	3286	569	535	7611
SAN RAFAEL LA INDEPENDENCIA										
Jurisdicción 1	256	349	273	251	312	3015	2687	572	645	8360
Jurisdicción 2	99	122	72	115	339	1547	1291	202	176	3963
Jurisdicción 3	78	85	46	102	114	1033	976	148	145	2727
TOTAL	2016	2115	2029	1850	3124	21328	21141	4227	4598	62428

Anexo 9. Personal Formado

CAPACIDAD DEL PERSONAL, 2003 A 2007													
2003													
Capacidad del personal	Jan	Feb rer o	Mar	Abr	May o	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Facilitadores institucionales	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
Educadores	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	29
Facilitadores comunitarios	28	32	25	33	24	30	29	27	33	31	33	33	358
Comunicadores de Salud	0												0
Comadronas	34	39	43	56	38	41	53	57	39	48	51	56	555
TOTAL	70	79	76	97	70	79	90	93	81	88	93	98	1014

2004													
Capacidad del personal	Jan	Feb rero	Mar	Abr	May o	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Facilitadores institucionales	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96
Educadores	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
Facilitadores comunitarios	34	31	33	32	34	34	33	34	34	34	34	34	401
Comunicadores de Salud	112	98	118	101	114	95	119	103	117	119	110	113	1319
Comadronas	68	70	73	71	77	67	73	65	78	69	77	74	862

TOTAL	225	210	235	215	236	207	236	213	240	233	232	232	2714
2005													
Capacidad del personal	Jan	Feb rero	Mar	Abr	May o	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Facilitadores institucionales	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	132
Educadores	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48
Facilitadores comunitarios	34	34	32	34	33	32	34	34	33	34	34	34	402
Comunicadores de Salud	177	163	168	180	178	114	169	128	175	180	173	178	1983
Comadronas	89	98	101	87	100	93	88	99	101	95	100	99	1150
TOTAL	315	310	316	316	326	254	306	276	324	324	322	326	3715
2006													
Capacidad del personal	Jan	Feb rero	Mar	Abr	May o	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Facilitadores institucionales	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	132
Educadores	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
Facilitadores comunitarios	34	34	33	34	34	32	33	34	34	32	34	34	402
Comunicadores de Salud	257	199	248	254	233	247	194	255	237	257	249	152	2782
Comadronas	127	131	129	123	125	130	132	122	134	126	133	136	1548

2007													
Capacidad del personal	Jan	Febrero	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Facilitadores institucionales	11	13	13	13	13	13	13	13					102
Educadores	5	8	8	8	8	8	8	8					61
Facilitadores comunitarios	33	48	57	62	62	62	62	62					448
Comunicadores de Salud	312	289	310	321	298	312	279	301					2422
Comadronas	149	135	128	153	155	148	153	156					1177
TOTAL	510	493	516	557	536	543	515	540	0	0	0	0	4210
TOTAL	434	380	426	427	408	425	375	427	421	431	432	338	4924

Anexo 10: Informe final de la KPC

**Informe de fin de la encuesta del Proyecto KPC con
comparación con los resultados anteriores de la
encuesta KPC**

**Proyecto de Supervivencia Infantil de
Curamericas/Guatemala**

Huehuetenango, 2002-2007

Mario Valdez y Henry Perry

ÍNDICE

<u>I. AGRADECIMIENTOS</u>	<u>75</u>	
<u>II. RESUMEN EJECUTIVO</u>	<u>75</u>	
<u>III. ANTECEDENTES</u>	<u>76</u>	
<u>IV. DESARROLLO DE PROCESOS Y ASOCIACIÓN</u>	<u>77</u>	
<u>V. MÉTODOS</u>	<u>77</u>	
A. Cuestionario	77	
B. Diseño de muestreo		78
C. Formación	78	
D. Recogida y análisis de datos	79	
<u>VI. HALLAZGOS Y DEBATE</u>	<u>79</u>	
R. Antecedentes y demografía	79	
B. Nutrición	79	
C. Cuidado materno y neonatal	80	
D. Enfermedades de la infancia		80
E. Inmunización	80	
F. VIH/SIDA	81	
<u>VII. ANEXO</u>	<u>82</u>	
Anexo A: Tablas de frecuencia		82
Anexo B: Cuestionario KPC	85	

I. AGRADECIMIENTOS

Curamericas Global y Curamericas Guatemala agradecen al Sr. Tom Davis su orientación y liderazgo al personal del proyecto en Guatemala en la realización de encuestas de KPC. A lo largo de la vida de este proyecto, la competencia del personal ha mejorado considerablemente gracias a la sólida base de conocimientos que el Sr. Davis aportó en las primeras fases del proyecto.

II. RESUMEN EJECUTIVO

Curamericas/Guatemala realizó una encuesta de hogares en su área de proyecto en el Departamento de Huehuetenango, que incluía los municipios de San Miguel Acatán, San Rafael la Independencia y San Sebastián Coatán, con una población de 11.143 niños de 0 a 59 meses y 11.123 mujeres en edad reproductiva. Miembros del personal del proyecto y otras mujeres especialmente capacitadas con habilidades lingüísticas en Akateko y Chuj realizaron las entrevistas. Utilizando una metodología LQAS, se entrevistó a 171 madres de niños de 0 a 11 meses de edad, así como a 171 madres de niños de 12 a 23 meses de edad. Hubo 9 áreas de supervisión y 19 mujeres de cada área de supervisión fueron seleccionadas al azar para su inclusión en la encuesta. El análisis se tabulaba primero a mano y luego los datos se introducían en el software EPI INFO y se retabulaban. Partes seleccionadas del análisis EPI INFO fueron verificadas de forma independiente.

El enfoque del proyecto se centró en la nutrición (30%), el cuidado materno y neonatal (25%), la neumonía infantil (15%), la diarrea infantil (10%), el espaciamiento infantil (10%) y las vacunas (10%).

Pareció haber una mejora en el nivel general de nutrición de niños de 0 a 23 meses en el área del proyecto, con el porcentaje de desnutrición moderada o severa (según el peso en relación con la edad) que disminuyó del 43% al inicio al 33% en el momento de la evaluación final. Todos los demás indicadores nutricionales mostraron un progreso notable entre el momento de la medición inicial y el momento de la medición al final del proyecto: lactancia materna exclusiva (63% a 73%), alimentación adecuada durante el periodo de edad de 6 a 9 meses (63% a 73%), suplementación con vitamina A en los 6 meses anteriores según la madre (36% frente al 86%), porcentaje de madres que informan animar a su hijo a comer aunque este no quiera comer (20% frente a 45%), alimentación con biberón entre niños de 12 a 23 meses (57% a 40%) y pesaje durante los 4 meses anteriores por el programa de salud (22% a 86%).

En cuanto al cuidado materno y neonatal, hubo mejoras notables en la utilización de la atención prenatal. El porcentaje de madres de un niño de 0 a 11 meses que informaron haber recibido al menos 2 visitas prenatales de un profesional cualificado aumentó del 20% al 87%, y el porcentaje que declaró haber recibido una revisión posparto aumentó del 23% al 67%. El porcentaje de madres que informaron haber recibido o comprado tabletas o jarabes de hierro durante su embarazo más reciente aumentó del 33% al 58%. Además, el conocimiento materno de al menos 2 señales de advertencia entre los recién nacidos aumentó del 5% al 53%. Sin embargo, no hubo un cambio real en el porcentaje de partos

atendidos por una persona formada (enfermera, auxiliar o médico) – del 9% al 12% – ni en el porcentaje de madres cuyo parto más reciente tuvo lugar en un centro sanitario (7% frente al 9%).

La búsqueda de tratamiento en niños con síntomas de posible neumonía aumentó del 29% al 62%. El porcentaje de madres que se lavan las manos con jabón o ceniza aumentó del 58% al 80%, y el porcentaje que supo al menos dos momentos correctos cuándo debían lavarse las manos aumentó del 32% al 68%.

Se notó una mejora en la cobertura de inmunización contra el toxoide tétanico materno (con dos vacunas durante el embarazo), aumentando del 16% al 55%. El grado de aumento en la cobertura de vacunación infantil fue mucho más modesto. El porcentaje de niños de entre 13 y 23 meses que fueron vacunados contra el sarampión aumentó del 50% al 56%, y el porcentaje de niños que recibieron todas sus vacunas antes de los 13 meses de edad aumentó del 42% al 58%. El indicador se ajustó ligeramente porque la política gubernamental es no inmunizar a los niños contra el sarampión hasta que tengan 12 meses de edad.

III. ANTECEDENTES

Esta es la tercera encuesta de KPC realizada por el personal del Proyecto de Supervivencia Infantil Curamericas/Guatemala. Por tanto, a estas alturas la dirección del proyecto y su personal están bastante familiarizados con el proceso. En noviembre y diciembre de 2002, Tom Davis fue Director de Programas en Curamericas y, junto con Aroll Tumaylle, tenía experiencia realizando encuestas KPC utilizando la Guía KPC2000+ para la formación de formadores. Aprovechando esta experiencia, el personal del proyecto realizó encuestas anuales de KPC y actividades trimestrales de seguimiento de los indicadores del proyecto.

A mediados de 2005 se llevó a cabo un KPC para la evaluación a medio plazo, una actividad que reforzó aún más la capacidad del personal y el nivel de apoyo comunitario para la encuesta, y en ese momento, por primera vez, el personal comenzó a introducir los datos en EPI INFO.

Al planificar la encuesta final de evaluación, el proyecto buscó entrevistadores que ya hubieran trabajado previamente en encuestas anteriores. Varias de estas personas participaron y brindaron apoyo al equipo de encuestas, y para entonces las autoridades comunitarias ya estaban familiarizadas con las encuestas y les apoyaban.

Cada uno de los equipos de encuesta tenía la capacidad de determinar su propia estrategia para seleccionar hogares y monitorizar sus propios indicadores. Los entrevistadores eran educadores y enfermeros del equipo del proyecto que podían hablar Chuj y Akateka, lo cual era necesario para poder realizar la encuesta con un entendimiento más profundo también de la cultura y las costumbres de la comunidad.

Como antes, el proceso consistía en seleccionar personas capacitadas para que actuaran como entrevistadores, proporcionándoles formación, realizando pruebas de campo de su capacidad como entrevistadores con retroalimentación, revisión de los cuestionarios tras las pruebas de

campo, tabulación de los resultados por municipio (subárea del proyecto) y luego para el proyecto. Una muestra aleatoria del 10% de las entrevistas fue repetida por los supervisores para evaluar la calidad de las entrevistas.

Como antes, se siguió el manual CORE KPC.

IV. DESARROLLO DE PROCESOS Y ASOCIACIÓN

Desde el principio, el proyecto invitó a la colaboración del personal del Ministerio de Salud (MOH) para que actuaran como entrevistadores. Sin embargo, había una alta rotación de este personal, lo que hacía necesario formar a nuevos MOH en cada KPC. Afortunadamente, algunos de estos empleados del MOH eran más permanentes en la zona y el proyecto pudo utilizarlos para la mayoría de los levantamientos de la KPC.

Además, involucramos a miembros del personal de ASSDIC, una ONG que trabaja en el municipio de San Sebastián Coatán, así como a empleados de ADIVES, otra ONG con sede en el municipio de San Miguel Acatán.

Los resultados de las encuestas de KPC se compartieron con el MOH y ASSDIC y ADIVES. Juntos, los socios buscaron formas de mejorar la cobertura de los servicios.

Los resultados también se compartieron con las comunidades y los líderes comunitarios, y se buscaron sugerencias para mejorar la eficacia del proyecto.

Representantes de USAID/Guatemala habían visitado el área del proyecto en varias ocasiones. También habían sido invitados a participar en la encuesta final de evaluación, pero no pudieron hacerlo debido a la distancia. No obstante, el proyecto envió informes trimestrales a USAID proporcionando resultados de las encuestas de la KPC. Estas visitas permitieron a USAID comprender mejor los desafíos que enfrentó el proyecto en la zona.

El proyecto siempre contó con el apoyo total de las autoridades locales, y a menudo participaban en las entrevistas de los hogares y trabajaban con el personal para buscar formas de mejorar la cobertura de las actividades clave del proyecto.

V. MÉTODOS

A. Cuestionario

Los cuestionarios eran esencialmente los mismos que los usados en la encuesta inicial, salvo por algunos cambios menores en la redacción. Hubo un cuestionario para madres de lactantes de 0 a 11 meses de edad, con 84 preguntas relacionadas con los siguientes temas:

- Información identificativa (10 preguntas)
- Agua y saneamiento (2 preguntas)
- Información sobre la persona entrevistada y la casa en sí (8 preguntas)
- Lactancia materna, nutrición y micronutrientes (12 preguntas)

- Monitorización del crecimiento (2 preguntas)
- Cuidado del niño enfermo (2 preguntas)
- Diarrea (5 preguntas)
- ARI (11 preguntas)
- Cuidado de la madre embarazada (10 preguntas)
- Parto y cuidados neonatales (3 preguntas)
- Cuidados postneonatales (5 preguntas)
- Espaciado entre partos (8 preguntas)
- Conocimiento sobre el VIH/SIDA (3 preguntas)
- Educación sanitaria previa (1 pregunta)
- Medida de altura y peso (2 preguntas)

El cuestionario para madres de niños de 12 a 23 meses tenía 64 preguntas con los siguientes temas:

- Información identificativa (10 preguntas)
- Agua y saneamiento (2 preguntas)
- Información sobre la persona entrevistada y la casa en sí (8 preguntas)
- Lactancia materna, nutrición y micronutrientes (12 preguntas)
- Monitorización del crecimiento (2 preguntas)
- Vacunaciones (2 preguntas con varias subpartes)
- Cuidado del niño enfermo (2 preguntas)
- Diarrea (5 preguntas)
- ARI (11 preguntas)
- Espaciado entre partos (8 preguntas)
- Conocimiento sobre el VIH/SIDA (3 preguntas)
- Educación sanitaria previa (1 pregunta)
- Medida de altura y peso (2 preguntas)

B. Diseño de muestreo

El proyecto utilizó una técnica de muestreo de aseguramiento de la calidad de lotes (LQAS), en la que consideraba un área de supervisión ("lote"), un área geográfica supervisada por un único supervisor de campo. En cada "lote" se seleccionaron 19 bebés de 0 a 11 meses de edad para la muestra, junto con 19 niños de 12 a 23 meses de edad. El proyecto contaba con 9 áreas de supervisión en el momento de la inspección. La encuesta incluyó entrevistas con madres de 191 niños de 0 a 11 meses de edad y 191 madres de niños de 12 a 23 meses, para un total de 342 encuestados.

Debido a la existencia de un censo y un listado de hogares para cada comunidad, seleccionar 19 bebés y niños en los respectivos grupos de edad fue sencillo. Se determinó un intervalo de muestreo de hogares y se seleccionó un inicio aleatorio dentro de este intervalo, y los hogares apropiados dentro de cada comunidad seleccionada para la inclusión en la encuesta se seleccionaron al azar. Luego, comenzando por el hogar seleccionado, se realizó una búsqueda de un niño de 0 a 11 meses o de 12 a 23 meses. Si se encontraron niños de ambas edades en el mismo hogar, uno de ellos fue seleccionado al azar para su inclusión en la

encuesta. Después, se visitaron hogares adyacentes hasta que se identificó a un niño de ambos grupos de edad e incluyó en la encuesta.

C. Formación

Dadas las barreras lingüísticas y los diferentes grupos culturales en el área del proyecto, hubo 10 entrevistadores que hablaban Chuj (cuatro de los cuales trabajan como facilitadores comunitarios en el proyecto). Otras seis eran madres de la zona que habían participado en encuestas familiares anteriores. Estos 10 entrevistadores realizaron dos días de formación los días 30 y 31 de julio.

También se seleccionaron dieciocho entrevistadores que hablaban akateko. Estos realizaron entrenamiento los días 6 y 7 de agosto.

Todos los entrevistadores tuvieron la oportunidad de realizar entrevistas de prueba en la sala de formación con otros alumnos y también en el terreno en hogares de forma experimental.

Todas las entrevistas fueron realizadas por pares de entrevistadores. Una persona hizo las preguntas y la otra rellenó el cuestionario.

D. Recogida y análisis de datos

Cada entrevista duraba entre 20 y 40 minutos, dependiendo en gran medida de si la madre había tenido un hijo enfermo durante las dos semanas anteriores. Las comunidades Chuj fueron entrevistadas del 1 al 3 de agosto y las comunidades Akateka del 8 al 10 de agosto. El proyecto utilizó su vehículo 4x4, 3 motocicletas y, en ocasiones, transporte local para llegar a las comunidades seleccionadas para la encuesta. Era necesario llegar a 5 comunidades a pie, ya que no había carreteras.

Los resultados fueron tabulados primero a mano por todos los entrevistadores y más tarde tras introducir los datos en EPI INFO. En ambos casos, se seleccionó al azar una muestra del 10% de los cuestionarios en cada una de las tres jurisdicciones del proyecto para asegurar que los resultados fueran precisos. La introducción de datos en EPI INFO contó con dos técnicos de datos y dos educadores.

VI. HALLAZGOS Y DEBATE

A. Antecedentes y demografía

Entre las 342 madres que participaron en la encuesta, la edad media era de 25,0 años. Casi la mitad (45,7%) nunca había asistido a ninguna escuela y menos de la mitad (48,4%) podía hablar español. El idioma hablado preferido fue Akateko para el 65,2% de los encuestados y Chuj para el 32,4%.

B. Nutrición

El nivel global de nutrición de niños de 0 a 23 meses en el área del proyecto, definido como el porcentaje de niños con desnutrición moderada o severa (según el peso respecto a la edad), disminuyó del 43% al inicio al 33% en el momento de la evaluación final. Esto fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Todos los demás indicadores nutricionales mostraron un progreso notable entre el momento de la medición inicial y el momento de la medición al final del proyecto. El porcentaje de madres de un niño de 0 a 5 meses que amamantaban exclusivamente a su hijo durante las 24 horas anteriores aumentó del 63% al 73%. El porcentaje de madres de un niño de 6 a 9 meses que ofrecieron alimentación complementaria además de leche materna aumentó del 63% al 73%. El porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses que recibieron vitamina A suplementaria durante los 6 meses anteriores aumentó del 36% al 86% según el informe de la madre y del 28% al 71% según la documentación de la tarjeta sanitaria. El porcentaje de madres que informaron que animaban a su hijo a comer aunque el niño no quisiera comer aumentó del 20% al 45%. La prevalencia de la alimentación con biberón entre niños de 12 a 23 meses disminuyó del 57% al 40%. El porcentaje de niños de entre 0 y 23 meses que habían sido pesados durante los 4 meses anteriores por el programa de salud aumentó del 22% al 86%. El porcentaje de madres que recibieron vitamina A durante los primeros 2 meses tras el parto aumentó del 0% al inicio al 62% al final del proyecto.

C. Cuidado materno y neonatal

En cuanto al cuidado materno y neonatal, hubo mejoras notables en la utilización de la atención prenatal. El porcentaje de madres de un niño de 0 a 11 meses que informaron haber recibido al menos 2 visitas prenatales de un profesional cualificado aumentó del 20% al 87%, y el porcentaje que declaró haber recibido una revisión posparto aumentó del 23% al 67%. El porcentaje de madres que informaron haber recibido o comprado tabletas o jarabes de hierro durante su embarazo más reciente aumentó del 33% al 58%. Además, el conocimiento materno de al menos 2 señales de advertencia entre los recién nacidos aumentó del 5% al 53%. Sin embargo, no hubo un cambio real en el porcentaje de partos atendidos por una persona formada (enfermera, auxiliar o médico) – del 9% al 12% – ni en el porcentaje de madres cuyo parto más reciente tuvo lugar en un centro sanitario (7% frente al 9%).

D. Enfermedades infantiles

El porcentaje de madres que conocen 2 signos de peligro de enfermedad infantil aumentó del 21% al 58% desde el inicio hasta el final del proyecto, y el porcentaje de madres que reportaron haber recibido un mensaje de educación sanitaria en los 3 meses anteriores aumentó del 8% al 70%. El porcentaje de niños con síntomas de neumonía cuyas madres buscaron asesoramiento o tratamiento en un centro sanitario o que les administraron antibióticos aumentó del 29% al 62%. El porcentaje de niños con síntomas de neumonía que recibieron la misma cantidad o más de líquidos aumentó del 31% al 46%, y de los que recibieron la misma cantidad o más de comida del 33% al 61%. La alimentación durante la diarrea aumentó solo ligeramente, con el porcentaje de madres que reportaron dar la misma cantidad o más de comida pasando del 25% al 34%.

El lavado de manos con jabón/cenizas aumentó del 58% al 80%, y el porcentaje de madres que reportaron al menos 2 veces correctas al lavarse las manos aumentó del 34% al 68%.

E. Inmunización

La cobertura de vacunación infantil tuvo que calcularse de una manera especial porque en Guatemala la política del Ministerio de Salud es no vacunar contra el sarampión (en

realidad, sarampión/paperas/rubéola) hasta que el niño tenga al menos 12 meses de edad. Por ello, ningún niño en Guatemala está completamente vacunado antes de los 12 meses de edad. Calculamos este indicador para niños de 13 meses de edad. Así, el porcentaje de niños completamente vacunados fue del 42% al inicio y del 58% al final del proyecto. Es decir, el porcentaje de niños de entre 13 y 23 meses que estaban completamente vacunados a los 13 meses aumentó del 42% al 58%. El porcentaje de niños de 13 a 23 meses con inmunización contra el sarampión aumentó del 50% al 56%.

El porcentaje de madres con un hijo de 0 a 23 meses que recibieron 2 vacunas TT durante su embarazo más reciente aumentó del 16% al 55%.

F. VIH/SIDA

El porcentaje de encuestados que habían oído hablar del VIH/SIDA aumentó del 50% al 75%, y el porcentaje de encuestados que conocían al menos dos formas de prevenir la transmisión del VIH/SIDA aumentó del 3% al 61%.

VII. ANEXO

Anexo A: Tablas de frecuencia

Indicador	Línea base Porcentaje	Evaluación final		
		Numerador	Denominador	Porcentaje
Nutrición				
% de niños de 0 a 23 meses de edad con desnutrición moderada o grave (<-2 por debajo de la media)	43%	113	342	33.0%
% de niños de 0 a 5 meses que fueron amamantados exclusivamente durante las 24 horas anteriores	63%	62	85	72.9%
% de niños de entre 6 y 9 meses que recibieron leche materna y alimentación complementaria durante las 24 horas anteriores	45%	24	43	58.1%
% de niños de 12 a 23 meses que recibieron vitamina A durante los 6 meses anteriores (según la madre)	36%	147	171	86.0%
% de niños de 12 a 23 meses que recibieron vitamina A durante los 6 meses anteriores (verificación de la tarjeta)	28%	121	171	70.8%
% de madres de bebés que recibieron vitamina A durante los primeros 2 meses tras su último embarazo (tarjeta verificada)	0%	106	171	62.0%
% de madres que animan a su hijo a comer aunque no quieran	20%	153	342	44.7%
% de niños de entre 12 y 23 meses que actualmente son alimentados con biberón	57%	68	171	39.8%
% de niños que fueron pesados en los 4 meses anteriores	22%	295	342	86.3%
Atención por maternidad				
% de madres de bebés que recibieron al menos 2 revisiones prenatales (de cualquier trabajador sanitario, con tarjeta verificada) durante su embarazo más reciente	25%	83	171	48.5%
% de madres de bebés que tuvieron al menos 2 visitas prenatales de un profesional	20%	149	171	87.1%

Indicador	Línea base Porcentaje	Evaluación final		
		Numerador	Denominador	Porcentaje
sanitario cualificado (médico, enfermero, comadrona formada) durante su embarazo más reciente (según la madre)				
% de bebés cuyos partos fueron atendidos por un profesional sanitario cualificado (enfermera, auxiliar o médico)	9%	20	171	11.7%
% de madres de bebés que recibieron o compraron pastillas de hierro o jarabe durante su embarazo más reciente	33%	99	170	58.2%
% de madres de bebés cuyo último parto tuvo lugar en un centro sanitario	7%	15	171	8.8%
% de madres de bebés que identificaron 2 o más signos de advertencia entre recién nacidos	5%	91	171	53.2%
% de madres de bebés que se sometieron a una revisión postnatal tras su parto más reciente	23%	115	171	67.2%
Espaciado entre nacimientos				
% de madres de niños de 12 a 23 meses que están embarazadas	14%	35	171	20.8%
IMCI				
% de madres de niños que conocen al menos dos signos de peligro de enfermedad infantil	21%	198	342	57.9%
% de madres de niños de 0 a 23 meses de edad que conocen al menos signos de peligro que indiquen la necesidad de buscar tratamiento	24%	209	342	61.1%
% de madres de niños de entre 12 y 23 meses que han recibido charlas de educación sanitaria en los 3 meses anteriores	8%	120	171	70.2%
Neumonía				
% de madres de niños de 0 a 23 meses que buscaron asesoramiento o tratamiento en un centro sanitario o que administraron antibióticos cuando su hijo tuvo tos con dificultad o respiración agitada	29%	212	342	62.0%

Indicador	Línea base Porcentaje	Evaluación final		
		Numerador	Denominador	Porcentaje
% de niños de 0 a 23 meses que estuvieron enfermos durante las 2 semanas anteriores	80%	92	342	26.9%
% de niños de entre 12 y 23 meses con tos y respiración difícil o agitada que recibieron el mismo o más líquidos de lo habitual durante la enfermedad	31%	157	342	45.9%
% de niños de 0 a 23 meses con tos y respiración difícil o agitada que recibieron la misma o más comida de lo habitual durante la enfermedad	33%	209	342	61.1%
Diarrea				
% de niños con diarrea durante las dos semanas anteriores	54%	55	342	16.1%
% de niños con diarrea que recibieron la misma o más comida de lo habitual durante la enfermedad	25%	19	55	34.5%
Agua y saneamiento en el hogar				
% de madres de niños que usan jabón o cenizas para lavarse las manos	58%	274	342	80.1%
% de madres de niños que mencionaron al menos 2 veces correctas al lavarse las manos (cuando les preguntaron si usaron jabón o ceniza)	32%	233	342	68.1%
% de madres de niños que mencionaron al menos 2 de cada 4 momentos correctos al lavarse las manos	34%	232	342	67.8%
Inmunizaciones				
% de madres con un hijo de 0 a 23 meses que recibieron al menos 2 inyecciones TT antes del nacimiento de su hijo menor	16%	188	342	55.0%
% de niños de 13 a 23 meses de edad con todas sus inmunizaciones (BCG, DPT3, OPV3 y MMR) obtenidas antes de los 13 meses de edad	42%	91	157	58.0%
% de niños de 13 a 23 meses con vacunas contra el sarampión	50%	88	157	56.1%

Anexo B: Cuestionarios KPC

CURAMERICAS – GUATEMALA
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL.
Huehuetenango, Guatemala.
CUESTIONARIO 0 a 11 meses

Encuesta familiar dirigida a madres con hijos menores de un año
Conocimientos, actividades y cobertura sobre el cuidado de niños menores de un año

- a. Saluda y preséntate a la persona que está en casa.
- b. Pregunta si está la madre de los niños.
- c. **Si no hay niños**, dirígete a la siguiente casa (la más cercana)
- d. **Si hay dos madres de niños menores de 2 años viviendo en la casa**, pregunta la edad de los niños. Si ambos tenéis al menos un hijo menor de dos años, seleccionad uno al azar (usad una moneda) y seguid bajando, paso "e".
- e. **Si la madre está en casa:**
 - Pregunta la edad de tus hijos que viven en la casa con ella.
 - Si hay un menor de 12 meses, pasa a dar el consentimiento para explicar el propósito de la encuesta.
 - Si hay un niño (o más) entre 12 y 23 meses, y no hay niños de 0 a 11 meses, solicite el **CUESTIONARIO de 12 a 23 MESES**.
 - Si hay un niño (o mayor) entre 0 y 11 meses en la casa, y otro niño (o mayor) entre 12 y 23 meses, selecciona a uno de los niños al azar (usa una moneda) y utiliza el cuestionario correcto.
- f. **Si la madre no está en casa:**
 - Pregunta a la persona en casa la edad de sus hijos que viven con ellos en la casa.
 - Si la madre tiene al menos un hijo menor de 2 años, pregunta dónde está la madre y cuándo regresa.
 - Si la madre está a más de 30 minutos de casa, pasa a la siguiente madre y rellena el *formulario de Madres No Encontradas/Entrevistadas* para esta madre.
 - Si la madre está a menos de 30 minutos de la casa, búscala y haz la entrevista donde esté.
 - Vuelves a casa para elegir otro hogar si tienes que elegir a otro niño que aún esté en la zona.
- g. **Si la(s) madre(s) no tiene al menos un hijo menor de 2 años**, ve a la residencia de al lado.

CONSENTIMIENTO

Explicar a la madre: Mi nombre es _____ y trabajo conjunto con el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública. Estamos realizando una encuesta de salud de niños en la comunidad. Su participación de más o menos 30 minutos puede ayudar a su comunidad, y todo lo que usted me dirá será confidencial. Tiene el derecho para no participar en la encuesta, también. ¿Puede usted participar en la encuesta?

SI DICE QUE SI ➔ Firma abajo, y seguir con la entrevista.

SI DICE QUE NO ➔ Ir a la próxima madre y llenar el formulario de Madres no Encontradas/Entrevistadas.

Firma del Encuestador: _____ Fecha: ____/____/____

¡LLENAR HOJAS FORMULARIO PARA REGISTRAR ENCUESTADOS NO ENCONTRADOS!

Nombre de la madre: _____
Nombre 1 Segundo nombre 2 Apellido 1 Apellido 2

IDENTIFICACIÓN	
NÚMERO DE JURISDICCIÓN	_____
NÚMERO DE ENTREVISTA	_____
NÚMERO DE SECTOR	_____
NÚMERO DE LA CASA	_____

IDENTIFICACIÓN	
NÚMERO DE JURISDICCIÓN	_____
NÚMERO DE ENTREVISTA	_____
NÚMERO DE SECTOR	_____
NÚMERO DE LA CASA	_____

4.	Fecha de la entrevista	____/____/____ dd mm ayya
5.	Nombre del entrevistador	_____
6.	Nombre del supervisor	_____
7.	Nombre de la comunidad	_____
8.	Iniciales de la madre	_____
9.	¿Cuántos años tienes?	_____ años
10.	Nombre del niño seleccionado para la entrevista (SI TIENES UN HIJO EN CADA GRUPO DE EDAD, ELIGE A UNO AL AZAR)	_____
11.	Sexo de este niño	☐ Masculino ☐ Femenino
12.	La fecha de nacimiento de este niño	____/____/____ dd mm ayya
13.	Esta niña tiene la edad en meses	_____ meses (Usar 0 si no ha completado un mes)

(Nota para el entrevistador: Solo hablaremos de este niño durante la entrevista.)

(Say:) Como mencioné, esta entrevista trata sobre tu salud y la salud de (NOMBRE DEL NIÑO). Por favor, saca todo lo que tengas (tarjetas/tarjetas/sábanas/tarjetas de salud) de (nombre del niño) – vacunas, control de citas, crecimiento/peso, entrega de comida – y aquellas que correspondan a ti y a tu embarazo con (NOMBRE DEL NIÑO). Esto nos ayudará a responder algunas preguntas.

MÓDULO 1A: AGUA Y SANEAMIENTO

No.	Preguntas	Codificación	Salto
14.	¿Con qué se lavan las manos?	1. Solo con agua-----> 2. Con agua y jabón o con ceniza 3. Otro -----> (ESPECIFIQUE _____)	# 16 # 16
15.	(Si la respuesta es jabón o ceniza :), ¿Cuándo te lavas las manos con jabón o ceniza?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Nunca b. Antes de preparar la comida c. Antes de alimentar a los niños d. Después de relevar e. Después de cambiar pañales o limpiar los glúteos de tu hijo f. Otro _____	

INFORMACIÓN SOBRE EL ENTREVISTADO Y EL HOGAR

No.	Preguntas	Codificación	Salto
16.	¿Tuviste la oportunidad de estudiar?	1. Sí 2. No----->	# 18
17.	¿Cuántos años asististe a clases?	Años de educación completados ____ (Si nunca estudias, marca 0)	
18.	¿Qué idiomas hablas?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Español b. Akateko c. Chuj d. Mamá e. Otro _____	
19.	¿En qué idioma es <u>más</u> cómodo/fácil expresarte o comunicarte con los demás?	(Deja una sola reseña) 1. Español 2. Akateko 3. Chuj 4. Mamá 5. Otro _____	

OTRA INFORMACIÓN

No.	Preguntas	Codificación	Salto
20	¿Vive en esta casa (NOMBRE DEL NIÑO) un padre o una madre?	1. Sí 2. No 3. No lo sabe.	
21	¿Trabajas fuera de casa para ganar dinero?	1. Sí 2. No	
22	¿A qué te dedicas?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Ama de casa (no trabaja fuera de casa) b. Artesano c. Trabajador agrícola d. Vende comida e. Trabajar en una tienda/vendedora f. Trabajadora doméstica g. Trabajador asalariado h. Otro _____	
23	¿Quién cuida de (NOMBRE DEL NIÑO) cuando no estás en casa?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Madre (entrevistada)/ nunca le deja b. Marido/"Pareja" c. Hijos mayores d. Otro pariente _____ e. Vecino/amigo _____ f. Empleado/niñera g. Tutor / guardería / colegio h. Otro _____	

MÓDULO 2: LACTANCIA, ALIMENTACIÓN Y MICRONUTRIENTES

No.	Preguntas	Codificación	Salto
24.	¿Ha amamantado [NOMBRE DEL NIÑO]?	1. Sí 2. No----- ➔	#27
25.	Después del parto, ¿cuándo amamantaste [NOMBRE DEL NIÑO]?	1. Inmediatamente/dentro de la primera hora 2. Después de la primera hora 3. No lo recuerda	
26.	¿Estás dando el pecho actualmente [NOMBRE DEL NIÑO]?	1. Sí 2. No	
27.	¿Cuántas veces [NOMBRE DEL NIÑO] COMIÓ O MAMÓ ayer durante el día y la noche?	Pecho: ____ veces Pacha: ____ veces Pieza de repuesto: ____ veces Horas de comida: ____ Horas	

No.	Preguntas	Codificación	Saltos																																																																													
28.	¿Cuáles son todos los alimentos/bebidas que [NOMBRE DEL NIÑO] COMIÓ Y BEBIÓ ayer durante el día y la noche?	(Escribe aquí todo lo que digas :)																																																																														
29	Ahora, vamos a ser más específicos. Voy a leer algunos alimentos y bebidas, y me gustaría que me dijeras si [NOMBRE DEL NIÑO] los comió o bebió ayer durante el día o la noche.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Lee cada comida y marca con X lo que afirma la madre</th><th>Sí</th><th>No</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td>Lactancia materna</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td>Café</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td>Té/aguas claras/refrescos</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>Leche (de cabra, polvo o vaca)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>Algo con tomate o concentrado de tomate</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td>Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td>Calabaza, batata amarilla, zanahoria, güicoyito, güisqueles</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H</td><td>Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td>Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba de mora, cilantro, mostaza, otras de la comunidad)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J</td><td>Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K</td><td>Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td>Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M</td><td>Legumbres (judías, lentejas, cacahuets o soja)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td>Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>O</td><td>Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td>¿Alguna otra comida que no mencioné?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Q</td><td>Sal CON YODO (COMPROBADO)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>(ESPECIFICAR:_____)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Lee cada comida y marca con X lo que afirma la madre		Sí	No	A	Lactancia materna			B	Café			C	Té/aguas claras/refrescos			D	Leche (de cabra, polvo o vaca)			E	Algo con tomate o concentrado de tomate			F	Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)			G	Calabaza, batata amarilla, zanahoria, güicoyito, güisqueles			H	Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)			I	Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba de mora, cilantro, mostaza, otras de la comunidad)			J	Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)			K	Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)			L	Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)			M	Legumbres (judías, lentejas, cacahuets o soja)			N	Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur			O	Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla			P	¿Alguna otra comida que no mencioné?			Q	Sal CON YODO (COMPROBADO)				(ESPECIFICAR:_____)				
Lee cada comida y marca con X lo que afirma la madre		Sí	No																																																																													
A	Lactancia materna																																																																															
B	Café																																																																															
C	Té/aguas claras/refrescos																																																																															
D	Leche (de cabra, polvo o vaca)																																																																															
E	Algo con tomate o concentrado de tomate																																																																															
F	Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)																																																																															
G	Calabaza, batata amarilla, zanahoria, güicoyito, güisqueles																																																																															
H	Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)																																																																															
I	Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba de mora, cilantro, mostaza, otras de la comunidad)																																																																															
J	Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)																																																																															
K	Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)																																																																															
L	Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)																																																																															
M	Legumbres (judías, lentejas, cacahuets o soja)																																																																															
N	Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur																																																																															
O	Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla																																																																															
P	¿Alguna otra comida que no mencioné?																																																																															
Q	Sal CON YODO (COMPROBADO)																																																																															
	(ESPECIFICAR:_____)																																																																															
30.	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha recibido vitamina A durante los últimos 6 meses? (cápsula de espectáculo)	1. Sí 2. No 3. No lo sabe																																																																														
31.	¿Tienes una tarjeta donde se registren los datos de vitamina A de [NOMBRE DEL NIÑO]? (Mira en las cartas que tiene la madre.)	1. Sí. Anota la fecha de la última dosis. _____/_____/_____ 2. No																																																																														
32.	¿Recibiste vitamina A durante los dos meses posteriores a tu último parto? (cápsula de espectáculo)	1. Sí 2. No 3. No lo sabes																																																																														
33	¿Tienes una tarjeta donde se registran tus datos sobre la vitamina A? (Mira en las cartas que tiene la madre.)	1. Sí → . Anota la fecha de la última dosis. _____/_____/_____ 2. No																																																																														
34	Si [NOMBRE DEL NIÑO] no quiere comer, ¿qué sueles hacer?	1. Animar/incentivar al niño 2. No le doy de comer 3. Lo alimento a la fuerza 4. Nunca se niega o siempre quiere comer																																																																														
35	¿Actualmente le estás dando la pacha al niño?	1. Sí 2. No 3. No lo sabes																																																																														

MÓDULO 3: SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO

(Say:) Para saber más sobre los controles que ha recibido (nombre del niño), me gustaría revisar su identificación. ¿Podrías quitártelos, por favor?

No.	Preguntas	Codificación	Salto
36.	¿Se ha pesado [NOMBRE DEL NIÑO] en los últimos 4 meses?	1. Sí 2. No	
37.	¿Tienes una tarjeta para el niño pequeño donde anotes la información de peso/altura para [NOMBRE DEL NIÑO]?	1. Sí Nota Fecha del último peso ___/___/___ 2. La tarjeta no está disponible/se ha perdido 3. Nunca tuvo licencia 4. No lo sé	

4

5 MÓDULO 4B: CUIDADO DOMICILIARIO Y CUIDADO DE NIÑOS ENFERMOS

No.	Preguntas	Codificación	Salto
38.	A veces los niños se enferman... ¿Cuáles son los motivos/causas/razones que te llevarían a buscar atención médica para un hijo tuyo?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No lo sé b. Cuando se ve mal o cuando no suena normalmente c. No come, no bebe ni mama d. Está débil/débil/letárgico y no quiere despertarse e. Fiebre alta f. Respiración rápida o dificultosa g. Vomita todo h. Convulsiones i. Otro _____ j. Otro _____ k. Otro _____	
39.	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha estado enfermo con una de las siguientes enfermedades durante las dos últimas semanas? (LEE LAS ENFERMEDADES DE LA LISTA.)	(Lee esta lista de enfermedades) (Puedes comprobar varias opciones) a. Diarrea b. Sangre en las heces c. Tos d. Falta de aire/cansancio e. Rápido o superficial, falta de aire f. Otro _____ g. Otro _____ h. No hay enfermedad ----->	#56

MÓDULO 4C: DIARREA

No.	Preguntas	Codificación	Salto
40.	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha tenido diarrea durante las dos últimas semanas?	1. Sí 2. No-----→ 3. No sabe -----→	#45 #45
41.	¿Qué diste a [NOMBRE DEL NIÑO] para tratar la diarrea? ¿Algo más?	<i>(Puedes comprobar varias opciones)</i> a. Nada b. SRO en el sobre c. Líquidos disponibles en casa (por ejemplo, zumos) d. Pastilla o jarabe e. Inyección f. Suero (en vena) g. Remedio casero/hierbas con mucha agua h. Remedios caseros/hierbas con poca agua i. Otros _____	
42.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo diarrea, ¿le diste menos, igual o más líquidos (incluida la leche materna) de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No le dio líquidos 5. No lo sabe	
43.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tenía diarrea, ¿le diste menos, lo mismo o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No te dieron comida ni comida 5. No lo sabe	
44.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] se estaba recuperando de la diarrea (durante la semana después de estar con diarrea), ¿le diste menos, igual o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No amamantaba ni comía 5. No lo sabe	

MÓDULO 4D: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

No.	Preguntas	Codificación	Salto
45.	¿ [NOMBRE DEL NIÑO] ha tenido una enfermedad de tos durante las dos últimas semanas?	1. Sí 2. No-----→ 3. No sabe -----→	#56 #56
46.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía, ¿también tenías dificultad para respirar o respirabas más rápido de lo habitual?	1. Sí 2. No-----→ 3. No sabe -----→	#56 #56

No.	Preguntas	Codificación	Salto
47.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía o tosía con la respiración acelerada, ¿Buscaste ayuda o tratamiento?	1. Sí 2. No-----→	#53
48.	¿Dónde fuiste por primera vez para pedir consejo o tratamiento para la tos o la tos de respiración rápida de [NOMBRE DEL NIÑO] ?	ENTIDAD MÉDICA 01 Hospital 02 Centro de Salud 03 Puesto de Salud 04 Centro de sanación de una ONG o institución 05 Clínica privada 06 Promotor/F.C./Guardián de la Salud 07 Otros servicios médicos _____ OTRO LUGAR 08 Sanador 09 Tienda 10 Farmacia 11 Distribuidor Comunal 12 Familiar/amigo 13 Otro _____	
49.	Consulta las respuestas a la pregunta #48. Si 01, 02, 03, 04: Introduzca el nombre de la entidad _____		
50.	¿Cuántos días después de la aparición de la tos o la tos con respiración rápida buscaste ayuda?	0. Mismo día 1. Al día siguiente 2. Dos días 3. Tres o más días	
51.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía o tosía con la respiración acelerada, ¿Buscaste ayuda o tratamiento en otro sitio?	1. Sí 2. No -----→	#53

No.	Preguntas	Codificación	Salto
52.	¿Dónde más fuiste para pedir ayuda o tratamiento?	01 Hospital 02 Centro de Salud 03 Puesto de Salud 04 Centro de Sanación de ONG 05 Clínica privada 06 Promotor/Guardián de la Salud 07 Otros servicios médicos 08 Sanador 09 Tienda 10 Farmacia 11 Distribuidor Comunal 12 Familiar/amigo 13 Otro _____	
53.	¿Qué remedios/medicamentos diste a [NOMBRE DEL NIÑO]?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No hay remedio b. Aspirina c. Panadol d. Antibiótico e. Otro _____ F. No lo sé (pregunta si tienes el tarro)	
54.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía y respiraba rápido, ¿le diste menos, igual o más líquidos (incluida la leche materna) de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No le dio líquidos 5. No lo sabe	
55.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía y respiraba rápido, ¿le diste menos, igual o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No te dieron comida ni comida 5. No lo sabe	

MÓDULO 5A. CUIDADO DE MUJERES EMBARAZADAS

Por ejemplo: Para saber más sobre las revisiones que tuviste durante el embarazo de [NOMBRE DEL NIÑO], me gustaría revisar los documentos de identidad que tienes. ¿Podrías enseñarme tus cartas?

No.	Preguntas	Codificación	Salto
56.	¿Quién te vio para revisiones de embarazo o atención prenatal durante el embarazo con [NOMBRE DEL NIÑO]?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Doctor b. Enfermera especialista c. Auxiliar de enfermería d. Comadrona/matrona formada e. Comadrona/matrona sin formación f. Guardian/Promotor de Salud g. Otro _____ h. Nadie -----→	
	Si alguien te atendió, di: ¿Fuiste o te viste con otra persona? ¿Alguien más?		#58
57.	¿Cuántas revisiones te hicieron durante tu último embarazo?	_____ Controles	

No.	Preguntas	Codificación	Salto
58.	Antes de que naciera [NOMBRE DEL NIÑO], ¿TE pusieron una inyección en el brazo (DT/TD/toxoide de tétanos/TT) para evitar que el bebé contrajera tétanos (convulsiones)?	1. Sí 2. No 3. No lo sabe	
59.	¿Tienes una tarjeta del último embarazo?	1. Sí, el encuestador lo vio 2. No está disponible-----→ 3. Nunca tuvo licencia-----→	#62 #62
60.	Anota el número de revisiones que has tenido durante el embarazo (nombre del niño).	_____ Controles _____ No tiene licencia	
61.	Anota información sobre las dosis de DT/TD/ TT (toxoides de tétanos) que recibe la madre.	Escribe la fecha de cada inyección de DT/TD/TT recibida (día/mes/año) ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ _____ No tiene licencia	
62.	¿Qué problemas o señales de peligro durante el embarazo te llevarían a buscar ayuda urgente del personal sanitario?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Dolor de cabeza b. Dolor en el fondo del estómago c. Rompiendo la corriente d. Sangrado e. Hinchazón de los pies, la cara, el cuerpo f. Otros g. No lo sabe	
63.	Durante tu último embarazo, ¿recibiste o compraste pastillas de hierro o sirope? (mostrar tableta/jarabe)	1. Sí 2. No-----→ 3. No lo sabe-----→	#65 #65
64.	¿Cuánto tiempo debo tomar tabletas de hierro o sirope?	_____ días _____ semanas _____ meses ☐ No lo recuerda	
65.	Durante tu último embarazo, ¿comiste menos, igual o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No lo sé/no lo recuerdo	

MÓDULO 5B: PARTO Y CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

No.	Preguntas	Codificación	Salto
66.	¿Dónde se atendió el parto de [NOMBRE DEL NIÑO]?	1 Casa del entrevistado 2 La casa de otra persona 3 Hospital 4 Centro de Salud 5 Centro/clínica de curación de una ONG 6 Puesto de Salud 7 Otras entidades médicas _____ 8 Otro _____	
67.	Ver respuestas a la pregunta #66. Si 3, 4, 5, 6: Introduzca el nombre de la entidad _____		
68.	¿Quién se preocupó por ti durante tu última entrega?	(puedes comprobar varias opciones) R. Doctor b. Enfermera Especialista c. Auxiliar de enfermería d. Matrona e. Promotor de la salud f. Otro _____ g. Nadie	

MÓDULO 5C: CUIDADOS POSTNATALES

No.	Preguntas	Codificación	Salto
69.	¿Cuáles son las señales que indican que un recién nacido está enfermo?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No, mamá b. Es morado c. Dificultad para respirar d. No activo, se desmayó e. Niño pequeño f. Área de Red Cord g. Hace frío h. Otro _____ i. No lo sabe	
70.	Después del parto de [NOMBRE DEL NIÑO], ¿ALGUIEN TE HA COMPROBADO SU SALUD?	1. Sí 2. No-----→	#73
71.	Después de que nació [NOMBRE DEL NIÑO], ¿cuánto tiempo tardaste en hacerte tu primer chequeo?	____ días ____ semanas ____ No lo sé/no lo recuerdo Tipo 00 si era el mismo día	

No.	Preguntas	Codificación	Salto
72.	¿Quién te hizo la revisión postnatal? ¿ALGUIEN MÁS LO VIO? <i>Investiga para encontrar a alguien más cualificado</i>	1. Doctor 2. Enfermera especialista 3. Auxiliar de enfermería 4. Comadrona/comadrona formada 5. Matrona/Matrona sin formación 6. Otro _____	
73.	¿Qué problemas o señales de peligro durante los 40 días posteriores al parto (cuarentena) te llevarían a buscar ayuda urgente al personal sanitario?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Fiebre b. Sangrado c. Flujo vaginal de mal olor d. Otro _____ e. No lo sabe	

MÓDULO 6: ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS

Say: Ahora solo necesitamos unas pocas preguntas. Algunas de las preguntas son personales y tratan sobre temas delicados. Te recuerdo que no es un problema si no quieres responder a ninguna pregunta.

No.	Preguntas	Codificación	Salto
74.	¿Cuántos niños menores de cinco años viven en esta casa?	_____ niños menores de cinco años	
75.	¿Cuántos de estos niños son tuyos?	_____ niños biológico	
76.	¿Puedes decirme el sexo y la fecha de nacimiento de tus dos hijos más pequeños?	Hijo #1 (el hijo más pequeño) Nombre _____ 1 _____ Masculino _____ 2 _____ Femenino _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____ / ____ / ____ Edad en meses _____ Niño #2 Nombre _____ 1 _____ Hombres _____ 2 _____ Mujeres _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____ / ____ / ____ Edad en meses _____	
77.	¿Estás embarazada actualmente?	1. Sí, -----→ 2. No 3. No lo sé/no estoy seguro	#81
78.	¿Quieres tener otro hijo?	1. Sí 2. No-----→ 3. No sabe -----→	#80 #80
79.	¿Cuánto tiempo tardará en tener otro hijo?	1. En menos de dos años 2. Más de dos años 3. No estoy seguro	

No.	Preguntas	Codificación	Salto
80.	¿Qué haces actualmente para espaciar tus embarazos (no quedarte embarazada) (¿qué hacéis tú o tu marido para protegerte del embarazo)?	(Marca solo una opción: el método que normalmente usas.) 01 Sin método 02 Norplant/Implantes bajo la piel 03 Inyección/DepoProvera 04 Píldoras/píldoras anticonceptivas 05 T Cobre/Dispositivo Intrauterino (DIU) 06 Diafragma 07 Condón 08 Espuma/gel/espermicida/óvulo/crema/ Tableta 09 Esterilización quirúrgica femenina 10 Esterilización quirúrgica masculina/ Vasectomía 11 Método de la amenorrea lactacional (MELA) 12 Ritmo/calendario/moco cervical/ Temperatura/collar basal 13 Abstinencia 14 Relaciones sexuales interrumpidas 15 Otros	

No.	Preguntas	Codificación	Salto
81.	¿Sabes dónde puedes encontrar un método para espaciar los embarazos (para que no te quedes embarazada)?	(Puedes comprobar varias opciones) a. al hospital b. Centro de Salud c. Centro/clínica de curación de una ONG d. Puesto de salud e. Clínica de planificación familiar. f. Guardian/Promotor de Salud g. Farmacia h. Otras entidades médicas/clínicas i. _____ j. Iglesia k. Amigo/Familiar L. Otro _____ m.No lo sabe	

MÓDULO 7: CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

No.	Preguntas	Codificación	Salto
82.	¿Has oído hablar de una enfermedad llamada "SIDA"?	1. Sí 2. No.----- →	#85
83.	¿Es posible protegerse del SIDA?	1. Sí 2. No. ----- →	#85
84.	¿Cómo crees que te protegerás del SIDA? Say: ¿Algo más para protegerse contra el SIDA?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No tener sexo b. Uso de preservativos/preservativos c. Tener sexo con una sola persona/ser fiel a una persona d. Limita el número de personas con las que tienes relaciones sexuales. e. No tener sexo con prostitutas f. No tener sexo con personas que tienen sexo con personas del mismo sexo (sexo homosexual) g. No tener relaciones sexuales con personas que se inyecten drogas. h. No tener transfusiones de sangre contaminadas i. No recibir inyecciones con jeringuillas contaminadas j. No besos K. Nada de contacto con mosquitos/mosquitos. L. Buscar protección de sanadores. m. No compartir cuchillas N. Otro _____ o. Otro _____ p. No lo sé	

OTROS: FORMACIÓN PREVIA EN SALUD

No.	Preguntas	Codificación	Salto
85.	¿Ha recibido charlas o charlas sobre salud en los últimos tres meses?	1. Sí 2. No	

ANTROPOMETRÍA

No.	Preguntas	Codificación	Salto
86.	ENTREVISTADOR: PESA AL NIÑO Y MARCA EL PESO DEL NIÑO AQUÍ	Si tu báscula está en libras: Peso: ____ Libra : ____ Onzas Ropa: ____ Libras: ____ Onzas si tu báscula es la de Kilos: Peso: _____. ____ Kilos Ropa: _____. ____ Kilos	
87.	ENTREVISTADO R: COMPRUEBA SI HAY EDEMA (HINCHAZÓN) EN AMBOS PIES.	1. Sí, hay edema en ambos pies 2. No, no hay edema en ambos pies 3. No lo sabe.	

REVISA EL CUESTIONARIO

¡Gracias por la colaboración!

Comentarios:

Firma del supervisor: _____

CURAMERICAS - GUATEMALA
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL
Huehuetenango, Guatemala
CUESTIONARIO 12 a 23 meses

Encuesta familiar dirigida a madres con hijos de 12 a 23 meses
Conocimientos, actitudes y cobertura sobre el cuidado infantil entre los 12 y los 23 meses

- a. (Cuando ya hayas utilizado el cuestionario de 11 meses en una zona, dirígete a la siguiente casa para usar este cuestionario. ¡NO DEBERÍAS USAR AMBOS CUESTIONARIOS EN LA MISMA CASA!)
- b. Verificar la edad de los niños en la casa. Si hay un niño de 12 a 23 meses, utiliza este cuestionario. Si no hay niños de 23 meses, pasa a la siguiente casa. Si hay más de un niño de 23 meses, selecciona uno al azar (usa una moneda). 12 a 12 a
- c. Si la madre de este niño está en casa:
- Proceder a dar el consentimiento para explicar el propósito de la encuesta y proceder con la encuesta.
- d. Si la madre no está en casa:
- Si la madre está a más de 30 minutos de casa, pasa a la siguiente madre y rellena el formulario de Madres No Encontradas.
 - Si la madre está a menos de 30 minutos de la casa, búscala y haz la entrevista donde esté.
 - Vuelve a casa para elegir otro hogar si aún tiene que elegir a otro niño de la zona.
- e. Si la(s) madre(s) no tienen al menos un hijo entre los 12 y los 23 meses, ve a la casa de al lado.

CONSENTIMIENTO

Explicale a la madre: Me llamo _____ y trabajo con Curamericas y el Ministerio de Salud Pública. Estamos realizando una encuesta de salud comunitaria a niños. Tu participación de unos 30 minutos puede ayudar a tu comunidad, y todo lo que me cuentes será confidencial. También tienes derecho a darte de baja de la encuesta. ¿Puedes participar en la encuesta?

SI DICES QUE SÍ, ➔ FIRMA ABAJO Y CONTINÚA CON LA ENTREVISTA

SI DICES QUE NO ➔ , VE A LA SIGUIENTE MADRE Y RELLENA EL FORMULARIO DE Madres No Encontradas/Entrevistadas.

Firma del entrevistador: _____ Fecha: ____/____/____

¡RELLENA EL FORMULARIO PARA REGISTRAR A LOS ENCUESTADOS NO ENCONTRADOS!

Nombre de la madre: _____
Nombre1 Segundo nombre2 Apellido 1 Apellido 2

IDENTIFICACIÓN	
NÚMERO DE JURISDICCIÓN	-----
NÚMERO DE ENTREVISTA	-----
NÚMERO DE LA CASA	-----
NÚMERO DE SECTOR	-----

Cuestionario 12-23 meses

IDENTIFICACIÓN	
NÚMERO DE JURISDICCIÓN	_____
NÚMERO DE ENTREVISTA	_____
NÚMERO DE SECTOR	_____
NÚMERO DE LA CASA	_____

4.	Fecha de la entrevista	____/____/____ dd mm ayya
5.	Nombre del entrevistador	_____
6.	Nombre del supervisor	_____
7.	Nombre de la comunidad	_____
8.	Iniciales de la madre	____ _
9.	¿Cuántos años tienes?	_____ Años
10.	Nombre del niño seleccionado para la entrevista (SI TIENES UN NIÑO EN CADA GRUPO DE EDAD, ELIGE UN NIÑO AL AZAR)	_____
11.	Sexo de este niño	☐ Masculino ☐ Femenino
12.	La fecha de nacimiento de este niño	____/____/____ dd mm ayya
13.	Esta niña tiene la edad en meses	_____ meses

(Nota para el entrevistador: Solo hablaremos de este niño durante la entrevista.)

Cuestionario 12-23 meses

(Say:) Como mencioné, esta entrevista trata sobre tu salud y la salud de (NOMBRE DEL NIÑO). Por favor, retira todos los documentos (tarjetas/tarjetas/hojas de salud/tarjetas) que tengas de (nombre del niño) — vacunas, control de citas, crecimiento/peso, entrega de comida — y aquellos que se apliquen a ti y a tu embarazo con (NOMBRE DEL NIÑO). Esto nos ayudará a responder algunas preguntas.

MÓDULO 1A: AGUA Y SANEAMIENTO

No.	Preguntas	Codificación	Salto
14.	¿Con qué se lavan las manos?	1. Solo con agua -----→ 2. Con agua y jabón o con ceniza 3. Otro -----→ (ESPECIFICAR: _____)	#16 #16
15.	(Si la respuesta es con jabón o ceniza:) ¿en qué momentos te lavas las manos con jabón o ceniza?	(Puedes comprobar varias opciones) R. Nunca b. Antes de preparar la comida c. Antes de alimentar a los niños d. Tras relevar e. Después de cambiar pañales o limpiar los glúteos de tu hijo F. Otro _____	

INFORMACIÓN SOBRE EL ENTREVISTADO Y EL HOGAR

No.	Preguntas	Codificación	Salto
16.	¿Tuviste la oportunidad de estudiar?	1. Sí 2. No-----→	#18
17.	¿Cuántos años asististe a clases?	Años de formación completados (si nunca estudias, marca 0) _____	
18.	¿Qué idiomas hablas?	(Puedes comprobar varias opciones) R. Español b. Akateko c. Chuj d. Mamá e. Otro _____	
19.	¿En qué idioma es <u>más</u> cómodo/fácil (expresar/comunicarse con otros)?	(Solo marca una opción) R. Español b. Akateko c. Chuj d. Mamá e. Otro _____	

OTRA INFORMACIÓN

No.	Preguntas	Codificación	Salto
20.	¿Vive el padre de [NOMBRE DEL NIÑO] en esta casa?	1. Sí 2. No 3. No lo sabe	
21.	¿Trabajas fuera de casa para ganar dinero?	1. Sí 2. No	
22.	¿A qué te dedicas?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Ama de casa (no trabaja fuera de casa) b. Artesano c. Trabajador agrícola d. Vende comida e. Trabajar en una tienda/vendedora f. Trabajadora doméstica g. Trabajador asalariado h. Otro	
23.	¿Quién cuida de (NOMBRE DEL NIÑO) cuando no estás en casa?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Madre (entrevistada)/nunca le deja b. Marido/"pareja" c. Hijos mayores d. Otro pariente _____ e. Vecino/Amigo f. Empleado/niñera g. Jardín de infancia/guardería/escuela x. Otro	

MÓDULO 2: LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN Y MICRONUTRIENTES

No.	Preguntas	Codificación	Salto
24.	¿Estás dando el pecho actualmente [NOMBRE DE NIÑO]?	1. Sí 2. No	
25.	¿Cuántas veces comiste o mamaste ayer? Pecho: ¿momentos durante el día y la noche [NOMBRE DEL NIÑO]?	Pecho: _____ veces Pacha: _____ veces Tiempos de refacción _____ veces Comidas: _____ veces	
26.	¿Cuáles son todos los alimentos/bebidas (escribe aquí todo lo que digas :) que [NOMBRE DEL NIÑO] comió y bebió ayer durante el día y la noche?	(Escribe aquí todo lo que digas :)	

Página 4
Cuestionario 12-23 meses

No.	Preguntas	Codificación	Salto																																																																												
Preg unta 27.	Ahora, vamos a ser más específicos. Voy a leer algo de comida y bebida, y me gustaría que me dijeras si [NOMBRE DEL NIÑO] los comió o bebió ayer durante el día o por la noche.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Lee la comida y marca con X lo que dice la madre</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Lactancia materna</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Café</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Té/aguas claras/refrescos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Leche (de cabra, polvo o vaca)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>¿Comiste algo con tomate o pasta de tomate?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>Calabaza, boniato amarillo, zanahoria, guicoyito, guisquil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba zarzamora, cilantro, otros de la comunidad)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Legumbres (judías, lentejas, cacahuetes o soja)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td>¿Alguna otra comida que no mencioné?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q</td> <td>Sal CON YODO (COMPROBADO)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ESPECIFICAR:)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Lee la comida y marca con X lo que dice la madre		SÍ	NO	A	Lactancia materna			B	Café			C	Té/aguas claras/refrescos			D	Leche (de cabra, polvo o vaca)			E	¿Comiste algo con tomate o pasta de tomate?			F	Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)			G	Calabaza, boniato amarillo, zanahoria, guicoyito, guisquil			H	Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)			I	Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba zarzamora, cilantro, otros de la comunidad)			J	Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)			K	Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)			L	Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)			M	Legumbres (judías, lentejas, cacahuetes o soja)			N	Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur			O	Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla			P	¿Alguna otra comida que no mencioné?			Q	Sal CON YODO (COMPROBADO)				(ESPECIFICAR:)			
Lee la comida y marca con X lo que dice la madre		SÍ	NO																																																																												
A	Lactancia materna																																																																														
B	Café																																																																														
C	Té/aguas claras/refrescos																																																																														
D	Leche (de cabra, polvo o vaca)																																																																														
E	¿Comiste algo con tomate o pasta de tomate?																																																																														
F	Cereales (maíz, tortilla, arroz, avena, mosh, pan, pasta, incaparina, pinolillo, cebada)																																																																														
G	Calabaza, boniato amarillo, zanahoria, guicoyito, guisquil																																																																														
H	Comida hecha con tubérculos (patata, yuca)																																																																														
I	Hojas verdes (hoja de rábano, quelita, hierba zarzamora, cilantro, otros de la comunidad)																																																																														
J	Verduras o frutas amarillas (zanahorias, calabaza, mango, papaya)																																																																														
K	Otras frutas (manzana, plátano, aguacate, melocotón)																																																																														
L	Carnes (pescado, pollo, ternera, huevos)																																																																														
M	Legumbres (judías, lentejas, cacahuetes o soja)																																																																														
N	Yogur, mantequilla o nata, queso, yogur																																																																														
O	Comida hecha con aceite, manteca y mantequilla																																																																														
P	¿Alguna otra comida que no mencioné?																																																																														
Q	Sal CON YODO (COMPROBADO)																																																																														
	(ESPECIFICAR:)																																																																														
28.	¿ [NOMBRE DEL NIÑO] ha recibido vitamina A durante los últimos 6 meses? (cápsula de espectáculo)	1. Sí 2. No 3. No lo sabe																																																																													
29.	¿Tienes una tarjeta donde se registren los datos de vitamina A de [NOMBRE DEL NIÑO]? (Mira en las cartas que tiene la madre.)	1. Sí. Fíjate en la fecha de la última dosis. ____/____/____ 2. No																																																																													
30.	Si [NOMBRE DEL NIÑO] no quiere comer, ¿qué sueles hacer?	1. Animar/dar un incentivo al niño 2. No le doy de comer 3. Lo alimento a la fuerza 4. Nunca se niega o siempre quiere comer																																																																													

31.	¿Actualmente le estás dando la pacha al niño?	1. Sí 2. No 3. No lo sabes	
-----	---	----------------------------------	--

Página 5

Cuestionario 12-23 meses

MÓDULO 3: SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO

(Say:) Para saber más sobre los controles (nombre del niño) que ha recibido, me gustaría revisar su identificación. ¿Podrías quitárselos, por favor?

No.	Preguntas	Codificación	Salto
32.	¿Se ha pesado [NOMBRE DEL NIÑO] en los últimos 4 meses?	1. Sí 2. No	
33.	¿Tienes un archivo del niño donde se registren sus datos de peso/altura para [NOMBRE DEL NIÑO]?	1. Sí, apunta en la fecha del último peso ____/____/____ 2. La licencia no está disponible/se ha perdido 3. Nunca tuvo licencia 4. No lo sé	

MÓDULO 4A: VACUNACIÓN

No.	Preguntas	Codificación	Salto
36.	¿Tienes un archivo (nombre del niño)? ¿Dónde está la información sobre las vacunas?	1. Sí 2. La tarjeta no está disponible/perdida-- → 3. Nunca tuvo una tarjeta de ----- ----- →	#38 #38
37.	Anota la información exactamente como aparece en la tarjeta de vacunación del niño	BCG ____/____/____ VPO/Polio, Primera Dosis ____/____/____ VPO/Polio, Segundo Dosis ____/____/____ VPO/Polyo, Tercera Dosis ____/____/____ PENTA, Primera Dosis ____/____/____ PENTA, segunda dosis ____/____/____ PENTA, Tercer Dosis ____/____/____ SPR/Tres Viral ____/____/____ Vitamina A (más reciente) ____/____/____ OTRO _____ especificar	

Página 6

Cuestionario 12-23 meses

MÓDULO 4B: CUIDADO DOMICILIARIO Y CUIDADO DE NIÑOS ENFERMOS

No.	Preguntas	Codificación	Salto
38.	A veces los niños se enferman... ¿Cuáles son los motivos/causas/razones eso le haría salir a buscar atención médica ¿Para tu hijo?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No lo sé b. Cuando parece mal o cuando no juega con normalidad. c. No come, no bebe ni mama d. Estás débil/débil/decaído o no quieres despertarte. e. Fiebre alta f. Respiración rápida o dificultosa g. Vomita todo h. Convulsiones/convulsiones i. Otro _____ j. Otro _____ k. Otro _____	
39.	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha estado enfermo de una de las siguientes enfermedades durante los últimos dos años? ¿semanas? (LEE LAS ENFERMEDADES EN LA LISTA.)	(Lee esta lista de enfermedades) (Puedes comprobar varias opciones) a. Diarrea/Sentarse/Squirting b. Sangre en las heces c. Tos d. Falta de aire/cansancio e. Respiración rápida o apta Agitado y poco profundo f. Otros g. Otros h. No hay enfermedad -----→	#56

MÓDULO 4C: DIARREA

No.	Preguntas	Codificación	Salto
40.	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha tenido diarrea durante las dos últimas semanas?	1. Sí 2. No----- → 3. No sabe ----- →	#45 #45

41.	¿Qué diste a [NOMBRE DEL NIÑO] para tratar la diarrea? ¿Algo más?	(Puedes comprobar varias opciones) a. Nada b. SRO en el sobre c. Líquidos disponibles en casa d. Pastilla o jarabe e. Inyección f. Suero (en vena) g. Remedio casero/hierbas con mucha agua. h. Remedios caseros/hierbas con poca agua i. Otro _____	
-----	---	--	--

Página 7
Cuestionario 12-23 meses

No.	Preguntas	Codificación	Salto
42.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tuvo diarrea, ¿le diste menos, igual o más líquidos (incluida la leche materna) de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No le dio líquidos 5 No lo sé	
43.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tenía diarrea, ¿le diste menos, lo mismo o más comida que tú? solía	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No te dio comida ni comida 5 No lo sé	
44.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] se recuperaba de la diarrea (durante la semana después de estar con diarrea), ¿le diste menos, lo mismo o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No amamantaba ni comía 5 No lo sé	

MÓDULO 4D: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

No.	Preguntas	Codificación	Salto
45	¿[NOMBRE DEL NIÑO] ha tenido una enfermedad de tos durante las dos últimas semanas?	1. Sí 2. No----- --→ 3. No lo sé----- -→	#56 #56
46.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] estaba tosiendo. ¿También tuviste problemas para respirar o estabas respirando más rápido de lo normal?	1. Sí 2. No----- -→ 3. No sabe ----- →	#56 #56

47.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía o tosía con respiración rápida, ¿buscaba ayuda o tratamiento?	1. Sí 2. No----- ->	#53
48.	¿Dónde fuiste por primera vez para pedir consejo, tratamiento para la tos [CHILD'TT] o para la tos de respiración rápida?	ENTIDAD MÉDICA 01 Hospital Centro de Salud 02 03 Puesto de Salud 04 Centro de Sanación de ONG 05 Clínica privada 06 Promotor/Guardián de la Salud 07 Otros servicios médicos _____ OTRO LUGAR 08 Sanador 09 Tienda 10 Farmacia 11 Distribuidor Comunal 12 Familiar/amigo 13 Otros	

Página 8
Cuestionario 12-23 meses

No.	Preguntas	Codificación	Salto
49.	Consulta las respuestas a la pregunta #48 Sí 01, 02, 03, 04: Nombre tipo de entidad _____		
50.	¿Cuántos días después de la aparición de la tos o la tos con respiración rápida buscaste ayuda?	1. Mismo día 2. Al día siguiente 3. Dos días 4. Tres o más días	
51.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía o tosía con respiración rápida, ¿buscabas ayuda o tratamiento en otro sitio?	1. Sí 2. No -----	#53
52.	¿Dónde más fuiste para pedir ayuda o tratamiento?	01 Hospital Centro de Salud 02 03 Puesto de Salud 04 Centro de curación de una ONG 05 Clínica privada 06 Promotor/Guardián de la Salud 07 Otros servicios médicos 08 Sanador 09 Tienda 10 Farmacia 11 Distribuidor Comunal 12 Familiar/amigo 13 Otro	
53.	¿Qué remedios o medicamentos diste a [NOMBRE DEL NIÑO]?	(Puedes comprobar varias opciones) a. No hay remedio b. Aspirina c. Paracetamol	

		d. Antibiótico e. Otros F. No lo sé (pregunta si tienes la botella)	
54.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía y respiraba rápidamente, ¿le diste menos, igual o más líquidos (incluida la leche materna) de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No le dio líquidos 5. No lo sé	
55.	Cuando [NOMBRE DEL NIÑO] tosía y respiraba rápido, ¿le diste menos, igual o más comida de lo habitual?	1. Menos de lo habitual 2. Como siempre 3. Más de lo habitual 4. No te dieron comida ni comida 5. No lo sabe	

Página 9
Cuestionario 12-23 meses

MÓDULO 6: ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS

Say: Ahora solo necesitamos unas pocas preguntas. Algunas de las preguntas son personales y tratan sobre temas delicados. Te recuerdo que no es un problema si no quieres responder a ninguna pregunta.

No.	Preguntas	Codificación	Salto																						
56.	¿Cuántos niños menores de cinco años viven en esta casa?	_____ niños menores de cinco años																							
57.	¿Cuántos de estos niños son tuyos?	niños biológicos																							
58.	¿Puedes decirme el sexo y la fecha de nacimiento de tus dos hijos más pequeños?	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Hijo #1 (hijo menor) nombre</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>Hombres</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>de mujeres</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Edad en meses</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre del niño #2</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>Masculino</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Femenino</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Edad a meses</td> </tr> </table>	Hijo #1 (hijo menor) nombre		1	Hombres	2	de mujeres	Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /		Edad en meses				Nombre del niño #2		1	Masculino	2	Femenino	Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /		Edad a meses		
Hijo #1 (hijo menor) nombre																									
1	Hombres																								
2	de mujeres																								
Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /																									
Edad en meses																									
Nombre del niño #2																									
1	Masculino																								
2	Femenino																								
Fecha de nacimiento (día/mes/año) / /																									
Edad a meses																									
59.	¿Estás embarazada actualmente?	1. Sí -----> 2. No 8. No lo sé/no estoy seguro	#63																						
60.	¿Quieres tener otro hijo?	1. Sí 2. No-----> 8. No lo sé----->	#62 #62																						

61.	¿Cuánto tiempo tardará en tener otro hijo?	1. En los próximos dos años 2. Más de dos años 8. No está segura	
62.	¿Qué haces hoy para espaciar tus embarazos (no quedarte embarazada) (¿qué hacéis tú o tu marido para protegerte del embarazo)?	(Marca solo una opción: el método más comúnmente utilizado) 01 Sin método 02 Norplant/Implantes bajo la piel 03 Inyocion/DepoProvera 04 Píldoras/píldoras anticonceptivas 05 T Cobre/Dispositivo Intrauterino (DIU) 06 Diafragma 07 Condón 08 Espuma/gel/espermicida/óvulo/crema/tableta 09 Esterilización quirúrgica femenina 10 Esterilización/Vasectomía quirúrgica masculina 11 Método de la Amenorrea Lactacional (ME LA) 12 Ritmo/calendario/moco cervical/Temperatura/collar basal 13 Abstinencia 14 Relaciones sexuales interrumpidas 15 Otros	

Página 10
Cuestionario 12-23 meses

No.	Preguntas	Codificación	Salto
63.	¿Sabes dónde puedes encontrar un método para espaciar los embarazos (para que no te quedes embarazada)?	(Puedes comprobar varias opciones) b. Hospital j. Centro de Salud k. Centro/clínica de curación de una ONG l. Puesto de Salud m. Clínica de Planificación Familiar n. Guardian/Promotor de Salud/Centro de Convergencia o. Farmacia p. Otras entidades médicas/clínicas q. Tienda r. Iglesia s. Amigo/Familiar T. Otro U. No lo sabe	

MÓDULO 7: CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA

No.	Preguntas	Codificación	Salto
64.	¿Has oído hablar de una enfermedad llamada SIDA?	1. SÍ 2. NO-----	#67
65.	¿Es posible protegerse del SIDA?	1. SÍ 2. NO-----	#67

66.	¿Cómo crees que te proteges del SIDA? Decir: Algo más para protegerse contra el SIDA	(Puedes comprobar varias opciones) a. No tener sexo b. Uso de preservativos/preservativos c. Tener sexo con una sola persona/ ser fiel a una sola persona d. Limita el número de personas con las que tienes sexo. e. No tengas sexo con prostitutas. f. No tener sexo con personas que tienen mucho sexo. g. No tengas sexo con personas que tengan sexo con personas del mismo sexo (sexo homosexual). h. No tengas sexo con personas que se inyectan drogas. i. No me hagas transfusiones de sangre. j. No ponerse inyecciones k. No beses l. No hay contacto con mosquitos/mosquitos m. Buscando protección de sanadores n. No compartir el equipo de afeitado O otro _____ P. Otro _____ Q. No sabe _____	
-----	--	--	--

Página 11
Cuestionario 12-23 meses

OTROS: FORMACIÓN PREVIA EN SALUD

No.	Preguntas	Codificación	Saltos
67.	¿Ha recibido charlas o charlas sobre salud en los últimos tres meses?	1. SÍ 2. NO	

ANTROPOMETRÍA

No.	Preguntas	Codificación	Saltos
68.	ENTREVISTADOR: PESA AL NIÑO Y MARCA EL PESO DEL NIÑO AQUÍ.	Si tu báscula está en libras: Peso: _____ Libras _____ onzas Ropa: _____ Libras _____ onzas Si tu báscula está en kilos: Peso: _____ kilos Ropa: _____ Kilos	
69.	ENTREVISTADOR: REvisa EDEMA (HINCHAZÓN) EN AMBOS PIES	1. Sí, hay edema en ambos pies 2. No, no hay edema en los pies 3. No lo sabe.	

REVISA EL CUESTIONARIO
¡Gracias por la colaboración!

Comentarios: _____

Firma del supervisor: _____

Página 12
Cuestionario 12-23 meses

Anexo 11: Hoja de datos del proyecto