



Proyecto de
Educación
y
Vigilancia
Nutricional

*Evaluación
y Visiones del Futuro*

Honduras
América Central

Mayo - Junio, 1999

Presta atención al presente
que estas construyendo, se
debe parecer al futuro que
sueñas

A.Walker

Creditos



Success is not a destination that you ever reach.
Success is the quality of your journey.- Jennifer Jones

Dr. Mariano Salazar Castellón
Consultor

Tel / Fax (506) 2574611 Email
(505) 2495913 marianosalazarc@yahoo.com

El consultor a cargo es el responsable de los contenidos de este documento y de la edición final del mismo

Agradezco las atenciones recibidas y la colaboración de las siguientes personas

Dr. Luis Roberto Escoto	Oficial de Salud y Nutrición, UNICEF
Dr. Sadith Cáceres	Director Ejecutivo, PRODIM
Lic.Enf. Erundina Lagos de Madriz	Coordinadora regional de PRODIM
Sr. Juan José Landez	Conductor de PRODIM
Lic.Enf. Hilda Suazo	Coordinadora de la subsede de PRODIM en Comayagua
Maestro Mauricio Alvarado	Promotor, PRODIM
Bachiller en Promoción Social, Fredy Rios	Promotor, PRODIM
Sr. Renato Palomo	Promotor PRODIM
Sra. Lesbia Arias	Monitora de peso, Comunidad La Tablazón
Sr. Augusto Garcia	Consejero del FCM, guardián de salud, colaborador del programa de malaria, Comunidad Trapichito
Sra. Gloria Ma. Cáceres	Monitora de peso, Comunidad Palo Blanco
Sra. Carmen Hernandez	Monitora de peso, secretaria del FCM, Comunidad Campo Dos
Sr. Milton Zuniga	Secretario del FCM, Comunidad Las Lajas
Sra. Margarita Mejía	Partera, guardiana de salud, colaboradora voluntaria de malaria, monitora de peso, Comunidad Palmerola
Sr. José Estanislao Melendez	Presidente del FCM, voluntario de salud publica Comunidad El Varillal
Sra. Juana Esperanza Nicolás	Consejero, monitora de peso y guardiana de salud Comunidad Camalote Dos
Sra. Ester Medina	Consejero del FCM, monitora de peso, Comunidad La Pena
Sra. María Santiago Jiménez	Comunidad Planes de Cabañas
Sr. Santos Margarito Pena	Comunidad Los Patios

Glosario de abreviaturas utilizadas

UNIDEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PRODIM	Programas de Desarrollo para la Infancia y la Mujer
FCM	Fondos Comunes de Medicamentos
OPD	Organizaciones Privadas para el Desarrollo
PEVN	Proyecto de Educación y Vigilancia Nutricional
VEN	Vigilancia y Educación Nutricional
AIN-C	Modelo Comunitario de la Atención Integral a la Niñez / Secretaria de Salud, Gobierno de la República de Honduras
ONG	Organismo No Gubernamental
UPS	Unidades de Producción de Salud del 1er nivel de atención / Secretaria de Salud, Gobierno de la República de Honduras
CODECOS	Consejos de Desarrollo Comunitario
CODELOS	Consejos de Desarrollo Local
CODEM	Consejos de Desarrollo Municipal
UPF	Unidades Productivas Familiares
PSUE	Promotores de Salud de la Unidad Ejecutora
AAA	Proceso de apreciación, análisis y acción
UCOS	Unidades Comunitarias de Salud

Indice de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	7
ALCANCES, METODOLOGÍA Y RESULTADO ESPERADO DE LA CONSULTORÍA	10
ANÁLISIS DEL PROYECTO	12
ELEMENTOS SOBRESALIENTES DE LA PROPUESTA	12
EL NIVEL DE DESARROLLO DEL DOCUMENTO BASE DEL PROYECTO	17
HECHOS HISTÓRICOS RELEVANTES.....	19
BALANCE GENERAL DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS.....	26
GRADO DE DESARROLLO DE LOS EJES DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO Y FACTORES DE ÉXITO	30
BOCETO DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL TRABAJO COMUNITARIO	40
LA METODOLOGIA EN LA MEMORIA DE LOS PROTAGONISTAS COMUNITARIOS	42
SE ALCANZARON LOS RESULTADOS ESPERADOS ?.....	45
LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES	52
VISIONES DEL FUTURO	59
ESCENARIO PESIMISTA	59
ESCENARIO OPTIMISTA	61
QUE HACER DE INMEDIATO ?...DESICIONES GLOBALES SUGERIDAS	62
ANEXOS	64
DOCUMENTO BASE DEL PROYECTO	65
PERSONAS ENTREVISTADAS Y GRUPOS FOCALES DE ANÁLISIS	66
LISTA PARCIAL DE MATERIAL DE APOYO ENCONTRADO PARA EL TRABAJO DE SALUD COMUNITARIA	70
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS BALANZAS UTILIZADAS PARA PESAR A LOS NIÑOS.....	71
EJEMPLOS SUGERIDOS DE DINAMICAS INTERACTIVAS DE PRESENTACION Y EVALUACION DE TALLERES DE CAPACITACION	73

Indice de Tablas

Table 1 : Análisis del documento base del proyecto.....	18
Table 2 : Grado de desarrollo de los ejes de intervención del proyecto.....	30
Table 3 : Nro. y Porcentaje de comunidades por eje de acción y grado de desarrollo.....	32
Table 4: Factores de éxito y fracaso por eje de desarrollo.....	38
Table 5 : Resumen de la consecución de resultados esperados del proyecto.....	50

Indice de Cuadros y diseños

Figure 1: Nro. de comunidades por grado de desarrollo de los ejes de acción.....	33
Figure 2: Porcentaje de comunidades por grado de desarrollo de los ejes de acción.....	34
Figure 3 : Porcentaje de comunidades por tipo de UPF implementadas	35
Figure 4: Porcentaje de utilización del modelo AIN-C en las comunidades bajo la influencia del proyecto	36

Indice de Fotos

Photo 1 : Fase 1 / Madre pesandose en balanza digital	11
Photo 2: Fase 2 / Madre se pesa con el nino y la balanza calcula automaticamente el peso del nino	16
Photo 3: Madre recibiendo consejeria de la vigilante de peso.....	25
Photo 4: Red de agentes comunitarios de salud.....	29
Photo 5 : Sede comunitaria de operaciones del proyecto	37
Photo 6: Vista de un Fondo Comunal de Medicamentos.....	41
Photo 7: Preparando a un nino para utilizar la balanza de reloj.....	44
Photo 8: Pesando a un nino en la balanza de reloj.....	51
Photo 9: Vigilante de peso comunitaria e imagenes de material de apoyo.....	56
Photo 10: Red de Agentes Comunitarios de Salud	60

Resumen Ejecutivo

1. Este trabajo tiene como propósito presentar una evaluación e imágenes de futuro del Proyecto de Vigilancia y Educación Nutricional, ejecutado por PRODIM durante el bienio 1997 – 98 con el auspicio y la asistencia técnica de UNICEF. La metodología utilizada para el análisis fue la “Apreciación Rápida Participativa”.
2. El documento base del proyecto propuso alcanzar nueve resultados esperados. De estos, al finalizar los el ciclo de operación del proyecto, cinco de ellos fueron considerados como “en desarrollo” y cuatro como “no desarrollados”.¹

<i>Resultado esperado</i>	<i>Apreciación de desarrollo²</i>
Instaurar un modelo de vigilancia y educación nutricional comunitaria en treinta comunidades de los Departamentos de la Paz y Comayagua	En desarrollo
Capacitar a noventa personas como voluntarios/as de nutrición para que desarrollen los componentes del proyecto en las comunidades donde son originarios	En desarrollo
Instaurar los procesos de apreciación, análisis y acción (AAA) como parte de los procesos de desarrollo en las treinta comunidades seleccionadas	En desarrollo
Instaurar en cada comunidad al menos tres unidades productivas familiares (UPF)	En desarrollo
Fortalecer treinta instituciones de base comunitaria tales como FCM o comités de salud, al constituirlos y capacitarlos como un comité de apoyo a las acciones de voluntarios y voluntarias de nutrición	En desarrollo
Capacitar a 150 personas miembros de diversas instituciones como alcaldías municipales y auxiliares, Ministerio de Salud Pública, otras ONG y personal de PRODIM de otros proyectos	No desarrollado
Realizar un estudio diagnóstico de base y uno de suplementación semanal en embarazadas para la documentación de l proyecto	No desarrollado
Diseñar, validar e instalar un sistema de seguimiento y evaluación en las 30 comunidades en donde se implemente el proyecto	No desarrollado
Diseñar, validar e implementar un componente de comunicación y educación nutricional	No desarrollado

Fuente: Elaboración propia

3. Al concluir el proyecto, el estado de desarrollo de sus principales ejes de intervención se describe en la siguiente tabla. En la escala utilizada, la calificación 3 es la mas alta.³

Grado de desarrollo	Nro. y % de comunidades por eje de acción					
	FCM		VEN		RED	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Grado de desarrollo 3	10	32	9	29	6	19
Grado de desarrollo 2	16	52	10	32	12	39
Grado de desarrollo 1	5	16	3	10	4	13
Sin desarrollo	0	0	9	29	9	29
TOTAL	31	100	31	100	31	100

Fuente: Elaboración propia
 Siglas: FCM: Fondos Comunes de Medicamentos / VEN: Vigilancia y Educación Nutricional / RED: Redes de Agentes Comunitarios
 NB: 48 % de las comunidades desarrollaron algún tipo de Unid. Prod. Familiar

¹ Mas detalles en la paginan 47

² Se consideraron “en desarrollo” aquellos en los cuales fue posible reconocer al finalizar el proyecto su ciclo de operación, al menos, una experiencia practica en curso como punto de partida. Cuando esta situación no se dio, el RE fue calificado como “no desarrollado”

³ Mas detalles en la página 31

4. Los principales factores que afectaron la consecución de los resultados esperados estuvieron asociados a⁴:
 - ❖ La debilidad del sistema de seguimiento y evaluación disponible,
 - ❖ La realización parcial de los estudios de base requeridos,
 - ❖ La inestabilidad de la gerencia y el personal de campo,
 - ❖ Los bajos niveles de sistematización y socialización de la experiencia del proyecto,
 - ❖ El poco desarrollo de la estandarización de los procesos de capacitación
 - ❖ Un nivel conceptual y metodológico insuficiente sobre temas técnicos críticos.
 - ❖ Imprecisiones y omisiones en el documento base del proyecto

5. Durante el periodo de concepción y operación del proyecto existieron a su favor un grupo de fortalezas⁵:
 - ❖ Conceptualmente el proyecto es interesante y atractivo, y su estrategia fue bien concebida
 - ❖ Tuvo una amplia superficie de contacto con alcaldes, líderes comunitarios y agentes locales de salud
 - ❖ Contó con un grupo de promotores entusiastas, dedicados, y aceptados por las comunidades
 - ❖ Desarrollo en la practica una metodología de trabajo comunitario en salud
 - ❖ La unidad ejecutora puso al servicio del proyecto su imagen corporativa en el escenario local, la experiencia de trabajo comunitario que poseía y recursos varios⁶ provenientes de otras fuentes
 - ❖ Contribuyo a la extensión de cobertura de servicios de VEN y su presencia fue una contribución para fortalecer el desarrollo del compromiso de las comunidades con la salud como producto del esfuerzo de todos
 - ❖ Se realizo una evaluación basal evaluando el estado nutricional según talla / edad y la prevalencia de patologías mas frecuentes, en el menor de 5 años
 - ❖ La sostenibilidad del proyecto es alta debido a:
 - La apropiación de las principales estrategias propuestas (FCM y VEN) por parte de los agentes de salud comunitarios
 - La percepción mayoritaria de los beneficiarios, acerca de ambas, como una ventaja en su vida cotidiana
 - La vigilancia y educación nutricional como un tema relevante en la agenda de la Secretaria de Salud, la cual esta en proceso de implementaron, consolidación y expansión del AIM-C en algunas de las mismas comunidades que incluyó el proyecto
 - La presencia actual (1999) de la unidad ejecutora en las comunidades meta del PEVN a través de otros proyectos, con una actitud y practica comprometida con la continuidad de los FCM y la VEN

6. Las recomendaciones emitidas están relacionadas con las siguientes áreas temáticas⁷:
 - ❖ Hacer uso de cualquiera de los software disponibles para la gerencia de proyectos
 - ❖ Perfeccionar el sistema de información
 - ❖ Realizar los estudios de base
 - ❖ Invertir en los promotores del proyecto y los agentes comunitarios de salud como el eje principal de acumulación de capital humano.
 - ❖ Desarrollar una estrategia de mercadeo social a partir de la sistematización y socialización de la experiencia obtenida
 - ❖ Estandarizar el proceso de capacitación
 - ❖ Conservar a los FCM como puerta de entrada para el desarrollo de la salud comunitaria y desarrollar conceptual, metodológica y técnicamente la propuesta de redes y sistema de vigilancia y educación nutricional
 - ❖ Prever la asistencia técnica necesaria para el desarrollo de temas técnicos críticos
 - ❖ Formalizar alianzas con protagonistas locales del desarrollo a través de la promoción de las iniciativas de comunidades saludables y escuelas promotoras de la salud
 - ❖ Intercambiar experiencias con el modelo de UCOS que esta poniéndose en practica en el Dpto. de Santa Barbara
 - ❖ Mejorar metodológicamente la preparación de la próxima propuesta de proyecto

⁴ Mas detalles en la página 54

⁵ Mas detalles en la página 27

⁶ Incluye diversos gastos operacionales por atrasos en el flujo de caja de la agencia auspiciadora

⁷ Mas detalles en la página 54

7. Dos escenarios son caracterizados para presentar imágenes del futuro del proyecto⁸. En ambos casos, la alianza entre UNICEF y PRODIM, tanto como el ajuste de aspectos teóricos, metodológicos y técnicos, son las variables principales cuyo comportamiento es descrito. Se sugiere " mover" el concepto del proyecto hacia "comunidades saludables" o "comunidades amigas de la niñez " como eje integrador de la respuesta social a favor de la salud en el escenario local, tanto como la utilización de la iniciativa de "escuelas promotoras de la salud" o "escuelas amigas de la niñez", con énfasis, en ambos casos, en seguridad alimentario nutricional. También, son presentadas un grupo de sugerencias de decisiones globales para actuar de inmediato.

⁸ Mas detalles en la página 61

Alcances, metodología y resultado esperado de la consultoría

Este informe resume los principales hallazgos y recomendaciones de la consultoría realizada por el Dr. Mariano Salazar Castellón, durante el periodo comprendido entre el 10 de Mayo y el 5 de Junio de 1999, con el auspicio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El propósito de la consultoría fue realizar una evaluación del Proyecto de Educación y Vigilancia Nutricional, ejecutado por el organismo privado para el desarrollo denominado "Programas para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer (PRODIM)" durante los años 1997 – 98, con la asistencia técnica de UNICEF. El proyecto se puso en práctica en treinta comunidades de los Departamentos de la Paz y Comayagua. El resultado esperado de la consultoría fue preparar una propuesta con relación al futuro inmediato del proyecto a partir de una evaluación del mismo.

La metodología utilizada para realizar la consultoría fue la "apreciación rápida participativa", cuyas principales características son:

- ❖ Triangulación
 - Variedad de fuentes de información (personas, lugares, eventos, procesos)
 - Mezcla de técnicas e instrumentos
 - Superficie de contacto variada: hombres, mujeres, protagonistas, beneficiarios, observadores
- ❖ Flexibilidad e informalidad
- ❖ En la comunidad
- ❖ Optima ignorancia y apropiada imprecisión
- ❖ Análisis de forma espiral, construyendo entendimiento y acumulando conocimiento
- ❖ Contrarrestando prejuicios y siendo autocritico

Se utilizo la siguiente canasta metodológica:

- ❖ Lectura analítica de fuentes secundarias
- ❖ Entrevistas semiestructuradas a informantes claves del proyecto, la comunidad y aliados
- ❖ Discusión de grupos focales y priorizacion de los contenidos de la discusión
- ❖ Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)
- ❖ Enfoque lógico para la preparación de proyectos

Photo 1 : Fase 1 / Madre pesandose en balanza digital



Análisis del proyecto

Elementos sobresalientes de la propuesta⁹

El fin general de este proyecto fue contribuir a la reducción de la desnutrición infantil a través de la implementación de un modelo de educación nutricional que propicie la construcción de una nueva cultura alimentario nutricional y mejore la seguridad alimentario nutricional a nivel comunitario, fortaleciendo, además, la capacidad de la mujer para apreciar la realidad, incrementar su autoestima y desarrollar su empoderamiento.

Con la finalidad de contribuir a este fin, el proyecto se propuso inducir cambios de comportamiento, fortalecer a las organizaciones comunitarias y los CFM, fortalecer la participación comunitaria en procesos de apreciación, análisis y acción y favorecer la integración familiar en torno a objetivos comunes de producción y consumo de alimentos que mejoren la salud y nutrición.

El proyecto se propuso alcanzar sus objetivos¹⁰ asumiendo la responsabilidad directa de:

- ❖ “Instaurar un modelo de vigilancia y educación nutricional comunitaria en treinta comunidades de los Departamentos de la Paz y Comayagua
- ❖ Capacitar a noventa personas como voluntarios/as de nutrición para que desarrollen los componentes del proyecto en las comunidades donde son originarios
- ❖ Instaurar los procesos de apreciación, análisis y acción como parte de los procesos de desarrollo en las treinta comunidades seleccionadas
- ❖ Instaurar en cada comunidad al menos tres unidades productivas familiares
- ❖ Fortalecer treinta instituciones de base comunitaria tales como FCM o comités de salud, al constituirlos y capacitarlos como un comité de apoyo a las acciones de voluntarios y voluntarias de nutrición
- ❖ Capacitar a 150 personas miembros de diversas instituciones como alcaldías municipales y auxiliares, Ministerio de Salud Pública, otras ONG y personal de PRODIM de otros proyectos
- ❖ Realizar un estudio diagnóstico de base y uno de suplementación semanal en embarazadas para la documentación de l proyecto

⁹ Elaboración propia a partir de “ PRODIM. *Proyecto Educación y Vigilancia Nutricional*, mimeo, Tegucigalpa, Honduras, 1996, p: 33”

¹⁰ Cita textual, documento mencionado pie de pagina “4”

- ❖ Diseñar, validar e instalar un sistema de seguimiento y evaluación en las 30 comunidades en donde se implemente el proyecto
- ❖ Diseñar, validar e implementar un componente de comunicación y educación nutricional”

Las estrategias¹¹ que el proyecto se propuso implementar fueron:

- ❖ Empoderamiento y participación social, con énfasis en: aspectos organizativos de la comunidad destinados a integrar y fortalecer las estructuras existentes, la utilización del enfoque de género, la realización de ciclos de apreciación, análisis y acción, y el desarrollo de recursos humanos en el campo de la nutrición.
- ❖ Coordinación interinstitucional. La interacción con las distintas instituciones es una necesidad del proyecto para asegurar su correcta implementación, evitar la duplicidad de esfuerzos y potenciar las acciones de salud y nutrición. Los gobiernos locales se ven fortalecidos y adquieren un protagonismo preponderante en la planeación, ejecución y monitoría de los procesos.
- ❖ Comunicación y educación para el cambio de comportamiento, destinado a fomentar una vida más saludable y nutricionalmente adecuada.
- ❖ Documentación, seguimiento y evaluación. Todas las acciones que se siguen en este proceso son debidamente documentadas para ir generando un registro que permite hacer análisis retrospectivos de los logros obtenidos y las lecciones aprendidas, además de proyecciones del trabajo efectuado.

Los grandes componentes ¹²del proyecto fueron definidos como:

- ❖ Diagnóstico. En este sentido se realizara un estudio de base en cinco comunidades y se celebraran en treinta comunidades asambleas comunales. Él diagnóstico de base tendrá 4 componentes principales:
 - Una investigación formativa de base que tendrá como objetivo el proveer información cualitativa de base para el diseño del plan de intervención en información, educación y comunicación en nutrición
 - Una evaluación del estado nutricional de los niños menores de dos años.
 - Un estudio del consumo de alimentos a nivel de hogar para determinar el patrón alimentario de las familias y la comunidad, cuantificar la ingesta de calorías promedio y la disponibilidad de nutrientes y micronutrientes esenciales.

¹¹ Idem pie de pagina 4

- Un estudio del sistema alimentario y de producción local.
- ❖ Capacitación. Debió haber tenido cuatro componentes: la capacitación del personal técnico de campo, la capacitación de las voluntarios/as de nutrición, la capacitación del personal comunitario y comité de apoyo en nutrición y la capacitación del personal institucional. El proyecto fijo la lista básica de contenidos a brindar a las voluntarios/as de nutrición.

La ejecución¹³ del proyecto estaba pensada de la siguiente manera:

- ❖ En cada comunidad se realizaran asambleas comunales para presentar el proyecto, sus acciones y objetivos y se promoverá la adopción de un compromiso de involucramiento y participación a través de la reflexión y el dialogo.
- ❖ Se seleccionaran tres personas por comunidad para ser capacitadas por una semana como voluntarios/as, quienes ejecutarán sus acciones en coordinación con diversas instancias locales.
- ❖ Procederán posteriormente a hacer un censo de los beneficiarios y establecerán sus pesos de partida, clasificándolos de acuerdo a la edad, el estado de la lactancia materna, de su acceso a suplementos y la presencia de enfermedades en los últimos 15 días.
- ❖ A partir de entonces se realizaran visitas periódicas de crecimiento y desarrollo. Se desarrollaran otras actividades complementarias tales como talleres demostrativos para la preparación y conservación de alimentos, orientaciones en aspectos específicos como alimentación de la embarazada o preparación de parcelas para el cultivo de alimentos.
- ❖ Conforme avance la implementación del proyecto las voluntarias/os de nutrición irán recibiendo nuevos entrenamientos.

El concepto del seguimiento y evaluación¹⁴ del proyecto se definió como un sistema dinámico y simple, que permitiría medir el proceso del proyecto, las dificultades encontradas, los logros alcanzados y las siguientes acciones a realizar en el corto plazo. Se implementaría desde las voluntarios/os de nutrición quienes informarían de sus actividades a los promotores, quienes recogerían la información e informarían de su trabajo a la coordinación del proyecto, la cual hará lo pertinente con la dirección de PRODIM y UNICEF.

Cada beneficiario tendría un registro gráfico de su progreso en el cual la voluntaria/o registraría el progreso y determinaría si la tendencia es favorable o presenta problemas, compartiendo esta información con la familia y resumiéndola en un registro de actividades bimensual, que sería

¹² Idem anterior

¹³ Idem anterior

¹⁴ Idem anterior

registrado en el sistema de seguimiento y evaluación del proyecto, y compartido con otras instancias locales.

Los promotores realizarían al menos una visita bimensual a todas las voluntarios/as, aplicando un instrumento complementario para recabar otros datos relativos al trabajo de los mismos. Además, deberían llevar un diario de trabajo de campo donde registrarían las actividades realizadas, limitaciones, compromisos adquiridos, lecciones aprendidas y el plan de trabajo del día siguiente.

Con todos estos instrumentos, cada tres meses la coordinación del proyecto haría un informe especial con el consolidado de la información del periodo, y posteriormente un informe anual con contenidos similares al trimestral. Anualmente se haría un consolidado de la información del proceso realizada en cada comunidad y esta sería presentada de vuelta a la comunidad para su interpretación, reflexión y análisis. Del resultado de esta socialización también se haría un documento que permita sistematizar la experiencia.

Para la medición del progreso¹⁵ del proyecto se implementarían indicadores de impacto y proceso. Los indicadores de impacto serán usados en los estudios de base y de impacto para evaluar los resultados de las intervenciones. Los principales indicadores de impacto del proyecto se ven reflejados en las metas del proyecto: Nro. De niños amamantados en forma exclusiva hasta los seis meses, Nro. de niños amamantados hasta los dos años de edad, peso y talla de menores de dos años, consumo de alimentos y fuentes de vitamina A por encuesta.

Los principales indicadores de proceso serán: Nro. de asambleas comunales realizadas, Nro. de voluntarios de nutrición capacitados en diferentes etapas, Nro. De comités de apoyo establecidos en cada comunidad, Nro. De personas miembros de comités de apoyo capacitadas, Nro. De personal institucional capacitado, Nro. De niños menores de 2 años monitorizados, Nro. De mujeres de edad fértil monitorizadas, Nro. de talleres comunales brindados.

¹⁵ Idem anterior

Photo 2: Fase 2 / Madre se pesa con el niño y la balanza calcula automáticamente el peso del niño



La balanza digital permite pesar a los niños en serie. Solamente una madre se pesa y los niños van pasando por sus regazos hasta que se obtiene de todos los usuarios el dato del peso

El nivel de desarrollo del documento base del proyecto

Por que analizarlo?

- ❖ Constituye el mapa conceptual, metodológico y práctico de cualquier proyecto.
- ❖ Expresa la visión del proyecto, define su misión, propósito, resultados esperados, actividades y recursos de diferente índole para ponerlas en práctica.
- ❖ Identifica los problemas a ser abordados, presenta de manera coherente la jerarquía de objetivos a ser alcanzados y proporciona los verificadores del éxito en la consecución de los mismos.
- ❖ Establece el ámbito de responsabilidad gerencial del equipo de conducción del proyecto y señala los factores externos, fuera del control de la gerencia, que pueden eventualmente afectar la consecución de los objetivos.
- ❖ Establece las bases para la evaluación.

Principios para el análisis

Utilización del enfoque del marco lógico en la preparación de proyectos

Presupone dos fases en la preparación de un proyecto: perfil y documento final.

Compara los contenidos del documento base con contenidos estándar para la preparación de perfiles y documentos de proyectos, de uso común en la cooperación técnica internacional en salud

Establece el grado de desarrollo del documento base calificándolo como un perfil o documento final tipo 1,2 o 3, en dependencia de la satisfacción de un grupo de criterios

Estado del arte

En resumen, el documento base del proyecto tiene desarrollados los requisitos mínimos de un perfil de proyecto en grado uno (tres > y 1 <), e importantes omisiones en cuanto a la presentación lógica y sistemática de los elementos interrelacionados que constituyen un proyecto coherente

Por favor, ver en la siguiente hoja la "Tabla de análisis del desarrollo del documento base de proyecto"

Table 1 : Análisis del documento base del proyecto¹⁶

Criterios para un Perfil de Proyecto ¹⁷	Documento base								Criterios para un documento final de Proyecto ¹⁸
	Nivel de desarrollo como perfil de proyecto ¹⁹				Nivel de desarrollo como documento final de proyecto				
	0	1	2	3	0	1	2	3	
Problema específico de desarrollo que abordara	✓				✓				Contexto
Pertinencia del proyecto para las políticas de salud del país y las prioridades de UNICEF	✓					✓			Justificación del proyecto ❖ Problemas que deben abordarse ❖ Situación prevista al finalizar el proyecto ❖ Grupo de beneficiarios ❖ Estrategia del proyecto y arreglos para su ejecución ❖ Arreglos de coordinación
Fin del proyecto (Objetivo de desarrollo)*		✓				✓			Fin (Objetivo de desarrollo)
Propósito del proyecto (Objetivo inmediato)*		✓				✓			Propósito del proyecto (Objetivo inmediato)
Estrategia del proyecto*			✓			✓			Resultados esperados
Descripción sumaria del proyecto	✓				✓				Actividades
Partes interesadas	✓				✓				Insumos / Recursos
Area geográfica y grupo beneficiario		✓			✓				Supuestos y riesgos
Situación actual y situación al finalizar el proyecto	✓					✓			Indicadores y medios de verificación
Consideraciones especiales	✓					✓			Organización y administración
Otros inversionistas sociales o programas institucionales en el mismo campo	✓				✓				Sustentabilidad organizativa y financiera
Supuestos y riesgos (Factores externos)	✓					✓			Seguimiento del proyecto, presentación de informes y evaluación
Esquema de presupuesto	✓				✓				Presupuesto y fuentes de financiamiento
Análisis de costos recurrentes (Sustentabilidad)	✓				✓				Informes financieros y auditorías
Aspectos desconocidos y posible necesidad de otros estudios	✓				✓				Plan de ejecución del proyecto
Arbol de problemas y matriz del marco lógico*	✓								

¹⁶ Elaboración propia a partir de OPS/OMS. *Formato normalizado para el diseño de perfiles y documentos de proyecto de proyectos de la OPS*. Oficina de Relaciones externas, Washington.D.C., 1994, p: 30

¹⁷ Los criterios señalados con asterisco corresponden a los requisitos mínimos de un perfil de proyecto. Los otros elementos deben estar por lo menos esbozados

¹⁸ Ocasionalmente es posible elaborar un documento de proyecto directamente, sin pasar por la fase de perfil de proyecto. Aceptado por las partes, la omisión del perfil implica no tener explícitos una serie de elementos durante el proceso de negociación que pueden afectar la fase de ejecución, seguimiento y evaluación posterior

¹⁹ Para fines de la cuantificación del análisis cualitativo, se considera el 3 = desarrollo alto, 2= desarrollo medio, 1= desarrollo bajo., 0= No disponible

Hechos históricos relevantes²⁰

<i>Ano de ocurrencia</i>	<i>Descripción</i>
ANTECEDENTE CON VALOR HISTORICO	
1984	El Ministerio de Salud de la República de Honduras pone en practica una experiencia limitada de un modelo similar a los Fondos Comunales de Medicamentos (FCM)
FASE DE LANZAMIENTO DEL PROCESO NACIONAL DE LOS FCM Y DE ACUMULACION DE EXPERIENCIA	
1991	UNICEF convoca un grupo de expertos nacionales para debatir la idea inicial de los FCM y auspicia su puesta en practica por parte de 14 Organizaciones Privadas para el Desarrollo (OPD). PRODIM participa contribuyendo con este proceso con sus capacidades de almacenamiento y distribución de medicamentos para las OPD involucradas., simultáneamente, recibe en calidad de compensación un lote de medicamentos.
1992	PRODIM, con el lote de medicamentos mencionado inicia en 14 comunidades de los Departamentos de La Paz y Comayagua la implementación de los FCM. Ante la ausencia de un financiamiento específico para este propósito, PRODIM negocia con las comunidades la autogestión de los FCM y ofrece apoyo en términos de asistencia para la administración técnica y financiera. UNICEF, por su parte, continua apoyando la propuesta de los FCM a través de otras OPD.
1993	UNICEF inicia la asistencia técnica a la experiencia que ya esta desarrollando PRODIM. Adicionalmente, se formula un acuerdo entre ambas organizaciones para que PRODIM coordine a las otras OPD involucradas en la promoción de los FCM en lo que se refiere a la distribución de medicamentos y la organización de encuentros de socialización de experiencias. Dentro de este marco, en algunos casos puntuales, PRODIM brindo asistencia técnica directa para la implementación de FCM a otras OPD.

²⁰ Elaboración propia a partir de entrevista con el Dr. Sadith Cáceres, Director Ejecutivo PRODIM; entrevista con la Dra. . Norma Aly Leitzelar, coordinadora del proyecto por 7 meses; y revisión de fuentes secundarias

FASE DE EXPANSION DE LA INICIATIVA DE FCM	
1994 – 95	El Ministerio de Salud de la República de Honduras inicia un proceso de aproximación al proceso de implementación de los FCM. UNICEF continua apoyando a PRODIM con el propósito de expandir la implementación de los FCM hasta alcanzar la cifra de 150. Paralelamente, PRODIM apoya a otras OPD interesadas en la puesta en practica de los FCM.
FASE DE EXPANSION DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS FCM Y DE NEGOCIACION DEL PROYECTO “EDUCACION Y VIGILANCIA NUTRICIONAL”	
1996	El proceso de expansión de los FCM a través de PRODIM apoyados por UNICEF, se detiene. Inicia el proceso de mejoramiento de la capacidad resolutive de 60 fondos para dar respuesta a los problemas de salud de mujeres y niños principalmente, abordándose el manejo comunitario de las neumonías, diarreas, esquema de inmunización, control de crecimiento y riesgo reproductivo. PRODIM presenta a UNICEF el proyecto “ Educación y Vigilancia Nutricional”, utilizando como referencia 30 comunidades de los Departamentos de La Paz y Comayagua, donde ya existen FCM con un nivel superior de organización y desarrollo.
1996	En este año se realizan dos evaluaciones de los FCM, una de ellas auspiciada por OPS/OMS 21y la otra por UNICEF ²² . El informe de OPS/OMS considera a PRODIM una institución precursora de la implementación de los FCM, apegada a los procedimientos creados por el Comité Interinstitucional de FCM y con una muy baja tasa de fondos cancelados por falta de idoneidad de los conductores comunitarios. Señala como el principal factor de éxito al acompañamiento sistemático del desarrollo de los FCM. Anota que la experiencia de PRODIM es de especial significación para construir la viabilidad del proyecto de Casa Nacional de Medicamentos. El informe de UNICEF evalúa la implementación de los FCM identificando sus principales fortalezas y factores limitantes; propone

²¹ Perdomo.R. *Informe sobre evaluación FCM*. Mimeo, s.; 1996, p: 31

²² Chavez.N. *Informe de Consultoría sobre la experiencia de los Fondos Comunales de medicamentos en Honduras*. UNICEF, Tegucigalpa, Honduras, 1996, p: 60

	<p>además un grupo de recomendaciones. Por otra parte, el "Informe de Evaluación del Programa de Cooperación Gobierno de Honduras-UNICEF, 1996 – 2000" consigna que "...A partir de este año (1996), se dio inicio al proceso de mejoramiento de la capacidad de resolución de 60 FCM, para dar respuesta a los problemas de salud de mujeres y niños principalmente, abordándose el manejo comunitario de las neumonías, diarreas, esquema de inmunización de los niños, control de crecimiento y riesgo reproductivo."</p>
<p>FASE DE OPERACIÓN DEL PROYECTO "EDUCACION Y VIGILANCIA NUTRICIONAL"</p>	
<p>1997 – 98</p>	<p>Inicia el proceso de ejecución del proyecto y cierra operaciones después del periodo establecido. Hechos de interés:</p> <p>1997</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El proyecto comienza a operar a mediados del año. ❖ Se realiza una "evaluación basal" (Octubre)²³. Los hallazgos principales son: prevalencia global de retardo en el crecimiento afecta a un 40 % de los niños menores de cinco años, con una tasa de retardo severo de un 16.4 %. En el peso de peso para edad, la prevalencia global de bajo peso es de 18 %, en tanto que según peso edad la prevalencia de formas agudas de desnutrición es de 2.7 %. La desnutrición comienza a establecerse en el niño a partir de los 6 meses de edad como lo ilustra peso por edad. En los menores de 6 meses la prevalencia de bajo peso es de 1.6 %, pasando a 13 % en el grupo de 6 a 17 meses y 26 % en el grupo de 18 a 29 meses. En el caso de talla edad el declive es más pronunciado. En relación a la patología se observó que las enfermedades respiratorias son las más frecuentes en el menor de 5 años (25.8 %), seguidas por diarrea (13.9 %) y enfermedades de la piel (7.8%). Las enfermedades inmunoprevenibles no aparecen en ninguno de los casos ❖ El coordinador inicial cambia después de un periodo de 4 meses (Julio – Octubre) ❖ La nueva coordinadora asume en Noviembre. Dentro de sus responsabilidades se encuentra la coordinación de otros proyectos sobre temas de agricultura, FCM, SIDA en niños y mujeres

²³ Godoy.R.M. *Estudio de las condiciones de salud de la población de las zonas intervenidas por el proyecto de Fondos comunales de medicamentos promovidos por PRODIM / UNICEF en coordinación con la región de Salud # 2 en los departamentos de Comayagua y La Paz*. Tegucigalpa, M.D.C, 1997, p: 43

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Al final del año, cambia el equipo regional a cargo (Coordinador regional y dos médicos) ❖ Se inician algunas actividades tales como la selección de las comunidades de intervención, la organización y capacitación de las redes de agentes comunitarios, el inicio de reuniones de salud en las comunidades ❖ PRODIM realiza un esfuerzo para perfeccionar su sistema de gerencia de proyectos y de control de procesos organizativos e inicia un proceso de desconcentración funcional a la región de La Paz ❖ Por iniciativa de UNICEF se comienza un proceso de reuniones técnicas que no tuvieron continuidad ❖ El informe anual enviado a UNICEF se prepara con información insuficiente. Informalmente, la Agencia se queja de la limitación de Información disponible con relación a la ejecución del proyecto ❖ El año concluye sin una sesión de análisis del proyecto
--	--

FASE DE OPERACIÓN DEL PROYECTO "EDUCACION Y VIGILANCIA NUTRICIONAL"

Continuacion....

1998

- ❖ Hay el nombramiento de un nuevo coordinador regional y se contrata personal nuevo (Promotores, Lic. En Enfermería) y las reuniones mensuales de planificación se convirtieron en una rutina
- ❖ Existe una evaluación de las redes determinándose que la mayor parte de ellas estaba mal organizadas y algunas no estaban capacitadas. Como respuesta, el proceso de capacitación de las redes continua, e igualmente, el fortalecimiento y/o reorganización de las mismas
- ❖ El nuevo coordinador regional toma la decisión de conservar solamente un equipo de 4 promotores a cargo de los proyectos, incluyendo PEVN, y se crean, paralelamente sectores de trabajo como escenario de actuación de los promotores.
- ❖ Continúa la inestabilidad de personal involucrado en la ejecución del proyecto. Rotan una Lic. En Enfermería, miembro del equipo regional (Marzo/Abril), que brindaba apoyo al PEVN, e incluso, la coordinadora nacional del proyecto pasa a coordinar otro proyecto (Junio)
- ❖ Otro coordinador asume hasta finales del año en curso y la coordinación regional del proyecto apoya intensamente la ejecución del proyecto
- ❖ PRODIM organiza subsedes de trabajo a cargo de Lic. en Enfermería, decisión que redundo en una mayor estabilidad del personal
- ❖ También, trata de implementar, sin éxito, la iniciativa de facilitadores comunitarios. Con las comunidades (7/8) se hicieron reuniones por sectores, donde compartían las actividades realizadas, a veces recibían capacitación y planificaban o coordinaban actividades.
- ❖ El modelo Comunitario de Atención Integral a la Niñez, auspiciado por la Secretaria de Salud, se comienza a implementar en el Area 4 de La Paz a mediados del año
- ❖ La coordinación con las municipalidades se desarrollo exitosamente
- ❖ Inicia el proceso de entrega de balanzas a las comunidades y el universo de comunidades se cubre parcialmente (Julio - Agosto)
- ❖ Comienza en las comunidades la vigilancia del peso de los niños (Septiembre – Diciembre)
- ❖ No se realiza un balance de los dos años de operación del proyecto. Se presenta el informe anual a UNICEF.
- ❖ La Agencia solicita una evaluación externa y la identificación de visiones de futuro del proyecto

1997 – 99	<p>Durante este trienio se realizan dos evaluaciones auspiciadas respectivamente por UNICEF y el proyecto “Colaboración para la Reforma del Sector Salud (Partnerships for Health Reform/PHR-USAID). La evaluación auspiciadas por UNICEF es el “Estudio de las condiciones de salud de la población en las zonas intervenidas por el proyecto de Fondos Comunales de Medicamentos promovidos por PRODIM/UNICEF en coordinación con la Región de Salud # 2 en los Departamentos de Comayagua y La Paz”. La evaluación auspiciada por PHR/USAID realiza un análisis de la estructura, organización, operaciones, estado financiero, impacto y sostenibilidad de los FCM en el país. Por otra parte, en el “Informe de Evaluación del Programa de Cooperación Gobierno de Honduras-UNICEF, 1996 – 2000 se consigna que “...En 1997 se seleccionaron 30 FCM que presentaban mayor nivel de organización y desarrollo, para fortalecerlos a través de una experiencia de educación comunitaria para la acción nutricional, promoviendo la integración del personal de salud voluntario a una red comunitaria de agentes de salud, junto con la partera, monitor de nutrición, guardián de salud y el productor enlace de cada una de las comunidades. Estos fondos esta ubicados en las zonas de mayor pobreza, en los Departamentos de Lempira, Comayagua, Santa Bárbara y La Paz.”.</p>
-----------	---

Photo 3: Madre recibiendo consejería de la vigilante de peso



Balace general de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conceptualmente el proyecto es interesante y atractivo, y su estrategia fue bien concebida ❖ Tuvo una amplia superficie de contacto con alcaldes, líderes comunitarios y agentes locales de salud ❖ Contó con un grupo de promotores entusiastas, dedicados, y aceptados por las comunidades ❖ Desarrollo en la practica una metodología de trabajo comunitario en salud ❖ La unidad ejecutora puso al servicio del proyecto su imagen corporativa en el escenario local, la experiencia de trabajo comunitario que poseía y recursos varios²⁴ provenientes de otras fuentes ❖ Contribuyo a la extensión de cobertura de servicios de VEN y su presencia fue una contribución para fortalecer el desarrollo del compromiso de las comunidades con la salud como producto del esfuerzo de todos ❖ Se realizo una evaluación basal evaluando el estado nutricional según talla / edad y la prevalencia de patologías mas frecuentes, en el menor de 5 anos La sostenibilidad del proyecto es alta debido a: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La apropiación de las principales estrategias propuestas (FCM y EVN) por parte de los agentes de salud comunitarios ➤ La percepción mayoritaria de los beneficiarios, acerca de ambas, como una ventaja en su vida cotidiana ➤ La vigilancia y educación nutricional como un tema relevante en la agenda de la Secretaria de Salud , la cual esta en proceso de implementación, consolidación y expansión del AIM-C en algunas de las mismas comunidades que incluyo el proyecto ➤ La presencia actual de la unidad ejecutora en las comunidades meta del PEVN a través de otros proyectos, con una actitud y practica comprometida con la continuidad de los FCM y la EVN ❖ 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El área técnica de intervención en la que se inscribe el proyecto continua vigente como problema del desarrollo local y es potencialmente llamativa para diversos inversionistas sociales

²⁴ Incluye diversos gastos operacionales por atrasos en el flujo de caja de la agencia auspiciadora

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Con relación al documento base del proyecto: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El problema específico al que responde el proyecto no está claramente expresado ni documentado ➤ La direccionalidad del proyecto es demasiado difusa. Carece de un único fin y propósito, y tiene demasiados resultados esperados²⁵ ➤ Los resultados esperados no tienen indicadores ni actividades, asociadas/os directamente ➤ No hay supuestos vinculados a la jerarquía de objetivos establecida ➤ No está identificada con precisión el número y tipo de beneficiarios ❖ Con relación al proceso de conducción, seguimiento, evaluación y soporte técnico financiero para la ejecución del proyecto: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El proceso de selección de las comunidades se realizó utilizando criterios muy generales, sin incorporar a las alcaldías, UPS y otras ONG. ➤ El diagnóstico de línea de base fue incompleto. No se realizaron los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigación formativa de base para el diseño del plan de información, educación y comunicación ➤ Consumo de alimentos a nivel de hogar para determinar el patrón alimentario de las familias y la comunidad ➤ Sistema alimentario y de producción local ➤ Alta rotación²⁶ del personal con responsabilidad en los niveles nacionales, regionales y de contacto directo con las comunidades ➤ Confusión en cuanto a las líneas de autoridad y roles de los diferentes protagonistas de la unidad ejecutora ➤ Bajo desarrollo del sistema de información²⁷ requerido para la gerencia del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La desmotivación de los líderes comunitarios en salud involucrados en la ejecución ❖ La pérdida de credibilidad de la unidad ejecutora ante potenciales inversionistas ❖ La suspensión de la asistencia técnica y financiera de UNICEF

²⁵ Los objetivos para el año 1997 fueron considerados, de común acuerdo con el Director de PRODIM, como los resultados esperados para el período analizado

²⁶ Hubieron tres coordinadores nacionales, por lo menos dos coordinadores regionales, cambios en el equipo técnico regional y promotores. También hubieron cambios en el perfil de actuación de la región y la sede nacional, y cambios organizativos en los circuitos de comunidades asignados a los promotores

²⁷ Un sistema de información contiene a su interior, al menos, una base de datos de variables claves, un flujo diferenciado de variables por niveles de responsabilidad, un modelo de análisis de información para la toma de decisiones. No se limita solamente a los aspectos de productividad a través de un registro continuo e incluye fuentes alternativas generadoras de información tales como investigaciones operacionales y métodos cualitativos de recolección de información. El único hallazgo con relación al sistema de información fueron formularios de recolección manual de datos

<ul style="list-style-type: none"> ➤ No habían disponibles desde el inicio de operaciones, programas de capacitación estándar sobre temas específicos ➤ La coordinación con las áreas de salud de la Secretaria de Salud no estableció una estrategia común de involucramiento en la ejecución del proyecto del personal de la Secretaria en las UPS ➤ La alianza con otros actores locales como por ejemplo HOGASA y CARE no fue claramente establecida para evitar superposiciones y colisiones metodológicas ➤ En el transcurso de la ejecución no se realizaron evaluaciones externas de los objetivos asociados a educación y vigilancia nutricional ➤ Las fases de implementación fueron muy separadas entre si. ²⁸ ➤ Atraso en la entrega del financiamiento por parte de la agencia auspiciadora e irregularidad en la asistencia técnica requerida ➤ No se realizo, al finalizar el proyecto, al menos una evaluación basal similar al realizado en Octubre 1997 ➤ No se realizaron reuniones de evaluación al finalizar los periodos anuales de operación ni un balance bianual 	
--	--

²⁸ Por ejemplo, el proceso de organización de las redes se dio entre Julio y Septiembre de 1997. La capacitación entre Enero y Junio de 1998. En el periodo de Julio – Agosto del mismo año, se hace una entrega parcial de balanzas. Es a partir de Septiembre – aproximadamente – que se comienza la vigilancia y educación nutricional

Photo 4: Red de agentes comunitarios de salud



Grado de desarrollo de los ejes de intervención del proyecto y factores de éxito

Table 2 : Grado de desarrollo de los ejes de intervención del proyecto²⁹

Comunidad	Grado de Desarrollo			Presencia	Existencia de				
	FCM ³⁰	VEN ³¹	RED ³²	AIN-C	HUERTOS	GALLINEROS	FOGONES MEJORADOS	ABONERAS ORGANICAS	VIVEROS
COMAYAGUA									
Buen Pastor de Lajas	2	-	2	SI	-	-	-	-	-
La Majada	3	-	-	-	-	25	45	-	-
Campo Dos	3	3	2	SI	-	10	53	2	-
Palmerola	2	3	3	-	-	-	-	-	-
El Plan de Alejandro	3	2	1	-	1	-	-	-	-
Talnetes	2	-	-	-	-	-	-	-	-
LA PAZ / MARCALA									
Estanzuela	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Sabanetas	2	2	-	-	5	-	-	-	-
Zacate Blanco	2	3	3	-	4	-	4	-	-
Planes de Cabañas	3	3	3	-	3	-	-	2	-
La Soza	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Paso del Toro	3	2	-	-	-	-	-	-	-
Los Patios	3	2	2	-	3	-	-	-	-

²⁹ Elaboración propia a partir de la información generada por un grupo focal integrado por protagonistas de la unidad ejecutora

³⁰ El grado de desarrollo de los FCM se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: abastecimiento regular de medicamentos, realización de reuniones mensuales del comité del fondo, conocimiento de la consejera en materia de IRA, neumonía, diarreas y la entrega de tratamientos completos; disposición ordenada y rotulada de los medicamentos en el botiquín, buen sistema de referencia con la unidad de salud más próxima, registro actualizado de la población de MEF, < de 5 años y adultos;

³¹ El grado de desarrollo de la vigilancia y educación nutricional se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: realización del peso y la clasificación mensual de los niños, referencia la centro de salud de los niños con tendencia al bajo peso, seguimiento a los niños con tendencia al bajo peso a través de visitas domiciliarias, actividades educativas con las madres, disponibilidad de un gráfico de control de peso para cada niño incorporado al programa

³² El grado de desarrollo de la red se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: integración de la red con la comunidad, Secretaria de Salud a nivel local y PRODIM, e interacción entre los agentes de la red a partir del desarrollo de acciones complementarias a la función de cada agente comunitario por los otros integrantes de la red

Comunidad	Grado de Desarrollo			Presencia AIN-C	Existencia de				
	FCM ³³	VEN ³⁴	RED ³⁵		HUERTOS	GALLINEROS	FOGONES MEJORADOS	ABONERAS ORGANICAS	VIVEROS
LA PAZ / MARCALA (Continuación...)									
Gualinga	2	2	1		4	-	-	1	
San Antonio	1	-	-	-	-	-	-	-	
LA PAZ / AREA 4									
La Pena	3	3	3	SI	14	20	49	4	
Ingrula	2	-	1	-	-	-	-	-	
Camalote Dos	3	3	2	-	20		4	1	
El Matasanos	1	1	2	SI	-	-	-	-	
Huerta	2	3	2	SI	-	-	-	-	
Tablazón	2	2	3	SI	-	-	-	-	
La Plazuela	2	1	2	SI					
El Varillal	2	3	2	SI					
Palo Blanco	3	3	3	SI	-	-	-	-	
Guira Caray	2	2	2	SI	-	-	-	-	
Pitahaya	2	-	2	-	-	-	-	-	
Pule	2	2	2	-	27	10	16	19	18
El Trapichito	2	-	-	SI	-	-	-	-	-
Urungo	1	1	2	SI	30	10	30	10	10
Rancho Quemado	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Hornitos ³⁶	1	-	-	SI	10	4	100	4	2

³³ El grado de desarrollo de los FCM se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: abastecimiento regular de medicamentos, realización de reuniones mensuales del comité del fondo, conocimiento de la consejera en materia de IRA, neumonía, diarreas y la entrega de tratamientos completos; disposición ordenada y rotulada de los medicamentos en el botiquín, buen sistema de referencia con la unidad de salud más próxima, registro actualizado de la población de MEF, < de 5 años y adultos;

³⁴ El grado de desarrollo de la vigilancia y educación nutricional se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: realización del peso y la clasificación mensual de los niños, referencia la centro de salud de los niños con tendencia al bajo peso, seguimiento a los niños con tendencia al bajo peso a través de visitas domiciliarias, actividades educativas con las madres, disponibilidad de un gráfico de control de peso para cada niño incorporado al programa

³⁵ El grado de desarrollo de la red se analizo utilizando una metodología cualitativa basada en los siguientes criterios: integración de la red con la comunidad, Secretaria de Salud a nivel local y PRODIM, e interacción entre los agentes de la red a partir del desarrollo de acciones complementarias a la función de cada agente comunitario por los otros integrantes de la red

³⁶ También tuvo dos peceras

Table 3 : Nro. y Porcentaje de comunidades por eje de acción y grado de desarrollo³⁷

Grado de desarrollo	Nro. y % de comunidades por eje de acción					
	FCM		VEN		RED	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Grado de desarrollo 3	10	32	9	29	6	19
Grado de desarrollo 2	16	52	10	32	12	39
Grado de desarrollo 1	5	16	3	10	4	13
Sin desarrollo	0	0	9	29	9	29
TOTAL	31	100	31	100	31	100

³⁷ Elaboración propia

Figure 1: Nro. de comunidades por grado de desarrollo de los ejes de acción

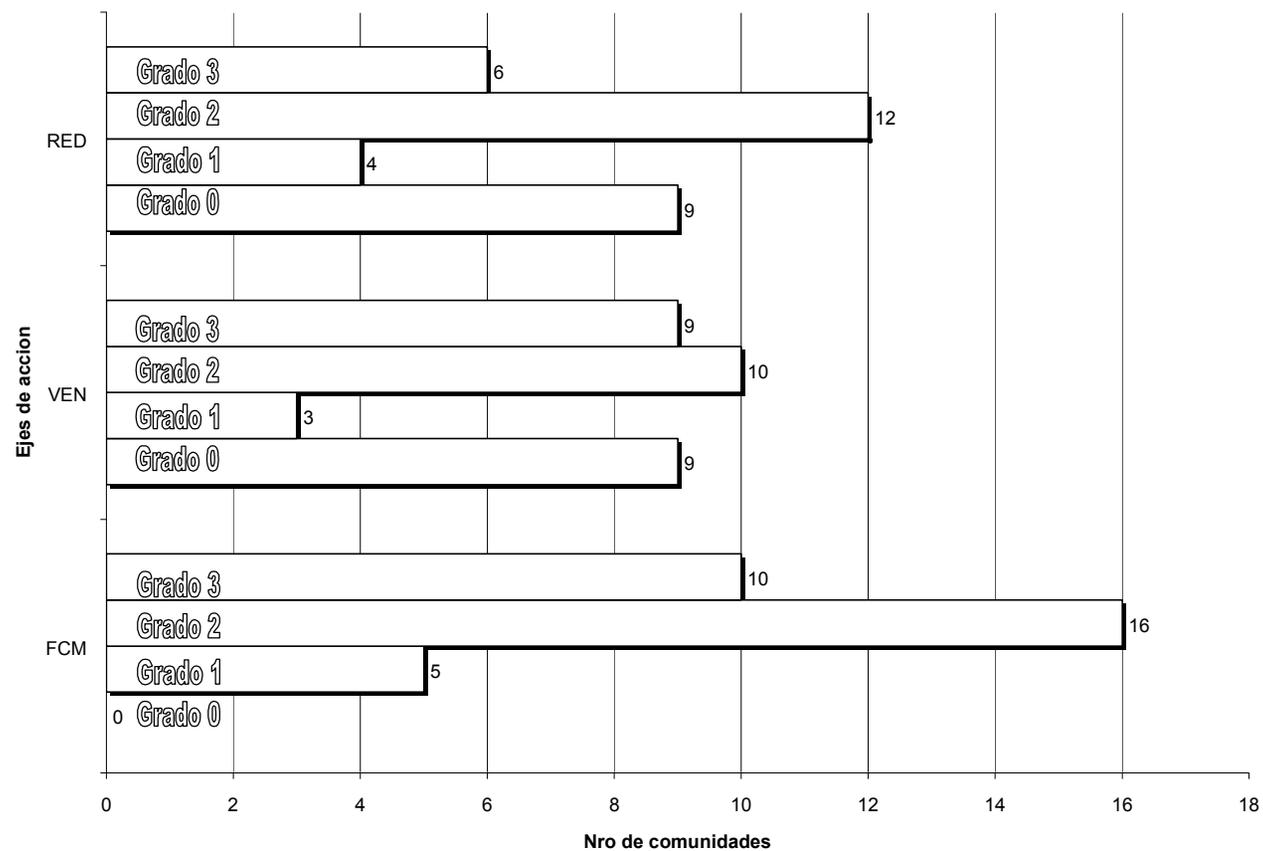


Figure 2: Porcentaje de comunidades por grado de desarrollo de los ejes de acción

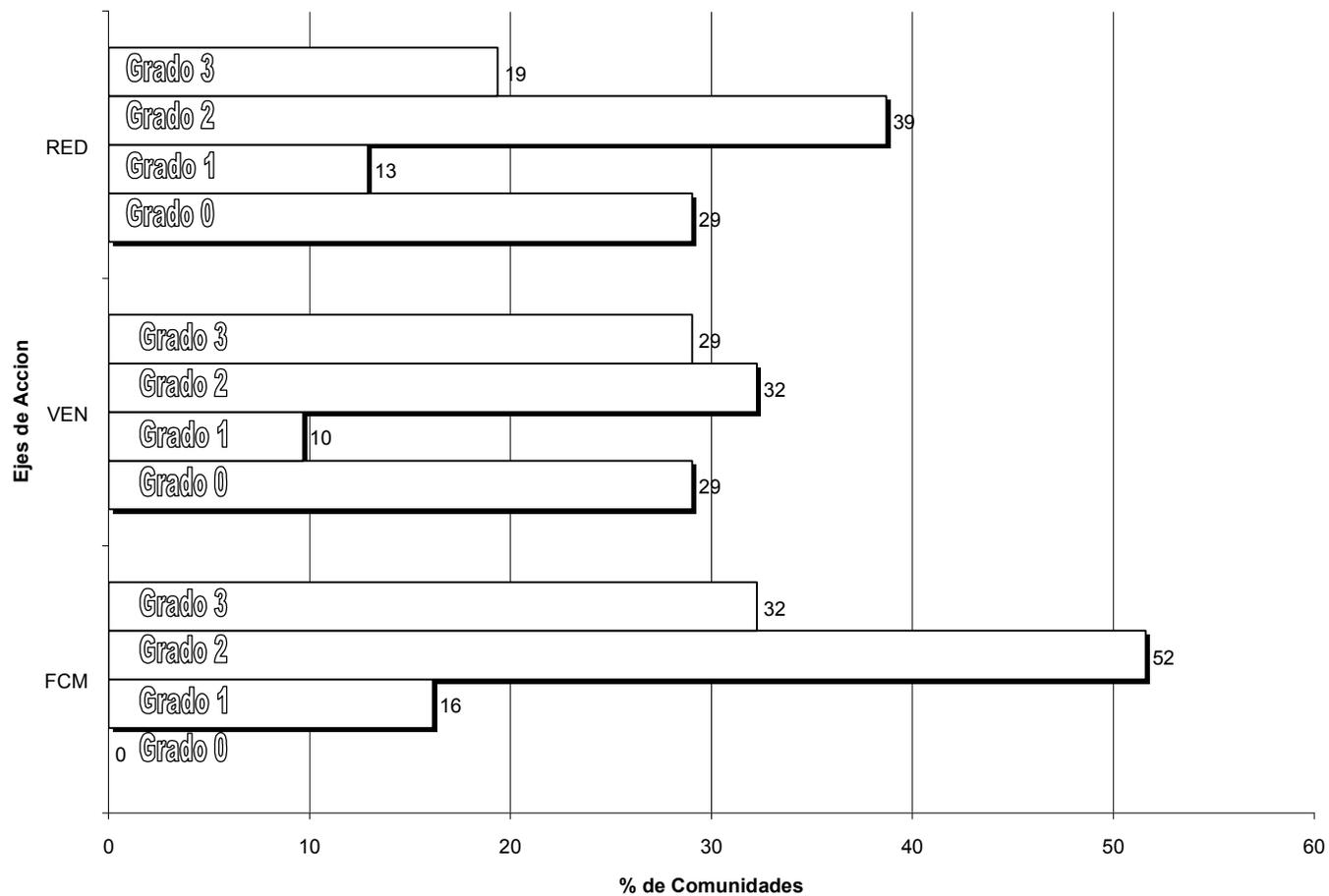


Figure 3 : Porcentaje de comunidades por tipo de UPF implementadas

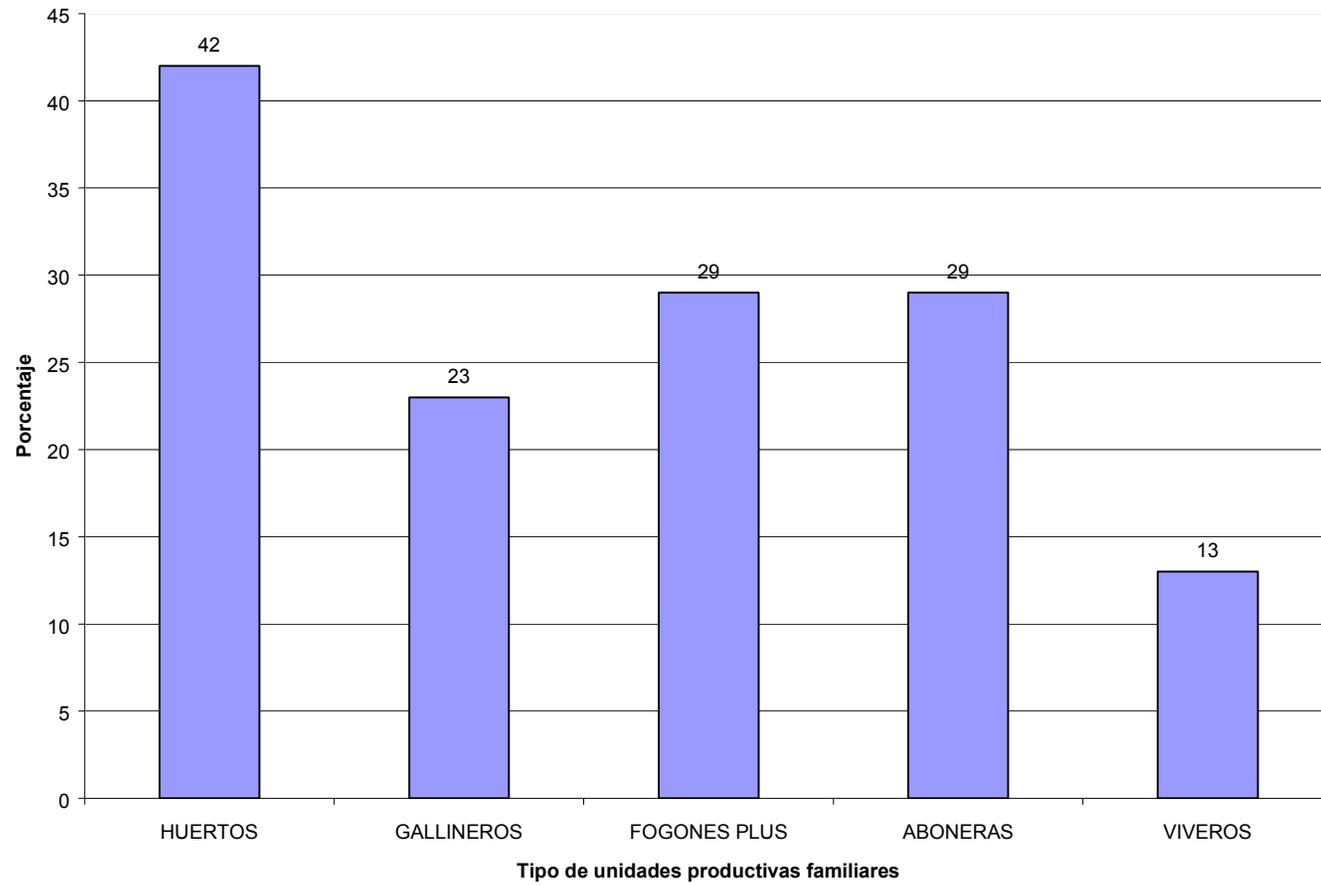


Figure 4: **Porcentaje** de utilización del modelo AIN-C en las comunidades bajo la influencia del proyecto

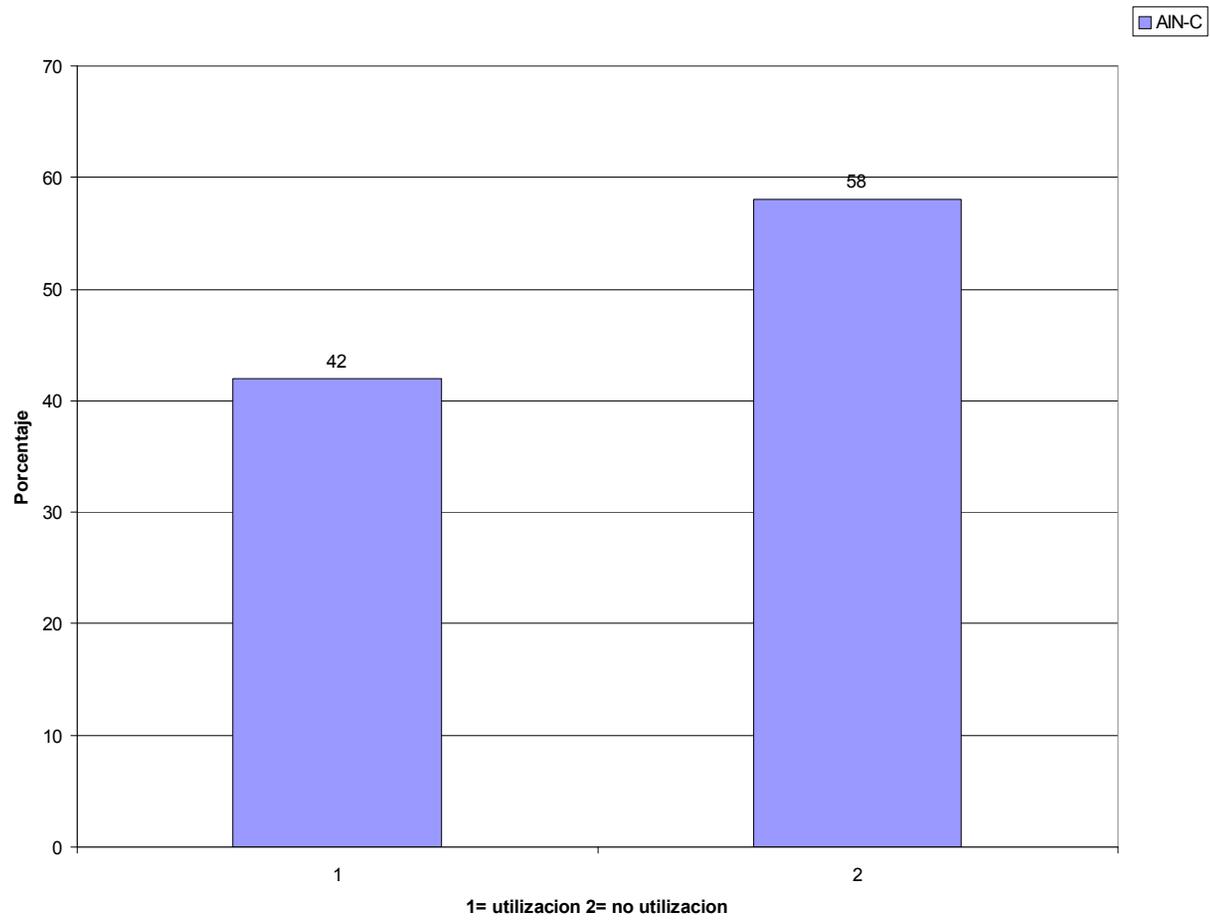


Photo 5 : Sede comunitaria de operaciones del proyecto



Table 4: Factores de éxito y fracaso por eje de desarrollo³⁸

Eje de acción	Factores de éxito	Factores de fracaso
Fondos Comunales de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Adecuada selección de las comunidades ❖ Promoción del Fondo ❖ Organización del Comité y selección del consejero a través de una asamblea de la comunidad ❖ Estrecha relación con las Unidades de Producción de Servicios de la secretaria de Salud ❖ Abastecimiento Continuo ❖ Capitalización del fondo ❖ Reestructuración del comité cada vez que sea necesaria ❖ Capacitación continua ❖ Horario de atención flexible ❖ Fiscalización mensual por parte del comité ❖ Donación o intercambio de medicamento próximos a vencerse 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coordinación deficiente entre PRODIM, FCM y UPS/Secretaria de Salud ❖ Bajo nivel de compromiso de los integrantes del Comité del fondo y desintegración del mismo ❖ Desinterés de la comunidad

³⁸ Elaboración propia a partir de la integración de un grupo focal de protagonistas de la unidad ejecutora

Eje de acción	Factores de éxito	Factores de fracaso
Vigilancia y Educación Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Adecuada selección de las comunidades ❖ Asambleas de socialización de la propuesta de VEN con la comunidad y selección democrática del consejero ❖ Disponibilidad de balanza y papelería (Preferiblemente Salter de 25 kgs) ❖ Interés por parte de las madres y padres ❖ Realización del control de peso mensual de los niños ❖ Integración del personal de la UPS a las sesiones de peso ❖ Manejo adecuado de la papelería para el registro ❖ Disponibilidad de las monitoras para realizar visitas domiciliarias ❖ Compartir periódicamente los resultados con las/os beneficiarios ❖ Capacitación continua en el modelo de AIC-C ❖ Seguimiento técnico por parte de PRODIM y la Secretaría de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunidades acostumbradas a recibir alimentos /bono materno infantil a cambio del peso de los niños ❖ Retiro de personas capacitadas ❖ Falta de balanza
Redes Comunitarias de Agentes de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Adecuada selección de las comunidades ❖ Promoción de la red en la comunidad y selección de sus integrantes a través de una asamblea comunitaria ❖ Estrecha relación con las Unidades de Producción de Servicios de la secretaria de Salud ❖ Seguimiento técnico por parte de PRODIM y la Secretaría de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diferencias personales entre los miembros de la red ❖ Concepto de red poco transparente ❖



Boceto de la metodología utilizada para el trabajo comunitario³⁹

El proceso comenzó con una breve explicación del proyecto a los promotores

1

Identificación de las comunidades donde va a operar el proyecto de acuerdo a instrucciones básicas

2

Contacto con líderes comunitarios para explicar los objetivos del proyecto: el presidente de la junta de agua, el presidente de la sociedad de padres de familia, grupos de la iglesia y maestros.

3

Asamblea de socialización del proyecto con la comunidad para explicar las ventajas y desventajas del proyecto y selección democrática de las personas que lo van a poner en práctica

4

Capacitación de las personas seleccionadas

5

Información a las autoridades locales (Alcaldía, CODECOS, CODELOS o CODEM)

6

Operación del proyecto desde la comunidad

7

Visitas de supervisión capacitante

Cualidades de los promotores	Criterios de selección del personal comunitario
Responsabilidad	Voluntarias
Disponibilidad para el trabajo toda la semana	Leer y escribir
Respetuoso en las comunidades	Deben tener tiempo
Sociable	Interés por el desarrollo de sus comunidades
Honado	Anuentes a participar en capacitaciones
Compañerismo	Disciplinadas para rendir informes
Conocedor de los proyectos	
Capaz de responder inquietudes de la comunidad	

³⁹ Elaboración propia a partir de entrevistas con protagonistas de la unidad ejecutora

Photo 6: Vista de un Fondo Comunal de Medicamentos



La metodología en la memoria de los protagonistas comunitarios⁴⁰

Reunidos con la red de agentes comunitarios de la comunidad de Palmerola, ellas nos contaron la siguiente historia acerca de las capacitaciones y el trabajo de salud en la comunidad. Comenzaron diciendo que el promotor de salud de la unidad ejecutora llegó a la comunidad buscando unas personas para capacitarlas como monitoras de peso. Estas personas debían ser voluntarias, saber leer y escribir y tener “disponibilidad”. Entonces se hizo una reunión con toda la comunidad para discutir los problemas de salud. En esa asamblea la comunidad fue informada de que el proceso iba a comenzar y la comunidad eligió a las personas que satisfacían los criterios anteriormente mencionados y a las elegidas se les pidió el consentimiento. Ahí nomás se les explicó acerca de las capacitaciones que iban a recibir y las personas seleccionadas fueron dos veces a “La Cañada” a recibir la capacitación. Recuerdan que los temas de capacitación fueron neumonía, lactancia materna, control de desarrollo del niño, diarreas, IRAS, desnutrición y vacunas. Explican que en los talleres las trataron bien. Tuvieron que salir de sus casas a las 6 de la mañana para tomar el bus de las siete. Fredy, el promotor, las recibió en “la Cañada” y las llevó a desayunar. Después fueron a un salón donde les dieron la bienvenida, les explicaron para que las necesitaban y de cuantos días iba a ser la capacitación. Para cada tema había un capacitador. Para cada tema, el capacitador hablaba y hablaba, los participantes hacían preguntas para aclarar, se ponían ejemplos, cuando fue necesario utilizaron un niño para fines demostrativos y al final les pasaban una prueba. Siempre había receso con merienda. La prueba no estaba tan difícil, no entregaban los resultados personalmente, sino que los leían ante todos. Les dieron cuaderno, lápices, tarjeta de vacunación, tabla de conversión de Kgs a Lbs. Después de que volvieron de la capacitación a la comunidad, les entregaron básculas, hojas de control de peso y hojas de control de la unidad ejecutora. Entonces dispusieron avisarle a la comunidad de que iba a comenzar el proceso. Primero les avisaron poniendo avisos en la escuela, en los molinos donde la gente muele maíz, en las pulperías y a los vecinos más cercanos los integrantes de la red les avisaron personalmente. Las madres preguntaban que para que iban a pesar a los niños. Al principio les costó convencer a las madres. Las madres preguntaban que les iban a dar, se enojaban, argumentaban que no tenían tiempo para llevar a los niños. Por dos meses las madres asistieron poco. De 90 iban solo 15. La cantidad aumentó cuando la enfermera de la UPSA se unió a las vigilantes de peso y a los agentes comunitarios para hacer varias acciones a la vez: peso, vacunas, consultas de enfermería. Las agentes comunitarias de salud se sorprendieron de la cantidad de niños desnutridos que había y comenzaron a entender mejor como estaba la comunidad y como vivía.

⁴⁰ Elaboración propia a partir de la organización de un grupo focal en la comunidad de Palmerola

El proceso de atención a una madre que solicita el servicio ha sido como sigue. Llega la madre a la escuela o al FCM, se le invita a pasar adelante, la madre pregunta si aquí pesan los niños, la vigilante confirma. Se le piden datos a la madre para saber si ha estado enfermo, se le pide opinión a la madre acerca del peso del niño. Se pregunta si lo ha llevado al centro de salud, y si esta amamantando se le aconseja a la madre tomar mas liquido y aumentar el numero de veces que le da alimento al niño. Si el niño está enfermo se refiere al FCM o al Centro de Salud, y si esta muy grave se remite al Hospital. Se les da una hoja de referencia y se espera que los atiendan donde vayan. Pero si se le va a vigilar el peso al niño, se pesa a la madre y después se pesa a la madre con el niño. Se pesan niños desde recién nacidos hasta los cinco años de edad. Dependiendo del peso del niño se aconseja a la madre y se le da una cita para que vuelva. Si el niño esta mal desde la primera vez, no esperan la próxima cita. Van a visitarla antes a la casa, de ser posible frecuentemente. Si la madre no vuelve, igual, visita domiciliar. Ellas perciben que la mayoría de los niños aumentan de peso a medida que se les va pesando. Consideran que para hacer mejor su trabajo necesitan alimentación para darle a los niños de bajo peso, vitaminas para darle también, nebulizador para los que tienen IRA y termómetro para los que llegan con calentura, y manifiestan su deseo de tener disponibles rotafolios de diarrea, lactancia materna, litrosol y termómetro para vacunas.



Photo 7: Preparando a un niño para utilizar la balanza de reloj

Se alcanzaron los resultados esperados?⁴¹

Resultado esperado	Anotaciones ⁴²
<p>Instaurar un modelo de vigilancia y educación nutricional comunitaria en treinta comunidades de los Departamentos de la Paz y Comayagua</p>	<p>El concepto modelo es muy exigente en términos de desarrollo conceptual, metodológico y técnico. Exige también un grado de sistematización de la experiencia muy alto y de una serie de pruebas de terreno para probar su confiabilidad. Por otra parte requiere para su aplicación un grupo de condiciones objetivas y subjetivas. No todos los modelos operan en todas las condiciones, por muy perfectos que sean. Dentro de este marco no se instauro un modelo como tal. Ahora bien, existe <u>una practica comunitaria de vigilancia y educación nutricional</u>, presente en el 71 % del universo de comunidades del proyecto, que representan un buen punto de partida para desarrollar un modelo comunitario en este sentido a mediano plazo. Llama la atención el hecho de que el 42 % de las comunidades donde esta practica comunitaria esta vigente en diferentes grados de desarrollo, están trabajando con el AIN-C, un modelo generado por la Secretaria de. Pienso que la contribución del proyecto en el futuro, podría ser contribuir a extender este modelo desde una perspectiva <u>critica</u>.</p> <p><u>Resumen</u>: No hay desarrollado un modelo. Lo que existe es una practica comunitaria de vigilancia y educación nutricional a partir de una capacitación básica. En algunas comunidades, esta practica esta basada en el modelo de AIN-C promovido por la Secretaria de Salud</p>

⁴¹ Los resultados esperados están siendo evaluados como el componente de la jerarquía de objetivos del proyecto propuestos, directamente bajo la responsabilidad del equipo gerencial a cargo de la ejecución

⁴² Ante la carencia de indicadores asociados a cada resultado esperado, que respondan a criterios de calidad, cantidad y tiempo, la estimación del resultado esperado como una “meta” conseguida debe hacerse de manera indirecta, sujeta al margen de imprecisión que establezca la información conseguida caso por caso

Resultado esperado	Anotaciones ⁴³
<p>Capacitar a noventa personas como voluntarios/as de nutrición para que desarrollen los componentes del proyecto en las comunidades donde son originarios</p>	<p>Diferentes fuentes de la unidad ejecutora y de los protagonistas comunitarios, confirman que voluntarios/as de las comunidades fueron capacitadas sobre diferentes aspectos, incluyendo tópicos de nutrición. Por otra parte, los diferentes grados de desarrollo de la VEN encontrados en el balance general realizado indican que hay personal que ha sido capacitado formal e informalmente para echar andar esta practica comunitaria en las localidades donde este eje de acción tiene diferentes grados de desarrollo (71 %). Llama la atención que en la gran mayoría de las comunidades (+ del 58 %) la capacitación en aspectos de producción alimentaria no se puso en practica. Aun así, durante el transcurso de la ejecución del proyecto, el 42 % de las comunidades desarrollo huertos, el 29 % fogones mejorados y aboneras, el 13 % viveros y solo una comunidad (3 %) crianza de peces. La información disponible y las fuentes consultadas no permiten establecer el numero <u>exacto</u> de las personas capacitadas. Extrapolando la percepción del numero de protagonistas capacitados en las comunidades visitadas (por lo menos tres en un escenario de moderado optimismo) y aplicándolo al total de comunidades donde la VEN se esta realizando (22 comunidades), permite estimar una cifra de, al menos de 66 protagonistas comunitarios capacitados, lo que representaría un 73 % de la meta propuesta</p> <p><u>Resumen:</u> Existió un proceso de capacitación que se tradujo en una practica comunitaria de VEN y diferentes iniciativas de producción alimentaria local, de protección de la salud intradomiciliar y de ahorro en la utilización de leña como fuente de energía. No es posible precisar el numero de los participantes, aunque una percepción moderadamente optimista señala un cumplimiento de la meta en un 73 %</p>

⁴³ Ante la carencia de indicadores asociados a cada resultado esperado, que respondan a criterios de calidad, cantidad y tiempo, la estimación del resultado esperado como una “meta” conseguida debe hacerse de manera indirecta, sujeta al margen de imprecisión que establezca la información conseguida caso por caso

Resultado esperado	Anotaciones ⁴⁴
<p>Instaurar los procesos de apreciación, análisis y acción (AAA) como parte de los procesos de desarrollo en las treinta comunidades seleccionadas</p>	<p>De acuerdo a las practicas que pude conocer a través de testimonios de miembros de la red en las comunidades visitadas y promotores de salud de la unidad ejecutora (PSUE), existieron reuniones una vez al mes con las enfermeras/auxiliares de la UPS correspondiente y cada dos meses con los promotores donde se informa y se discuten diferentes problemas relacionados con el desarrollo de la salud en las comunidades. Ante la ausencia de una definición específica de carácter operacional de los procesos AAA, estas sesiones de trabajo contienen, por su naturaleza, rasgos de apreciación y análisis de la realidad y de toma de decisiones acerca de acciones a favor de la salud en el escenario comunitario. Por otra parte, la estimación de que en el 71 % de las comunidades el eje de acción de VEN y el de RED esta funcionando con diferentes grados de desarrollo, abona a favor de la hipótesis anteriormente mencionada</p> <p><u>Resumen:</u> La metodología de los procesos AAA no fue encontrada. Lo mas cercano son las reuniones mensuales de análisis que se realizaron en el 71 % de las comunidades, 22 de 31</p>

⁴⁴ Ante la carencia de indicadores asociados a cada resultado esperado, que respondan a criterios de calidad, cantidad y tiempo, la estimación del resultado esperado como una “meta” conseguida debe hacerse de manera indirecta, sujeta al margen de imprecisión que establezca la información conseguida caso por caso

Resultado esperado	Anotaciones ⁴⁵
Instaurar en cada comunidad al menos tres unidades productivas familiares (UPF)	<p>No en todas las unidades se implementaron UPF. Pero donde se implementaron la meta por comunidad fue superada, alcanzándose mas de tres. De manera global, el 42 % de las comunidades desarrollo huertos, el 23 % gallineros, el 29 % fogones mejorados, el 29 % aboneras y el 13 % viveros. Incluso, una comunidad (3%) desarrollo crianza de peces</p> <p><u>Resumen:</u> El 48 % de las comunidades desarrollaron algún tipo de UPF</p>
Fortalecer treinta instituciones de base comunitaria tales como FCM o comités de salud, al constituirlos y capacitarlos como un comité de apoyo a las acciones de voluntarios y voluntarias de nutrición	<p>El 84 % de las comunidades tenia organizado al final del periodo FCM grado 3 y 2. Solamente el 16 % tenían grado uno de desarrollo y no había ninguna comunidad con FCM sin desarrollo. Los FCM han jugado un importante papel como puerta de entrada para implementar los procesos de VEN comunitarios y catalizar la organización de las redes. Ahora bien, desde el punto de vista conceptual, metodológico y técnico conviene separar en su especificidad los FCM, el proceso de VEN y el desarrollo de las redes. Pensar que los FCM son tan elásticos que pueden absorber estas dos practicas adicionales sin perder su naturaleza es un error que puede conducir al deterioro de los FCM en su naturaleza intrínseca. Queda por hacer en este sentido un trabajo de caracterización de estas tres formas organizativas del empoderamiento de la comunidad en salud y de sus mutuas relaciones y contribuciones.</p> <p><u>Resumen:</u> El 84 % de las comunidades tenia organizado al final del periodo FCM grado 3 y 2. Solamente el 16 % tenían grado uno de desarrollo y no había ninguna comunidad con FCM sin desarrollo. No existe información acerca del punto de partida de los FCM al inicio de l proyecto, por esta razón, no es posible evaluar su fortalecimiento o deterioro preciso en términos cuantitativos. Lo que sí se puede establecer con la información disponible, es que la gran mayoría (52%) están en grado dos de desarrollo</p>

⁴⁵ Ante la carencia de indicadores asociados a cada resultado esperado, que respondan a criterios de calidad, cantidad y tiempo, la estimación del resultado esperado como una “meta” conseguida debe hacerse de manera indirecta, sujeta al margen de imprecisión que establezca la información conseguida caso por caso

Resultado esperado	Anotaciones ⁴⁶
Capacitar a 150 personas miembros de diversas instituciones como alcaldías municipales y auxiliares, Ministerio de Salud Pública, otras ONG y personal de PRODIM de otros proyectos	A través de las entrevistas con los alcaldes fue posible conocer que estaban informados del trabajo de la unidad ejecutora, sobre todo en lo que se refiere a los FCM. La impresión que tengo que los alcaldes como tales no fueron capacitados, mas bien, fueron informados. De los otros potenciales miembros de la audiencia de capacitación tengo todavía menos información. Tomando en consideración que la convocatoria a otros actores es más compleja que convocar al personal comunitario, es posible extrapolar, en calidad de hipótesis, de que este resultado esperado se alcanzo en niveles por debajo del proceso de capacitación a los voluntarios/as de nutrición
Realizar un estudio diagnostico de base y uno de suplementacion semanal en embarazadas para la documentación de I proyecto	No fueron realizados
Diseñar, validar e instalar un sistema de seguimiento y evaluación en las 30 comunidades en donde se implemente el proyecto	No fue realizado
Diseñar, validar e implementar un componente de comunicación y educación nutricional	No fue realizado

⁴⁶ Ante la carencia de indicadores asociados a cada resultado esperado, que respondan a criterios de calidad, cantidad y tiempo, la estimación del resultado esperado como una “meta” conseguida debe hacerse de manera indirecta, sujeta al margen de imprecisión que establezca la información conseguida caso por caso

Table 5 : Resumen de la consecución de resultados esperados del proyecto

Resultado esperado	Apreciación de desarrollo ⁴⁷
Instaurar un modelo de vigilancia y educación nutricional comunitaria en treinta comunidades de los Departamentos de la Paz y Comayagua	En desarrollo
Capacitar a noventa personas como voluntarios/as de nutrición para que desarrollen los componentes del proyecto en las comunidades donde son originarios	En desarrollo
Instaurar los procesos de apreciación, análisis y acción (AAA) como parte de los procesos de desarrollo en las treinta comunidades seleccionadas	En desarrollo
Instaurar en cada comunidad al menos tres unidades productivas familiares (UPF)	En desarrollo
Fortalecer treinta instituciones de base comunitaria tales como FCM o comités de salud, al constituirlos y capacitarlos como un comité de apoyo a las acciones de voluntarios y voluntarias de nutrición	En desarrollo
Capacitar a 150 personas miembros de diversas instituciones como alcaldías municipales y auxiliares, Ministerio de Salud Publica, otras ONG y personal de PRODIM de otros proyectos	No desarrollado
Realizar un estudio diagnostico de base y uno de suplementacion semanal en embarazadas para la documentación de l proyecto	No desarrollado
Diseñar, validar e instalar un sistema de seguimiento y evaluación en las 30 comunidades en donde se implemente el proyecto	No desarrollado
Diseñar, validar e implementar un componente de comunicación y educación nutricional	No desarrollado

⁴⁷ Clasificados como desarrollado, en desarrollo y no desarrollados

Photo 8: Pesando a un niño en la balanza de reloj



Lecciones aprendidas y recomendaciones⁴⁸

Lecciones aprendidas	Recomendaciones
La no utilización del enfoque lógico en la preparación de la propuesta del proyecto, produjo dificultades en el diseño, ejecución y evaluación del proyecto.	❖ Realizar un taller acerca de la utilización del Microsoft/Project como soporte automatizado para la gerencia de proyectos, dirigido al personal de la unidad ejecutora. Eventualmente, la audiencia podría ampliarse a otras ONG's de interés
La ausencia de una herramienta potente de seguimiento del proyecto perjudico la conducción global del proceso de intervención y la transferencia de responsabilidades gerenciales	❖ Realizar un taller acerca de la utilización del Microsoft/Project como soporte automatizado para la gerencia de proyectos, dirigido al personal de la unidad ejecutora. Eventualmente, la audiencia podría ampliarse a otras ONG's de interés
El "sistema de información" utilizado fue realmente una base de datos de productividad y no fue útil para el proceso de toma de decisiones	❖ Revisar el "sistema de información actual" tomando en consideración los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de las variables cuantitativas y cualitativas de interés ➤ Establecer las vías de obtención de variables prioritarias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro continuo ▪ Investigación operacional ▪ Métodos cualitativos ➤ Organizar el flujo periódico de variables por niveles de gerencia del proyecto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotores ▪ Gerente regional ▪ Dirección nacional de la unidad ejecutora ▪ Informes a la agencia auspiciadora ▪ Definir los tiempos de consolidación de la información y la papelería pertinente debidamente identificada y las guías de utilización correspondientes ▪ Graficar el flujo de variables e información ➤ Formular los parámetros de comparación y sus fuentes ➤ Preparar el programa de análisis de los datos recolectados y los modelos standard de toma de decisiones de acuerdo a situaciones problema características ➤ Elaborar un software sencillo para el acopio, consolidación y análisis de la información

⁴⁸ Las recomendaciones están pensadas desde la perspectiva de la continuidad del proyecto

Lecciones aprendidas	Recomendaciones
<p>Es necesario realizar los estudios de base pertinentes al inicio del proyecto y una aplicación de control al finalizar el proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar los siguientes estudios en una muestra representativa del universo de comunidades bajo el área de influencia del proyecto: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia global de retardo en el crecimiento, bajo peso y patologías mas frecuente en el niño menor de 5 años ➤ Investigación formativa de base para el diseño del plan de información, educación y comunicación ➤ Consumo de alimentos a nivel de hogar para determinar el patrón alimentario de las familias y la comunidad ➤ Estudio de sistema alimentario y de producción local ❖ De acuerdo al comportamiento del proyecto hasta la fecha actual, orientado a estimular el desarrollo de una practica comunitaria de vigilancia y educación nutricional, al <u>menos</u> debería realizarse el primer estudio. Si se desea retomar la propuesta original para el futuro inmediato, conviene realizarlos todos
<p>La inestabilidad de la gerencia y el personal de campo del proyecto disminuyeron las capacidades de conducción, seguimiento y evaluación del proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La unidad ejecutora necesita reflexionar específicamente acerca de esta situación, enfatizando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las políticas de contratación y administración de personal vigentes ➤ La dotación de cargos y perfiles ocupacionales para este proyecto ➤ La posibilidad de utilizar metodologías de integración y conducción de grupos e trabajo
<p>Los promotores representan el personal de línea del proyecto. Ellos representan la superficie de contacto de la propuesta con la realidad. No recibieron por extenso el apoyo requerido. Sobre ellos recayó la responsabilidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer las relaciones con los líderes de la comunidad y los agentes de salud ❖ "Vender" en primera instancia la "idea" del proyecto ❖ Poner en practica las estrategias de desarrollo ❖ Motivar a los agentes comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La preparación de la nueva propuesta debería hacerse en consulta con ellos ❖ Elaborada la nueva propuesta, debería hacerse un taller de presentación y debate de la propuesta del proyecto con ellos y tomar en consideración sus recomendaciones ❖ El objetivo de esta actividad sería que conozcan al detalle el proyecto con especial énfasis en los resultados esperados, los indicadores verificadores del éxito y las estrategias de implementación. ❖ Elaborar un programa de desarrollo y

<p>para que realicen su rol</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recolectar la información sensible para los diversos niveles de gerencia y los informes para la agencia auspiciadora ❖ Coordinar acciones prácticas de coordinación con otros actores en el escenario comunitario ❖ Brindar "asistencia técnica" a los agentes comunitarios de salud ❖ Percebir los problemas cualitativos para la implementación del proyecto <p>El buen o mal desempeño de sus funciones afecta la calidad de la ejecución del proyecto</p>	<p>perfeccionamiento de los conocimientos, habilidades y destrezas que requieren para la promoción exitosa del desarrollo comunitario en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisar y transformar el perfil ocupacional de los promotores e incrementar formalmente su "status" dentro del proyecto ❖ Definir un formato de evaluación del desempeño y una política de estímulo y motivación
<p>Los agentes comunitarios en salud representan el soporte principal de la sostenibilidad del proyecto. Ellos representan la imagen del proyecto que se construye día a día. El acierto con el que se desempeñen en el manejo de las relaciones interpersonales y grupales en el interior de la comunidad es un factor relevante para el éxito del proyecto. Además, el carácter voluntario del trabajo que realizan es una contribución de un valor social inestimable para el desarrollo de la salud comunitaria. Los líderes locales que los apoyan le proporcionan a la propuesta el grado necesario de viabilidad política</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaborar una política de estímulo y motivación a través de un proceso participativo ❖ Organizar un proceso de educación permanente en servicio a partir de los siguientes temas generadores: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Agenda Local XXI como paradigma del desarrollo local en el próximo milenio ➤ Promoción de la salud en el escenario comunitario con énfasis en comunidades saludables y escuelas promotoras de la salud ➤ Liderazgo, negociación, relaciones interpersonales positivas y conducción de grupos de trabajo, sistematización de experiencias y técnicas de visualización ➤ Metodologías de análisis participativo de problemas ➤ Temas técnicos tales como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neumonía ▪ Lactancia materna ▪ Control de desarrollo del niño ▪ Estimulación psicomotora y afectiva del niño ▪ Diarreas ▪ IRA ▪ Desnutrición ▪ Vacunas

Lecciones aprendidas	Recomendaciones
<p>Es necesario sistematizar y socializar las experiencias de ejecución del proyecto e implementar con las mismas una estrategia de mercadeo social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar un vídeo (mínimo 15, máximo 45 minutos) de la practica comunitaria de vigilancia y educación nutricional en las siguientes comunidades: Campo Dos, Palmerola, Zacate Blanco, Planes de Cabañas, La Pena, Camalote Dos, Huerta, El Varillal y Palo Blanco ❖ Elaborar una publicación con estilo periodístico y testimonial de la experiencia en las comunidades mencionadas ❖ Promover una publicación periódica acerca de las actividades del proyecto ❖ No olvidar “devolver” a las comunidades esta sistematización de experiencias utilizando una metodología interactiva ❖ Presentar y debatir con el personal gerencial y de campo del proyecto los resultados de esta evaluación ❖ Preparar y promover intercambio de experiencias a través de visitas entre comunidades en desarrollo y comunidades desarrolladas ❖ Utilizar todos lo medios posibles para “vender” los beneficios y actividades del proyecto en el escenario comunitario: publicidad radial y en sitios de concentración de personas, por ejemplo escuelas, reuniones de padres de familia, reunión de patronato, reuniones de peso de los niños, reuniones de juntas locales de agua, asambleas comunitarias por diferentes razones

Photo 9: Vigilante de peso comunitaria e imágenes de material de apoyo



Lecciones aprendidas	Recomendaciones
<p>Las capacitaciones representaron un eje destacado de la ejecución del proyecto, pero adolecieron de fallas organizativas y metodológicas que disminuyeron el impacto de la inversión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es necesario estandarizar los procesos de capacitación por temas de interés en lo que se refiere a los contenidos pedagógicos, las estrategias educacionales, el material didáctico y de apoyo para los agentes comunitarios de salud ❖ Hay que dotar de un set homogéneo de material didáctico de apoyo para los agentes comunitarios acerca de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neumonía ➤ Lactancia materna ➤ Control de desarrollo del niño ➤ Diarreas ➤ Iras ➤ Desnutrición ➤ Vacunas ❖ Incorporar nuevos temas de capacitación, tales como: liderazgo y negociación, integración y conducción de grupos humanos, ❖ Organizar y utilizar otras estrategias de capacitación en el puesto de trabajo, tales como educación permanente y supervisión capacitante, tanto para el personal comunitario como de la unidad ejecutora ❖ Utilizar nuevas técnicas de capacitación, mas dinámicas, participativas e interactivas, para hacer los talleres más "amigables". Ver ejemplos en el anexo de este documento ❖ Establecer un modelo de solicitud de taller, de programa de capacitación y de informe de la actividad, que incluya una evaluación por parte de los participantes y una exploración ex-ante y ex-post de conocimientos ❖ Elaborar una memoria anual de las capacitaciones y " devolvérsela" a las comunidades ❖ Organizar una base de datos de capacitadores por temas específicos y definir criterios de selección y estrategias de evaluación de los "docentes" ❖ Promover a los mejores agentes de salud comunitarios a la condición de auxiliares docentes en las actividades de capacitación ❖ Establecer un sistema de control de calidad de los procesos de capacitación

Lecciones aprendidas	Recomendaciones
<p>Los FCM no son suficientemente elásticos para ser al mismo tiempo fondos, redes y monitores de nutrición. Forzar su elasticidad puede desnaturalizarlos y hacerlos perder su contribución específica al desarrollo de la salud comunitaria. Considerarlos como puertas de entrada para implementar otras estrategias es válido, pero las otras estrategias deben tener conceptos, metodologías y técnicas específicas. Lo que es bueno para el FCM no es bueno para todo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los conceptos de red y el sistema de vigilancia y educación nutricional deben desarrollarse como propuesta desde el punto de vista conceptual, metodológico y técnico, al menos, al mismo nivel, por ejemplo del "Manual de Comités / Fondos Comunales de Medicamentos". En el caso del sistema de vigilancia y educación nutricional puede decidirse utilizar el modelo de AIM-C que esta implementando la Secretaria de Salud
<p>Desarrollar aspectos conceptuales, metodológicos y técnicos requiere asistencia técnica, muchas veces externa. Si esta necesidad no se detecta a tiempo y no se plantea es imposible negociar la posibilidad de recibirla. Por otro lado, mantener esta situación es condenar al proyecto a resultados cuyo nivel de desarrollo es empírico, tal y como paso con algunos de los resultados esperados cuya base eran estudios, sistemas o componentes técnicos críticos. Muchos "supuestos" en este sentido no fueron explícitos y se convirtieron en factores externos que afectaron la ejecución del proyecto. En el caso de algunos resultados esperados, estos supuestos no explícitos acerca de capacidades técnicas se comportaron como "supuestos fatales"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer un mapa de necesidades para la obtención de productos técnicos. ❖ Discernir si estas necesidades pueden ser satisfechas con el personal de operación del proyecto o requieren apoyo adicional ❖ Identificar las fuentes de apoyo adicional y evaluar disponibilidad y oportunidad ❖ Reflexionar de nuevo acerca de los compromisos técnicos adquiridos y reevaluarlos antes de aceptar compromisos ❖ Definir los supuestos externos que van a permitir obtener los productos técnicos previstos ❖ Establecer alianzas con universidad o escuela de medicina, enfermería y/o nutrición para desarrollar los modelos / sistemas y sus aspectos conceptuales, técnicos y metodológicos ❖ Se podría considerar la posibilidad de convertir el proyecto en una iniciativa interagencial de la comunidad donante existentes en el país

Lecciones aprendidas	Recomendaciones
<p>El escenario comunitario tiene diversos protagonistas. Algunos de ellos trabajando en temas similares o colindantes con los temas que el proyecto abordó. El dispositivo para colocarlos trabajando en colaboración y no en competencia no fue claramente establecido. Aunque se ha hablado de una red de agentes comunitarios de salud no se ha especificado la necesidad de una red de protagonistas locales para el desarrollo de la salud en el escenario comunitario, que pudiera tener diferentes ejes de intervención de acuerdo a los diversos intereses y necesidades</p>	<p>Utilizar el concepto de comunidades saludables para establecer una red local de protagonistas para el desarrollo de la salud en la comunidad, e incorporar esta red en como parte de los resultados esperados del futuro proyecto. Esta red tendría como propósito principal fomentar la promoción de la salud en el escenario local con énfasis en diferentes aspectos de seguridad alimentario nutricional, a través de la identificación de áreas generadoras de políticas saludables, la construcción de entornos sanos, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales para la salud y la reorientación de los servicios tradicionales de salud hacia la promoción, entre otros.</p> <p>Explotar más el escenario escolar como un escenario privilegiado para la promoción de la salud, utilizando el enfoque de escuelas promotoras de la salud.</p>
<p>La unidad ejecutora no ha tenido la oportunidad de comparar la experiencia desarrollada con otras experiencias de similares de promoción de redes de agentes comunitarios, VEN y FCM que se están desarrollando en el país</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organizar una visita o taller de intercambio de experiencias con las Unidades Comunitarias de Salud (UCOS) que se están implementando en el Dpto de Santa Barbara, para obtener un "mapa" de semejanzas y diferencias, ventajas y desventajas, de ambas prácticas comunitarias

Visiones del futuro

Escenario pesimista

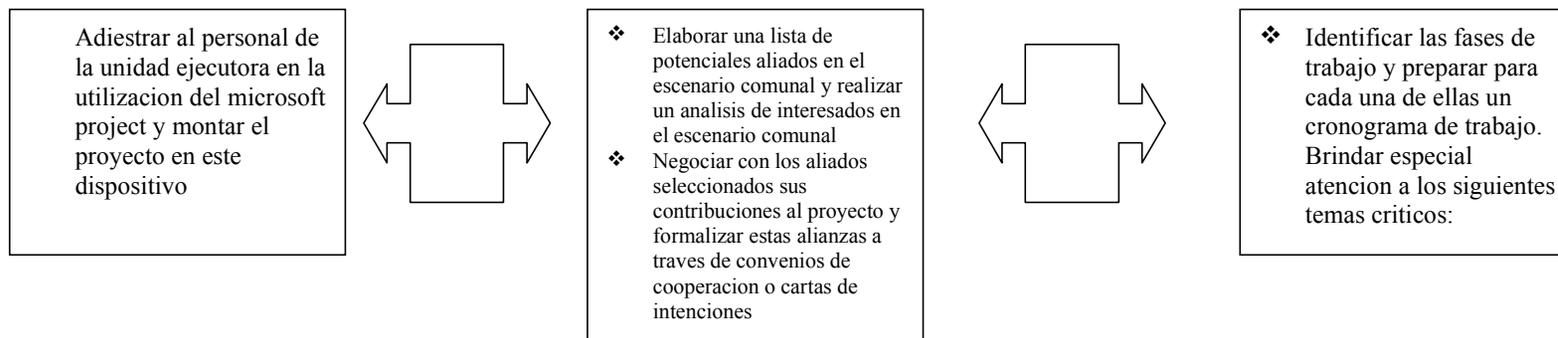
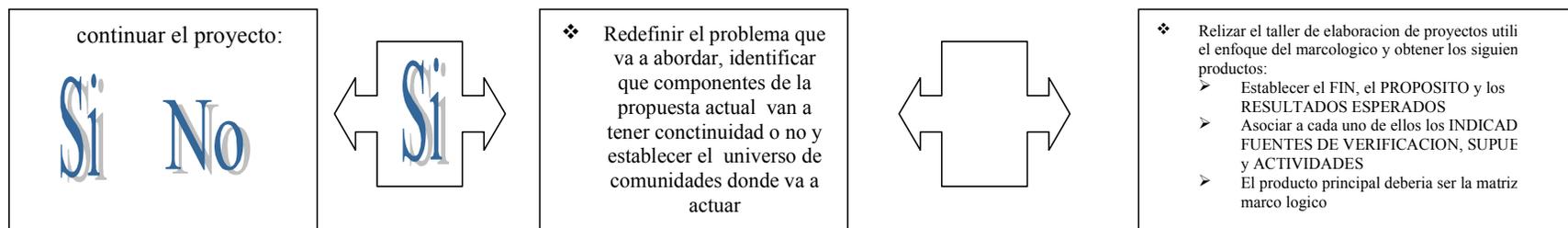
UNICEF y PRODIM dan por concluida su colaboración alrededor de los temas abordados por el proyecto. UNICEF mantiene el interés pero busca otros aliados en términos de OPD para poner en práctica una propuesta similar en otros territorios del país. Por su parte, PRODIM busca y encuentra otros inversionistas sociales interesados en los contenidos del proyecto original y se reinicia otro ciclo de intervención similar al anterior en las mismas comunidades o en otras donde PRODIM posea área de influencia. Las lecciones aprendidas y las recomendaciones emitidas por esta evaluación no se toman en cuenta por ambas instituciones. Predomina por ambas partes la tendencia a la inercia y a la consecución de recursos para reproducir experiencias similares, sin pretender saltos de calidad en el plano conceptual, metodológico y técnico de la propuesta, ni en los procesos de conducción, seguimiento y evaluación de la intervención. En este escenario el proyecto no evoluciona.

Photo 10: Red de Agentes Comunitarios de Salud



Escenario optimista

UNICEF y PRODIM debaten las lecciones aprendidas y recomendaciones de esta evaluación. Organizan un conservatorio con el consultor a cargo de la evaluación y otros protagonistas interesados, con el objetivo de intercambiar impresiones acerca del producto de la consultoría y enriquecer la misma, de manera informal, con otros puntos de vista e información proveniente de otras fuentes. El clima del encuentro es estimulante y constructivo para todas las partes, se evita al máximo la actitud de “jurado” y se discuten los diferentes puntos de vista con altura, responsabilidad y transparencia. Un concepto nuevo del proyecto basado en la iniciativa de “comunidades saludables” o “comunidades amigas de la niñez”, surge a partir de la discusión y comprensión de las lecciones aprendidas durante estos años de operación. Seleccionan un grupo de recomendaciones que han surgido a partir del debate como las más pertinentes de acuerdo a las condiciones del país y esbozan un programa de trabajo para reelaborar la propuesta. La nueva propuesta se elabora utilizando el enfoque del marco lógico. Especial énfasis tendría la identificación de indicadores, fuentes de verificación y supuestos de operación para la jerarquía de objetivos propuestos, tanto como la identificación de necesidades de asistencia técnica directa para la obtención de objetivos específicas y la construcción de alianzas con otros protagonistas locales en el área de intervención. La selección del gerente y el equipo del proyecto responde a un proceso cuidadoso de selección. Con ellos se realiza una sesión especial de presentación y discusión de la propuesta del proyecto y se establecen con claridad meridiana los ámbitos de la responsabilidad gerencial que asumen. Para cada resultado esperado se hace un análisis exhaustivo de las actividades necesarias para alcanzarlo y de los supuestos que subyacen en su hipotética consecución. Las líneas de base para conocer los nuevos puntos de partida se construyen, igualmente, de previo se establecen los puntos de corte e identifican los recursos necesarios para hacerlo. El proyecto se ejecuta por fases tanto en lo que se refiere a los objetivos técnicos como a la cobertura de las comunidades. Después de cada fase se hace un balance de lo alcanzado, se identifican las lecciones aprendidas y se planifica la fase siguiente. Al concluir el ciclo de operación del proyecto se realiza una evaluación y se prepara una memoria del proyecto. En el proceso de ejecución del proyecto se brinda una atención especial a la sistematización de las experiencias y a la documentación – evidencias – de los resultados alcanzados. Al concluir el nuevo ciclo de operación, el proyecto presenta un grupo de contribuciones al desarrollo de la salud comunitaria en el país, tanto en el plano conceptual, como en lo que se refiere a aspectos metodológicos y técnicos. Algunas de las contribuciones específicas tienen que ver con una metodología de trabajo comunitario, un sistema comunitario de vigilancia y educación nutricional, una metodología de organización y funcionamiento de redes comunitarias de agentes de salud y de protagonistas locales a favor de la salud en el escenario comunitario, y una experiencia consolidada de desarrollo de aspectos de seguridad alimentario nutricional en las comunidades.



- Incorporar a los promotores en la fase de preparacion del proyecto y debatir con ellos el producto final
- Elaborar una lista de productos coneptuales, metodologicos y tecnicos e identificar las posibles fuentes de asistencia tecnica, explorando tiempos y oportunidad. Presentar esta agenda de trabajo para el desarrollo de productos tecnicos a la agencia auspiciadora con anticipacion suficiente y concertar acerca de ella, dejando constancia escrita de los acuerdos alcanzados en este sentido
- Estimar los tiempos y la oportunidad de los flujosde caja de la agencia auspiciadora. Tratar de “calzar” al maximo financiamiento y ejecucion.
- Evitar que las fases de ejecucion del proyecto se distancien execivamente
- Identificacion de temas de capacitacion y el desarrollo de propuestas estandard
- Preparar un boceto del sistema de informacion a ser utilizado
- Realizar reuniones periodicas de evaluacion. Preparar de previo, en colaboracion con la agencia auspiciadora, un formato de evaluacion

Que hacer de inmediato?...decisiones globales sugeridas

Anexos

Anexos

Documento base del proyecto

Personas entrevistadas y grupos focales de análisis

Personas entrevistadas⁴⁹

Nombre	Cargo
Dr. Sadith Cáceres	Director Ejecutivo, PRODIM
Dra. Norma Aly	Coordinadora del Proyecto
Lic. En Enfermería Hilda Suazo	Coordinadora de la subse de PRODIM en Comayagua
Maestro Mauricio Alvarado	Promotor, PRODIM
Bachiller en Promoción Social, Fredy Ríos	Promotor, PRODIM
Sr. Juan Capistran Benítez	Alcalde, Municipio de Cabañas, Dpto. De La Paz
Sr. Víctor Santiago Ventura	Alcalde, Municipio de Sta. Helena, Dpto. De La Paz
Sra. María Santiago Jiménez	Consejera del FCM, partera y guardiana de salud de la comunidad de Planes de Cabañas
Sr. Santos Margarito Pineda	Consejero de FCM, monitor de peso y guardián de salud

Grupos focales de análisis

Comunidad	Integrantes
La Tablazon ⁵⁰ 30 Kms	Reyna Fuentes Guzmán Consejera suplente del FCM Ismael Reynerio Arias Tesorero del FCM

⁴⁹ Mi agradecimiento por haber compartido conmigo sus historias en el proyecto. Fueron la base para construir el entendimiento y el conocimiento que me permitieron llevar a feliz término esta consultoría

⁵⁰ Distancia a la ciudad de Comayagua

	<p>Rubidia Garcia Partera Mayling Edelia Chirino Fiscal del FCM Elia Petrona Galea Partera Ilsa Arias Velásquez Partera Lesbia Arias Monitora de peso Edgardo Velásquez Presidente del FCM</p>
<p>Trapichito 20 Kms</p>	<p>Augusto Garcia Consejero del FCM, guardián de salud, colaborador del programa de malaria Filomena Sánchez Secretaria del FCM y colaboradora del programa de malaria</p>
<p>Palo Blanco 20 Kms</p>	<p>Alma Suyapa López Acosta Consejera del FCN, partera, colaboradora voluntaria del programa de malaria Maria Tesla Acosta Torres Partera Gloria Ma. Cáceres Monitora de peso</p>

Comunidad	Integrantes
Campo Dos 60 Kms	Carmen Valenzuela Consejera del FCM Carmen Hernández Monitora de peso, secretaria del FCM Victoria Ulloa Partera Linda Bid Mencia Monitora de peso Francisco Ulloa Tesorero del FCM
Las Lajas 70 Kms	Carmen Zuniga Consejera del FCM Milton Zuniga Secretario del FCM Calixto Cáceres Vicepresidente del FCM
Palmerola 13 Kms	Caridad Alvarado Consejera del Fondo y monitora de peso Lily Zuniga Monitora de peso Margarita Mejia Partera, guardiana de salud, colaboradora voluntaria de malaria, monitora de peso Dominga Santos Partera
El Varillal 20 Kms	Digna Almendárez Cantero Monitora de peso Catavino Basquees Fiscal del FCM José Estanislao Melendez Presidente del FCM, voluntario de salud publica Reyna Betulia Chavez Partera Gloria Consuelo López Monitora de peso

Comunidad	Integrantes
Camalote Dos 45 Kms	José A. Vasquez Morales Presidente del FCM Lidia Marina Nicolás Secretaria Rafael Enrique Hernandez Tesorero José Amilcar Fiscal Juana Esperanza Nicolás Consejera, monitora de peso y guardiana de salud Ana Regina Galea Monitora de peso Melba Elvira Mendoza Monitora de peso
La Pena 35	Carlos Vicente Guerrero Presidente FCM Belinda Gricelda Suazo Secretaria Lorenzo Suazo Tesorero Mario Medina Fiscal Ester Medina Consejero del FCM, monitora de peso Ana Rosa Jirón Consejera del FCM y guardiana de salud María Elisa Suazo Monitora de peso Yolanda Isabel Osorio Monitora de peso Cecilia Madril Partera Hilda Teresa Murillo Partera
Planes de Cabañas 130 Kms	No hubo grupo focal, solamente entrevista con la Sra. María Santiago Jiménez
Los Patios 150 Kms	No hubo grupo focal, solamente entrevista con la Sr. Santos Margarito Pineda

Lista parcial de material de apoyo encontrado para el trabajo de salud comunitaria

- ❖ *Fondos Comunales de Medicamentos / Manual de Comités.* Secretaria de Salud - Honduras / UNICEF / PRODIM
- ❖ *Manual de Consejeros del Fondo Comunal de Medicamentos.* Secretaria de Salud – Honduras / OPS-OMS / UNISA / UNICEF
- ❖ *Conceptos básicos de Nutrición..* Secretaria de Recursos Naturales - Honduras / Programa de extensión
- ❖ LUPE – CARE / ONGs
- ❖ *Alimentación del niño menor de 2 años con enfermedad diarreica aguda.* UNICEF
- ❖ *Alimentación de la mujer embarazada.* UNICEF
- ❖ *Preparación y conservación de alimentos.* UNICEF
- ❖ *Hacia una feliz lactancia materna / Texto practico para profesionales de salud.* Ministerio de Salud / UNICEF
- ❖ *Manual de Salud Reproductiva para personal voluntario.* Asociación Save de Children de Honduras
- ❖ *Curso de AIN Comunitario para personal institucional / Manual del participantes / Guías de trabajo.* Secretaria de Salud Publica – Honduras / USAID / BASICS
- ❖ *Atención Integral a la Niñez en la comunidad / Manual del monitor y monitora de AIN.* Secretaria de Salud Publica – Honduras / USAID / BASICS

Ventajas y desventajas de las balanzas utilizadas para pesar a los niños⁵¹

Tipo de balanza	Ventajas	Desventajas
De pie (digital)	<p>Pesa en serie. Una madre puede pesar todos los niños</p> <p>Calcula automáticamente el peso del niño</p> <p>Permite pesar niños y adultos</p>	<p>Afectadas por el clima. En climas húmedos y fríos no funciona inmediatamente. Es necesario "calentarlas" en un fogón o con una lámpara.</p> <p>Manejo complicado para el personal comunitario. Al personal se le dificulta programarla para que pese en serie. Usualmente la utilizan como una pesa común y corriente, realizando el cálculo manualmente o auxiliados por una calculadora</p> <p>No puede utilizarse en cualquier lugar. Necesita un terreno firme y plano</p> <p>La batería se gasta en el tiempo determinado y no se puede utilizar posteriormente</p> <p>Sensible al agua. Si se moja deja de funcionar, y muchos lugares son lugares lluviosos y húmedos</p>

⁵¹ Elaboración propia a partir de entrevista con el Maestro Mauricio Alvarado, Maestro Mauricio Alvarado, Promotor PRODIM

Tipo de balanza	Ventajas	Desventajas
De reloj (de colgar)	<p>Se puede usar en cualquier lugar donde se pueda colgar</p> <p>Da el peso exacto del niño sin necesidad de programarla</p> <p>Fácil manejo para el personal comunitario</p> <p>Fácil de interpretar</p>	<p>Solo pesa hasta 25 Kgs</p> <p>Lleva más tiempo para pesar un niño</p> <p>Necesita inducción, si no al niño puede darle miedo</p> <p>Debe ser calibrada antes de cada jornada de peso. Si al consejero se le olvida se alteran los resultados</p> <p>Necesita como equipo adjunto un "calzón" para pesar al niño</p>

Ejemplos sugeridos de dinámicas interactivas de presentación y evaluación de talleres de capacitación ⁵²

Dinámicas de presentación

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
LAS PAREJAS	Se distribuyen parejas de dibujos: animalitos, plantas, objetos, etc. Para que los participantes busquen su pareja imitando el dibujo y conversen 5 minutos acerca de sí mismos/as para luego presentarse en plenario uno al otro.	La dinámica se puede utilizar para introducir el tema principal, ya que para la presentación se pide que conversen sobre dos o tres aspectos claves para él/ la facilitadora, además de sus datos personales y esta información se toma en papelógrafo.	Dibujos hechos en cartulina o papel.
LAS/LOS CONEJITOS	Los participantes se colocan en círculo y el/la facilitadora tira la pelota hacia atrás y a quien le caiga se presenta y tiene que dar tres saltitos.	Es muy útil cuando las personas se resisten a conversar entre sí, inicialmente.	Pelota
EL CARTERO	Se reparten papelitos de colores a cada participante y se colocan en círculo, giran varias veces en el mismo lugar y el/la facilitadora inicia entregando una carta oral de bienvenida diciendo: Traigo una carta para.....(la persona que elige visualmente) ésta se presenta y el juego sigue hasta terminar la presentación.	La técnica también puede utilizarse para generar información, ya que cada uno se presenta y además de sus datos personales puede hablar sobre aspectos que la facilitadora haya solicitado antes de la presentación.	Humanos Papelitos de colores.
CANASTA REVUELTA	Se reparten papelitos con el nombre de una fruta a cada participante, después se colocan en círculo y el/la facilitadora dice: “Canasta revuelta para...” (el nombre de alguna fruta), todo mundo gira y quien tenga el nombre de esa fruta se presenta y así hasta terminar.	Es muy útil para dinamizar desde el inicio cualquier taller.	

⁵² Estas dinámicas han sido creadas por la Lic. Ana Sonia Recinos, metodóloga

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
LA MEDIA NARANJA	Se reparten refranes entre los participantes en dos partes: La primera parte del refrán a uno y la segunda parte a otro, de manera que se buscan por todo el salón para encontrar a “su media naranja” imitando la parte que le toca y después se presentan en parejas.	Los refranes pueden elegirse de manera que permitan reflexionar e introducir el tema del taller.	
EL ROMPECABEZAS	Se pinta un pliego o más pliegos de cartulina y según el número de participantes, se cortan los pedazos. Estos se reparten y cada quien pasa a colocar sobre la pared el pedazo que le tocó y se presenta a la concurrencia. Al final se ve si el rompecabezas está bien armado resultando muy divertido.	El hecho de armar el rompecabezas, une a la gente desde el inicio del taller y al mismo tiempo divierte, porque generalmente queda al revés.	Humanos Cartulina o cartón
LA CAPERUCITA ROJA	Los/las participantes se forman voluntariamente en grupos de tres y por espacio de 15 minutos conversan, se conocen y hacen su propia versión del cuento de la Caperucita Roja y cada quien asumiendo un papel, se presentan en plenario.	La dinámica sirve para abordar el tema de las relaciones familiares, donde cada integrante tiene diferente rol: padre, Madre, hijos.	Humanos
LA CESTA DE FRUTAS	Se dibuja una cesta en cartulina y se pega en la pared o pizarra. Se reparten dibujos de frutas en parejas y cada quien se busca imitando como se come la fruta y al encontrar su pareja conversan, se conocen, luego se presentan en pareja y pasan a pegar su fruta en la cesta.	La dinámica permite generar el tema de nutrición, así como para dinamizar desde el inicio.	Humanos Cartulina, crayolas, etc.

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
EL SOL Y LA LUNA	Se pide a los participantes que se formen en parejas y luego a cada pareja se le entrega un círculo de cartulina con el sol a un lado y con la luna al otro. La pareja elige la cara que le gusta y conversan, se conocen y abordan las preguntas que el/la facilitadora solicitó para después hacer su presentación.	Esta dinámica permite generar el tema de las relaciones familiares, donde hay que negociar y ponerse de acuerdo.	Humanos Cartulina, crayolas, etc.
LA TELARAÑA	Se colocan los/las participantes en círculo y el/la facilitadora se coloca en medio, teniendo en sus manos un bollo de mecate, el cual va tirando de espaldas y a quien le caiga se presenta, toma un pedacito, se da vuelta, lo tira y así hasta terminar la presentación que ha quedado hecha una red.	La dinámica también permite generar información, ya que anticipadamente se puede pedir a los/las participantes que aborden determinados aspectos a la hora de la presentación.	Humanos Bollo de mecate
LA GRANJITA	Se pide a cada participante que diga cuál es el animalito que más le gusta, después que todos lo han dicho se les pide que pasen uno por uno imitando al animalito y haga su presentación. Al final se pide que se levanten y recorran el salón e imite cada quien a su animalito y así forman La Granjita.		
MI CANCIÓN FAVORITA	Sin que los/las participantes sospechen se les dice que para entrar en calor, digan cuál es su canción favorita y quién la canta. Después se les pide que se presenten imitando al cantante y abordando las preguntas hechas por el/la facilitadora.	La dinámica permite generar un clima positivo y alegre para abordar cualquier tema, así como para reflexionar sobre el respeto que nos merecen las diferencias entre las personas.	

Dinámicas sugeridas para evaluar y finalizar los talleres

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
SALUDANDO CON EL CUERPO	Al final del taller se pide a los/las participantes que al compás de la música, caminen por el salón y se vayan saludando con la punta de los pies, la frente, los codos, las rodillas, las caderas, los talones, etc., así se van diciendo adiós.	La dinámica permite establecer contacto físico de manera sana y natural	Humano Grabadora Cassette
LAS CHIMBOMBAS	Se pide a los/las participantes que digan cuál es su color favorito y luego la persona con su color se convierte en una chimbomba como en las piñatas. El/la facilitadora dirige los movimientos de las chimbombas en la fiesta: arriba, abajo, izquierda, derecha, infladas, desinfladas, etc.	La dinámica es excelente para relajar después del Taller y genera un ambiente alegre.	Humanos
REGALANDO EL CORAZÓN	Colocados/as en círculo los/las participantes, entregarán un regalo simbólico de despedida a la persona que está a su derecha: deseos de bienestar, prosperidad, que encuentre cariño, etc. Los regalos irán pasando hasta completar el círculo.	La dinámica es excelente para el taller con ambas familias.	Humanos
EL CIEGO	Formados en parejas, los/las participantes juegan "al ciego". Uno es el guía y otro es el ciego. Todas las parejas se desplazan por el salón y cada guía cuida que su ciego no tropiece con nada ni nadie, luego intercambian de rol. Al final se comparte la experiencia en ambos roles: seguridad, inseguridad, etc.	La dinámica permite analizar la situación de otras personas, es decir, ponerse en el lugar de otro/a y comprender mejor su situación.	Humanos.

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
UN REGALO DE PAPEL	Sentados/as en círculo, los/las participantes rasgan papel periódico y con sus tiras elaboran un regalo: abanico, flor, etc. Y lo entregan a la persona que más les agradó en el taller.	La dinámica posibilita la reflexión acerca del cambio que podemos promover a nivel personal y familiar. Es excelente para cualquier tema.	Humanos
LA SEMILLITA	Colocados en círculo, los/las participantes dirigidos por el/la facilitadora, simulan ser una semillita en un zurco y se agachan. La voz del/la facilitadora dirige el crecimiento de la semillita hasta que se convierte en una hermosa planta mecida por el viento: le salen ramas, hojas, etc.	La dinámica posibilita la reflexión acerca del cambio que podemos promover a nivel personal y familiar. Es aplicable para cualquier tema.	Humanos.
EL ARBOL DE LA VIDA	Se dibuja un árbol en cartulina y se pega en la pared o la pizarra. Al final cada persona pasa a poner su nombre en la copa del árbol y transmite un pequeño mensaje de despedida. Con todos los nombres entre sus ramas y hojas, el árbol “genera vida”.	Esta dinámica también permite reflexionar acerca del esfuerzo personal y colectivo en busca de mejorar situaciones problemáticas.	Humanos, cartulina, marcadores.
LAS ESTATUAS BAILARINAS	Al compás de la música, los/las participantes bailan recorriendo el salón, dirigidos por el/la facilitadora; entonces la música se suspende y quedan convertidos/as en “estatuas”, luego se reinicia y se forman parejas de estatuas, después de tres en tres, etc. Hasta que todos/as, tomados/as de las manos forman un círculo de “estatuas bailarinas”.	Es una dinámica que facilita el acercamiento final y relaja después del taller.	Humanos Grabadora Cassette.

NOMBRE	MÉTODO	UTILIZACIÓN	RECURSOS
LA RED	Colocados/as en círculo los/las participantes atrapan un bollo de mecate que va tirando el/la facilitadora, quien está en el centro. El bollo se tira de espaldas y a quien le cae deberá decir un mensaje de cuatro palabras para despedirse y toma un pedacito del mecate y lo tira a otro. Así se procede hasta terminar el círculo, el cual queda como una red.	Esta dinámica es muy útil porque favorece la reflexión acerca de lo necesario/a que somos las personas en la vida de otros/as y viceversa. Es positiva para cerrar el taller sobre la importancia de la familia, la escuela y la comunidad.	Humanos Bollo de mecate.
LOS ESPEJOS	Una persona participante tiene que colocarse frente al grupo y mandar un mensaje de despedida con sus propios gestos. Los demás imitan cada movimiento como un espejo y al final del mensaje todos dicen qué es lo que quería decir el mensajero.	Esta dinámica es muy útil para trabajar las relaciones familiares positivas, ya que interioriza la importancia de la comunicación aún sin palabras, porque los gestos son importantísimos en el lenguaje afectivo.	Humanos
EL MENSAJERO DEL REY	Los participantes se sientan formando un círculo y el/la facilitador/a le transmite un mensaje de buena voluntad a la persona que tiene a la derecha y el mensaje recorre el salón hasta llegar a la última persona. Después de esto el mensaje es recitado en alta voz por cualquiera de los/las participantes.	La dinámica sirve para diversos temas, porque interioriza la importancia de irradiar actitudes positivas dondequiera que estemos.	Humanos
LA CAJITA DE PANDORA	En algún receso del taller se pide a los/las participantes que en un papelito escriban un mensaje donde regalan la flor que más les gusta, la canción favorita, el color preferido o alguna cosa que aprecien mucho, es decir, se regalan así mismos. Los papelitos van sin nombre, se doblan y se echan en una cajita. Al final del taller cada participante saca un papelito y recibe un regalo de despedido. Es opcional si la gente quiere identificarse como él /la remitente del regalo.	La dinámica sirve para cerrar cualquier taller.	Una cajita de cartón Papelitos.

La preparación de este documento fue
auspiciada por el Fondo de las
Naciones Unidas para la Infancia
UNICEF