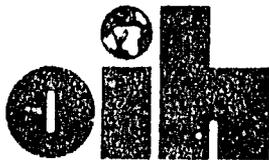


*File BOLIVIA : DRT +
Child Growth Monitoring
Project*

*TD APH-729
56451*

INTERNATIONAL NUTRITION UNIT
(INU)

TECHNICAL REPORT SERIES



OFFICE OF INTERNATIONAL HEALTH
PUBLIC HEALTH SERVICE
U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
ROCKVILLE, MARYLAND 20852

PROYECTO DE MEJORAMIENTO INFANTIL
CARITAS BOLIVIANA
INFORME DE EVALUACION DE PROGRESO

AGOSTO 24 - SEPTIEMBRE 4, 1987

Ana Maria Condori
Jose Luis Quiroga
Nancy Ventiades

*Jose O. Mora
Consultant
LTS/INU

*Prepared under a Resources Support Services Agreement (RSSA), funded by the Office of Nutrition, Bureau for Science and Technology, Washington, USAID, with the Office of International Health, USDHHS, through a subcontract with Logical Technical Services Corporation.

I. INTRODUCCION

El presente informe, resultado de un trabajo de evaluación del Proyecto de Mejoramiento Infantil ejecutado por CARITAS Boliviana, ha sido solicitado por CRS/Bolivia y CARITAS Boliviana de acuerdo al convenio OPG que establece: "una evaluación del proyecto en funcionamiento será de gran importancia para apreciar su impacto y para corregir las estrategias del proyecto a lo largo de los cuatro años".

Por su parte, las instituciones interesadas en la evaluación manifestaron que "la evaluación examinará las experiencias del pasado año y apreciará el progreso del proyecto en relación con sus objetivos, metodología y recursos. Suministrará información para facilitar las decisiones sobre el proyecto y a la vez puede identificar objetivos alternos, estrategias, metodologías y recursos para los períodos subsiguientes de la implementación del Proyecto".

Metodología de la Evaluación

El proceso evaluativo fue preparado en diferentes etapas de acuerdo a la siguiente descripción:

1. Revisión del "Plan de Evaluación: Campo de Acción", por miembros de CRS/Bolivia, CRS/Nueva York, CARITAS Boliviana, PRITECH y USAID/Bolivia.
2. Buscar el personal necesario para constituir el equipo de evaluación, selección de Curriculum, entrevistas personales y selección final.
3. Proporcionar a los evaluadores copias de los materiales y documentos de los antecedentes del Proyecto.
4. Reconfirmar, citas, viajes y otras actividades planificadas para los evaluadores.
5. Ejecución de la evaluación con visitas a CARITAS La Paz, CARITAS Corocoro y CARITAS Oruro, así como a grupos de beneficiarios en comunidades aledañas.

El equipo evaluador determinó su metodología de trabajo a partir de tres etapas de acción cuyo resultado apoyaría la precisión del presente informe.

Primera Etapa: Información Preliminar, realizada a dos niveles:

- a) Por entrevistas directas con las entidades participantes (CRS, CARITAS Boliviana y PRITECH) y otras entidades involucradas en la coordinación (CARITAS Diocesanas, Ministerio de Salud, USAID, UNICEF y los Sres. Obispos de las tres diócesis del Area I).

b) Traducción y revisión de material documental entregado por las entidades participantes. Diseño del informe y elaboración de guías de entrevista para los diferentes niveles operativos.

Segunda Etapa: Visitas y Entrevistas a las Socias de los Centros de Madres. Entrevistas a promotoras, coordinadores de campo y responsables. Observación de cursos de capacitación.

Tercera Etapa: Análisis y Elaboración del Informe.

Dificultades Encontradas

Consideramos que uno de los factores que más afectó el desarrollo de las actividades fue el corto tiempo previsto para el mismo que no permitió ampliar el número de entrevistas y visitas a las comunidades. Otra dificultad constituyeron los documentos en inglés que requirieron un doble esfuerzo en traducción y análisis.

Finalmente, no estaba en el ámbito de la evaluación el análisis de la situación contable; sin embargo, no pudimos conocer en detalle todos los presupuestos por el cual fue imposible analizar los aspectos financieros y estimar los costos por beneficiario en la primera fase del proyecto.

Contenido del Informe

El presente informe está dividido en los siguientes capítulos:

- I. Introducción
- II. Descripción General del Programa
- III. Nivel de Ejecución Actual
- IV. Resultados de la Evaluación
- V. Conclusiones y Recomendaciones
- VI. Anexos.

II. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

El Proyecto de Mejoramiento Infantil fue concebido como una estrategia para aprovechar la infraestructura de Centros de Madres organizada por CARITAS Boliviana para el reparto de alimentos en la zona rural desde hace más de 30 años, con el fin de introducir actividades de capacitación dirigidas a promover la prevención y control de la enfermedad diarreica aguda infantil, especialmente la terapia de rehidratación oral (TRO), y la vigilancia periódica del crecimiento de los niños con el uso del Carnet de Salud diseñado por el Ministerio de Salud.

La estrategia está ampliamente justificada, no solamente como una forma potencialmente efectiva de promover el control de la enfermedad diarreica y la vigilancia del crecimiento infantil a través de organizaciones propias de la comunidad, sino también como un mecanismo para diversificar las actividades de los Centros de Madres, y desligarles, en lo posible, de su crónica dependencia de las donaciones de alimentos.

Esto motivó particularmente a CARITAS Boliviana para interesarse en el Proyecto, además de la posibilidad de obtener apoyo financiero de USAID, directa o indirectamente. En realidad la estrategia coincide con una vieja preocupación de Caritas por transformar sus Centros de Madres en verdaderos motores o agentes de cambio y de promoción de autogestión y desarrollo comunitario. De hecho CARITAS ya estaba realizando diversas actividades integrales de promoción social en la mayoría de los Centros, con dos promotoras sociales por cada Centro orientadas y coordinadas por la unidad diocesana de promoción social, además de algunas actividades no bien sistematizadas de vigilancia del crecimiento infantil.

El proyecto fue originalmente diseñado por un equipo de consultores internacionales contratados por USAID/Bolivia y PRITECH, quienes a comienzos de 1985 produjeron un documento básico planteando una estrategia para promover y difundir el control de la enfermedad diarreica y la terapia de hidratación oral. Posteriormente se adicionó el componente de vigilancia del crecimiento infantil, a sugerencia de CRS. Con base en dicho informe, representantes de USAID/Bolivia, PRITECH y CARITAS elaboraron un documento de programación que sirvió luego de base a las negociaciones entre las instituciones. Desafortunadamente, estas negociaciones se hicieron sin la participación de una contraparte técnica de CARITAS (la representante original de CARITAS fue contratada por PRITECH y pasó a representar a este grupo en las negociaciones entre septiembre de 1985 y marzo de 1986); por otra parte, la financiación de USAID/Bolivia fue condicionada a la imposición de PRITECH como grupo técnico y de CRS como intermediario financiero, esto último debido a la imposibilidad de que PRITECH pudiera recibir la totalidad de los fondos porque sobrepasaba el límite de financiación que le estaba permitido manejar.

Como se verá más adelante, estas condiciones especiales en las cuales se acordaron los convenios inter-institucionales han tenido repercusiones negativas en la marcha del Proyecto, al generar conflictos institucionales que se han tratado de subsanar a base de buenas relaciones interpersonales.

El propósito del Proyecto, según el acuerdo de donación firmado a fines de 1985 entre USAID/Bolivia y CRS, es reducir la mortalidad infantil y del niño mediante la introducción de un programa de terapia de rehidratación oral y vigilancia del crecimiento infantil en 1.800 Centros de Madres de CARITAS en Bolivia. Las metas del Proyecto fueron establecidas en el mismo documento así:

a) 50% de las socias en el Area I, 30% en el Area II y 10% en el Area III serán capaces de preparar y administrar correctamente la solución de rehidratación oral, alimentar adecuadamente a sus niños durante los episodios diarreicos, enumerar tres signos indicativos de que el niño requiere atención médica durante el episodio de diarrea, y serán capaces de utilizar adecuadamente el carnet de salud infantil para determinar el estado nutricional de sus niños.

b) Al finalizar el proyecto, el 25% de las madres de todas las áreas usarán la rehidratación oral, ya sea las sales en sobres (SRO) ó el suero casero, para tratar la diarrea de los niños en el hogar.

De acuerdo con el Plan Operativo elaborado por CARITAS Boliviana en noviembre de 1985, los objetivos del Proyecto son:

1. **General:** Mejorar el nivel nutricional y de salud de la población menor de 5 años beneficiaria del Programa Título II de la PL-480.

2. **Específicos:**

- Establecer un sistema de capacitación continua en higiene, nutrición y salud para Centros de Madres.
- Implementar un sistema de tratamiento de rehidratación Oral en Centros de Madres beneficiarias del Programa Título II, basado en SRO y suero casero.
- Implementar el sistema de vigilancia nutricional mediante el uso del Carnet de Salud.
- Velar por el uso correcto de los alimentos donados en la población objetivo.
- Implementar un sistema de recolección e información de datos confiable sobre mortalidad, morbilidad y nutrición de niños de Centros de Madres.

Las metas establecidas en el mismo documento son las siguientes:

- Lograr que el 50% de las madres del proyecto conozcan correctamente tres signos de deshidratación.

- Lograr que el 50% de las madres puedan preparar apropiadamente, tanto los sobres como el suero casero.
- Lograr que 50% de los Centros de Madres de la Cáritas Diocesana utilicen correctamente el Carnet de Salud oficial en un periodo de 4 años.
- Lograr que el 60% de los Centros de Madres, tengan nociones correctas sobre:
 - Alimentación materna
 - Alimentación del niño menor de 1 año
 - Alimentación de otras etapas de la vida
 - Higiene personal y de alimentación
 - Preparación adecuada de los alimentos donados
- Lograr que el 50% de las madres de Centros de Madres conozcan la importancia del esquema de vacunación completa.

La población objetivo del proyecto se estimó en aproximadamente 120.000 mujeres socias de 1.800 Centros de Madres de CARITAS y sus aproximadamente 240.000 hijos menores de 5 años, para un total de 360.000 beneficiarios. Se supone que estas mujeres, participantes en el Programa de distribución de alimentos, representan el grupo más pobre y a mayor riesgo de desnutrición en cada comunidad. Esto no es fácilmente comprobable, sin embargo, porque cada Centro tiene su propio reglamento y requisitos de admisión (no todas las madres con niños menores de 5 años pueden ser socias) y, por otra parte, la selección de beneficiarios para el programa de alimentos con frecuencia se hace por la respectiva unidad sanitaria del Ministerio de Salud, con criterios no muy claros ni uniformes.

El eje de las actividades del proyecto está constituido por una serie escalonada de cursillos de capacitación desde el nivel central hasta el diocesano, las promotoras y las madres, en tres áreas específicas: prevención y control de la enfermedad diarreica, con énfasis en la terapia de rehidratación oral (TRO); vigilancia del crecimiento del niño y uso del carnet de salud; y alimentación y nutrición infantil. La capacitación se complementa con el suministro gratuito de sobres de hidratación oral (donados por UNICEF) a las madres, y la provisión de elementos de trabajo para los Centros y promotoras, con el fin de realizar regularmente la vigilancia del crecimiento del niño (balanzas tipo Salter, cintas métricas y carnets de salud) y la capacitación a las madres (materiales educativos).

Se han previsto mecanismos de supervisión de la capacitación a los diferentes niveles, especialmente del trabajo de las promotoras con las madres, así como el funcionamiento de un sistema de información que permita el monitoreo, control y seguimiento de las actividades del Proyecto, y su evaluación.

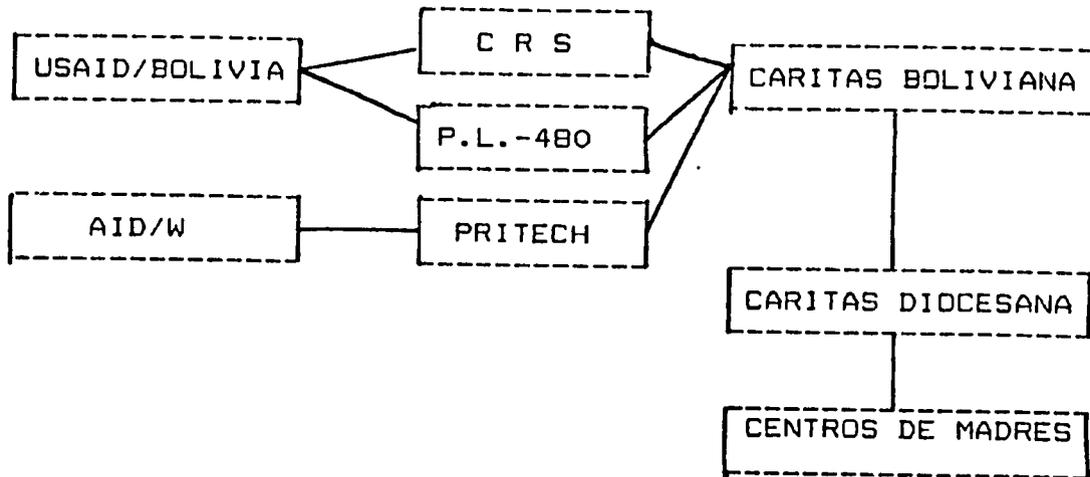
El Proyecto se ejecuta íntegramente por CARITAS Boliviana, con el financiamiento de USAID/Bolivia, la supervisión y control financiero de CRS, y el apoyo técnico y económico de

PRITECH. La financiación de USAID/Bolivia se hace en forma indirecta para cuatro años, así: US\$ 436.000 (recientemente incrementados en US\$ 300.000) por intermedio de CRS, y US\$ 392.000 a través del Programa PL-480, administrado por el Gobierno Boliviano. El aporte de PRITECH, cuyo presupuesto actual se desconoce, al parecer para los dos primeros años asciende a US\$ 310.000 provenientes de AID/Washington, más US\$ 100.000 adicionales asignados recientemente para un tercer año por USAID/Bolivia directamente a PRITECH. A pesar de la insistencia de CARITAS Boliviana, PRITECH se ha negado sistemáticamente a informar en detalle sobre su presupuesto (igual respuesta se le dió al equipo de evaluación), por lo cual no se conoce el monto de la ayuda económica que PRITECH ha aportado hasta la fecha.

Las relaciones inter-institucionales se establecieron mediante una carta de entendimiento entre CARITAS Boliviana, CRS/Bolivia, USAID/Bolivia y PRITECH, en la cual se establecen, en términos generales, las responsabilidades de cada institución: CARITAS como entidad ejecutora, CRS como institución intermediaria para la transferencia de fondos de USAID a CARITAS, USAID/Bolivia como entidad financiadora, y PRITECH como grupo de apoyo técnico. También se firmó un convenio CARITAS/USAID en relación con los fondos de PL-480.

La operación misma del Proyecto es efectuada por CARITAS a través de un equipo central constituido por un Coordinador General del Proyecto (Dr. Javier Espíndola), un Comunicador Social (Prof. Cornelio Ballesteros) y personal de apoyo de planta (Operador de Computador, Secretaria, Contador) y a contrato temporal (Analista de Sistemas, Dibujantes, etc.), con apoyo técnico de dos personas de PRITECH (Sr. Curt Schaeffer y Dra. Ana María Aguilar). En cada una de las diócesis el Proyecto tiene un Responsable Diocesano y 4 Coordinadores de Campo encargados de la capacitación y supervisión, así como Promotoras voluntarias (una en cada comunidad, seleccionada por el respectivo Centro de Madres), y quienes se responsabilizan de la capacitación de las madres y de la vigilancia del crecimiento de los niños. Algunas promotoras reciben de una a tres raciones mensuales de alimentos como incentivo.

La organización del Proyecto se puede esquematizar así:



El proyecto se planeó para ser ejecutado en tres áreas en fases sucesivas de dos años cada una, con superposición de un año, así: la primera fase cubriría el altiplano (Diócesis de La Paz, Corocoro, Oruro y Prelatura de Patacamaya), la segunda el valle (Diócesis de Sucre, Potosí y Cochabamba), y la tercera los llanos (Diócesis de Santa Cruz, Trinidad y Tarija). De acuerdo con la reformulación recientemente aprobada por USAID, se agregaron las Diócesis de Coroico en el Area I y Aiquile en el Area II. Cada fase comprende dos años, uno de implementación y uno de seguimiento, así:

Area I : 1986-1988
 Area II : 1987-1989
 Area III: 1988-1990

Se espera que al término de la financiación de USAID el proyecto pueda autosostenerse o ser financiado directamente por CARITAS. El apoyo de PRITECH, originalmente previsto por dos años (1985-1987) ha sido extendido recientemente por un año más hasta 1988, con financiación de USAID/Bolivia. El proyecto comenzó a implementarse hace un año.

III. NIVEL DE EJECUCION ACTUAL

El proyecto en su implementación comenzó el mes de Julio de 1986 en el Area I compuesta por tres Diócesis (La Paz, Corocoro y Oruro), con un total de 542 Centros de Madres participantes que significó el 44.8% del total de 1.208 centros existentes en el área. Según los datos suministrados por las Diócesis, el número de Centros de Madres que participan en el proyecto, es el siguiente:

	Nro. Total de Centros por Diócesis	Nro.Total de Centros que participan	Porcentaje sobre el total de Centros
	-----	-----	-----
La Paz	468	182	38.8%
Corocoro	360	180	50 %
Druro	380	180	47.4%
	-----	-----	-----
TOTALES	1.208	542	44.8%

En el último informe técnico narrativo se encuentran los siguientes datos sobre el número de madres participantes:

	Nro. de Centros con datos	Nro. total de Madres participantes
	-----	-----
La Paz	145	5.108
Corocoro	152	3.888
Druro	171	3.965
	-----	-----
TOTALES	478	12.961

Se han realizado 27 cursos sobre control de diarrea y terapia de rehidratación oral y 22 cursos sobre vigilancia nutricional para doce coordinadores de campo y cuatro responsables diocesanos; se capacitaron 636 promotoras en 27 cursos sobre control de diarreas y terapia de rehidratación oral y 448 promotoras en un total de 22 cursos sobre vigilancia nutricional.

Durante este tiempo se elaboraron materiales educativos consistentes en rotafolios, manuales, guías, juegos educativos, posters, hojas de instrucciones y formularios. Se han desarrollado programas de radio en forma de gingles y socio-dramas en idiomas Aymara, Quechua y Español, difundidos por radios San Gabriel, Bahai y Altiplano. Además se hicieron dos concursos por radio sobre la diarrea y el uso de las sales de rehidratación oral.

Todos los materiales fueron distribuidos en el área, con un total de 22.621 posters sobre la preparación de sobres de rehidratación oral; 22.645 posters sobre la preparación de soluciones caseras, 89.770 paquetes de rehidratación oral de UNICEF, y 59.596 cartillas de vigilancia del crecimiento.

Fué desarrollado un sistema de información que recolecta datos básicos acerca de las promotoras y madres de los centros donde se incluyen datos de edad, nivel educativo, ocupación y lenguaje habitual, un estudio por muestreo de conocimientos, aptitudes y prácticas de los miembros de los cen-

tros con un grupo control de madres que no participan del proyecto y datos sobre supervisión y seguimiento.

Se está comenzando el trabajo en el Area II, compuesto por las Diócesis de Cochabamba, Potosí, Chuquisaca y la inclusión de la Diócesis de Aiquile que no estaba en la propuesta inicial. El periodo de implementación en esta área es de Julio de 1987 a Julio de 1988, con un año de reforzamiento hasta Julio de 1989.

IV. RESULTADOS DE LA EVALUACION

1. Planificación, programación, administración y coordinación

La instancia de planificación y programación está compuesta por cuatro personas, dos representantes de CARITAS Boliviana (Coordinador Nacional del Proyecto y el Comunicador Social) y dos representantes de PRITECH (Residentes en Bolivia), quienes se reúnen una vez por semana en forma regular y además se promueven otras reuniones extraordinarias de acuerdo a las necesidades. Las acciones más importantes que se han decidido a este nivel han sido la planificación de los cursos de capacitación para los responsables diocesanos y coordinadores de campo, la elaboración de los materiales educativos del proyecto, la contratación del personal técnico eventual y la compra de algunos materiales por parte de PRITECH de acuerdo a las necesidades de CARITAS Boliviana.

La administración del proyecto es compleja, especialmente por que recibe financiamiento de tres fuentes diferentes y además la administración de recursos no es unitaria. Por un lado CARITAS Boliviana recibe fondos de USAID/Bolivia por intermedio de CRS/Bolivia, a quien debe informar sobre el progreso del proyecto y rendir cuentas de los dineros recibidos; de igual manera sucede con PL-480, del cual el proyecto recibe fondos directamente; por otro lado PRITECH recibe sus fondos directamente de AID/W e informa directamente a Washington, todo lo cual hace difícil manejar la misma información sobre el proyecto y especialmente sobre los fondos recibidos, gastados y más que todo los saldos totales del proyecto.

La coordinación del proyecto se puede dividir en coordinación hacia adentro y la coordinación inter-institucional. La coordinación hacia adentro es bastante complicada, porque son varias las instituciones que participan en el proyecto y por las estructuras propias de la Iglesia Católica con sus autonomías diocesanas. Se pueden diferenciar algunos niveles de coordinación:

- a. Coordinación entre CARITAS Boliviana y PRITECH, la cual se da en la parte técnica operativa, y ha logrado incrementarse significativamente a pesar de ciertas dificultades.
- b. Coordinación entre CARITAS Boliviana-PRITECH con CRS/Bolivia, USAID/Bolivia y PL-480. Esta es más a nivel de información sobre el avance del proyecto y estados financieros entre CARITAS/CRS y CRS/USAID.
- c. Coordinación de CARITAS Boliviana con las CARITAS Diocesanas. Se hace a nivel de ejecución, recolección de información y dotación de materiales para el proyecto. Aún cuando la autonomía administrativa diocesana ha planteado algunas dificultades, estas se han solucionado satisfactoriamente.
- d. Coordinación dentro de las CARITAS Diocesanas. Esta es la coordinación del proyecto con las otras proyectos de las CARITAS Diocesanas, especialmente con el área de promoción social, con la cual se tiene buena coordinación.

La coordinación interinstitucional se realiza con el Programa Materno Infantil del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en forma personal y eventual. Otro nivel de coordinación ocurre con las otras organizaciones no gubernamentales de salud que están desarrollando proyectos de sobrevivencia infantil en el país y reciben fondos de USAID, las cuales han creado un Comité Ejecutivo a cuyas reuniones asisten CRS/Bolivia y PRITECH, pero no CARITAS. También se hace coordinación con UNICEF más a nivel personal eventual, específicamente para la provisión de sales de rehidratación oral y prototipos de algunos materiales educativos.

Todo el proceso de planificación, programación y administración es pesado, burocrático y lento por varias causas:

- Son muchas las instituciones que están dentro del Proyecto, cada una con intereses específicos.
- Para CARITAS Boliviana son bastante difíciles y complejas las funciones de dirección y coordinación. Por un lado, debe informar y rendir cuentas a dos fuentes de financiamiento, debe pedir a PRITECH la compra de materiales y contratación de personal técnico eventual que necesita, y debe establecer coordinación con CARITAS Diocesanas autónomas; para todo esto, CARITAS Boliviana sólo cuenta con cuatro personas a tiempo completo, lo cual hace muy difícil que pueda cumplir con todas esas tareas a plena satisfacción; aún más, con la inclusión de dos nuevas diócesis y con la extensión a las Areas II y III, el personal de CARITAS Boliviana es por demás insuficiente.
- La mediación de CRS/Bolivia también trae problemas; por ejemplo, cuando CARITAS Boliviana presenta la reformulación del proyecto, una decisión importante se atrasa porque CRS/Bolivia debe esperar la opinión de CRS/Nueva York.

- Los sueldos del personal de CARITAS Boliviana y CARITAS Diocesanas son bajos, no están acordes con el costo de vida, y no son competitivos, lo cual ocasiona fuga de personal capacitado y dificultades para contratarlo.
- La coordinación con el programa Materno-Infantil del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es más a nivel personal y eventual; a nivel regional y local en algunos centros los trabajadores de salud participan en acciones conjuntas con las promotoras del proyecto de una manera autoritaria; no existe un convenio entre el Proyecto y el Ministerio de Salud.
- La coordinación con UNICEF ha sido a nivel personal y ocasional, pero más estrecha que con el Ministerio de Salud. CARITAS Boliviana prometió elaborar un proyecto de convenio que aún no ha presentado.
- No existen criterios y políticas uniformes de personal para todas las diócesis; por ejemplo, mientras en una se da alimentos por su trabajo a los promotores, en otras no. Sería importante tratar de unificar estos criterios para aminorar problemas futuros.
- Las instituciones involucradas en el Proyecto no manejan la misma información y los mismos criterios, e inclusive hay contradicciones en los documentos elaborados. Por ejemplo, difieren metas y objetivos planteados en diferentes documentos, así como la definición de quién debía prestar el asesoramiento técnico sobre vigilancia nutricional; CRS/Bolivia o PRITECH.
- La mayoría de los problemas interinstitucionales actuales del proyecto se generaron desde su gestación, porque en el primer diseño no participaron todas las instituciones ahora involucradas, y la entidad ejecutiva no tuvo una adecuada representación técnica en las negociaciones para definir las responsabilidades institucionales.

2. Capacitación

El componente educativo constituye la parte central del proyecto, y en él se concentran esfuerzos y recursos con mayor intensidad.

Los objetivos finales del proyecto formulados para 4 años buscan mejorar el nivel nutricional y de salud de la población menor de 5 años en las zonas de acción especificadas como Area I (Altiplano), Area II (Valles) y Area III (Llanos). Esto se pretende alcanzar mediante la capacitación de las socias de los Centros de Madres en los aspectos específicos de prevención y control de diarreas y rehidratación oral, vigilancia del crecimiento infantil y uso del carnet de salud, y nociones de alimentación y nutrición.

A un año de iniciado el proyecto en el Area I, se advierte la ejecución con énfasis en algunos objetivos específicos como "implementar un sistema de tratamiento de rehidratación oral en Centros de Madres beneficiarias del programa" e "implementar el sistema de vigilancia nutricional mediante el uso del carnet de salud".

Las metas cuantificadas porcentualmente en el diseño original no fueron complementadas con criterios ó indicadores de evaluación, situación que dificulta la precisión del presente informe. Sin embargo, se puede indicar que en los diferentes centros de madres del Area I existe información sobre los siguientes aspectos contemplados en las metas propuestas:

- Signos de rehidratación oral
- Preparación del Suero Casero y SRO
- Uso del Carnet de Salud oficial
- Alimentación materna
- Alimentación del niño menor de un año
- Higiene personal y de alimentación
- Preparación adecuada de los alimentos

Con relación a los objetivos, los grupos beneficiarios identifican elementos de los mismos en un proceso inicial que requiere consolidación para lograr avances significativos. Es frecuente escuchar (con relación al proyecto): "es bueno para el cuidado del niño", "para evitar la desnutrición", "para que los niños sean sanos..." 1

Sin embargo, se trata de un proceso que viene desarrollandose durante un año y al término del mismo resulta prematuro exigir conceptos claros y precisos; más aún si varios aspectos fueron reformulados durante la implementación en el Area I.

Las metas y objetivos, desde el punto de vista pedagógico, parecen planteados en exceso con relación al tiempo y al cumplimiento del programa para el primer año. Si bien su aplicación resulta factible, ésta tendría que considerar el avance de los grupos en la adquisición de conocimientos que, para el caso altiplánico, emplea más tiempo del planificado.

En cuanto a los alcances cuantitativos, se verifica que no indican desfase con la planificación inicial, pero interesa también mencionar el aspecto cualitativo de la cobertura alcanzada, el cual será analizado en el punto referente a los cursos de capacitación.

1. Entrevista Grupal en Druro, 60 participantes.

14

El componente educativo del proyecto está concebido como un proceso de aprendizaje con transmisión de conocimientos "en cascada", de un nivel a otro, y basado en un diseño único que debe ser reproducido en toda su dimensión.

La capacitación, así delineada, mantiene una relación directa con los límites previstos para la ejecución: un año de implementación y un año de seguimiento para cada área; en función de estos límites se orientan las etapas del componente educativo: Capacitación - seguimiento - supervisión.

Cursos de Capacitación

El espacio elegido para la actividad educativa es el curso de capacitación, el cual ocupa el aspecto central del método. El esquema de capacitación parece simple. La propuesta del equipo nacional atraviesa todos los niveles, desde los responsables hasta las socias, abarcando los coordinadores de campo y los promotores. Se trata de un esquema que concibe un solo modelo para todo el proceso y para todos los niveles. Se transmite lo mismo, se indica lo mismo. Aquí habría que analizar algunos aspectos que parecen importantes. La información así transmitida sufre mayores distorsiones a medida que descienden los niveles, de tal manera que los mensajes, cuya intensidad podría adquirir relevancia para el primer nivel, al llegar al segundo han sido captados en menor intensidad; por consiguiente, lo que reciben las madres es una información fragmentada y sin mayor motivación.

Cabe tal vez precisar qué nivel se considera más importante para centralizar los esfuerzos. Así, si se logra precisar el nivel prioritario, la concepción global debería establecer los otros niveles como intermediarios en los que habría que focalizar los mensajes, imprimiéndoles mayor precisión.

Otro elemento en la transmisión de información radica en que debería distinguir y analizar las diferentes actividades de las personas ubicadas en cada nivel. Se advierte unas funciones administrativas y unas funciones pedagógicas que no están bien delimitadas (caso de los responsables y coordinadores de campo).

Los cursos de capacitación deberían posibilitar esta diferenciación, estableciendo claramente las funciones para cada nivel. Esta diferenciación alude más a la concepción global del proyecto en relación con los promotores, cuyo rol se considera importante por su relación directa con las beneficiarias. La totalidad de promotoras entrevistadas indican como única función: "enseñar a las socias lo que aprendemos en los cursos". Se puede inferir, entonces, que el objetivo es apenas visualizado por ellas, sin haberlo internalizado.

Los cursos de capacitación (de 3 a 5 días) parecen precisar como roles más importantes la memorización de contenidos y el adiestramiento en uso de materiales. La información no incide en otros elementos, por ejemplo, la comuni-

dad- y circunscribe su acción a los tres contenidos temáticos del proyecto. No se advierte en la ejecución otro elemento importante que concede la práctica: la retroalimentación; pero sí se advierte el interés de las promotoras por llegar a las madres con un proceso más directo de reflexión que luego se interrumpe.

Por tratarse de un proceso fundamentalmente informativo, otros aspectos inherentes a los procesos de capacitación aparecen minimizados o inadvertidos. Tal es el caso del sentido crítico, de la participación de las madres con un aporte invaluable como es su experiencia, el rescate de sus valores, entre ellos la medicina tradicional, el sentido colectivo y organizativo del proceso, etc. Son estos (elementos indicadores) los que podrían posibilitar una mayor calidad y un paso paulatino desde la transmisión de información hacia la formación integral de las socias.

Los procesos de capacitación no sólo abarcan las concepciones teóricas generales. Tienen otro componente tan necesario como el primero: la metodología. Ya se dijo que el curso de capacitación aparece como el aspecto central del método. En él se ordenan contenidos, actividades y recursos, sin embargo, se nota un orden rígido, que debe ser repetido y donde el proceso de creatividad no encuentra un espacio para su presentación.

Es esta rigidez la que impide el análisis en profundidad del lenguaje técnico, extraño para el medio, y difícil en su comprensión para las socias. En un centro de madres, preguntamos a las señoras si entendían lo que estaba escrito en el pizarrón: "Hábitos alimenticios", "disponibilidad", dijeron que no sabían; y estaban trabajando en grupos bajo esos dos conceptos.

Esto hace referencia a que los cursos deberían ofrecer en su planificación espacios de aprendizaje y análisis de estos temas, orientados a la búsqueda de terminología más adecuada al medio. Indudablemente se trata de un error frecuente que parece insignificante pero que adquiere un dimensión de obstáculo cuando se ejecuta el proceso con las madres de los centros.

Otro ejemplo: Preguntamos a una coordinadora si sabía lo que significan los "signos y síntomas" que acababa de mencionar: Respuesta: "yo tampoco entiendo, ustedes me podrían explicar..?".

Otro elemento metodológico importante que se muestra ausente es el espacio y la modalidad para un análisis en profundidad. Según la expresión de las promotoras: "las señoras se olvidan. Una por una salen a explicar, pero las señoras se olvidan...". Dentro de este mismo aspecto aparece

el uso de los juegos que en la práctica concreta se aplica "para que no se aburran". 2

El respeto al ritmo de los grupos y a su proceso de aprendizaje es otro aspecto más a tomar en cuenta en el proceso de capacitación. Parece muy elocuente la expresión de una promotora: "Tres viernes hemos trabajado con el carnet de salud. Les pregunto, responden, les explico... pero cuando viene el Responsable y les hace preguntas no saben contestar...".

Los mensajes educativos no parecen claros en la ejecución del proyecto. Durante los cursos la gente parece captar el contenido, pero es en la práctica concreta donde se les presentan dificultades que no pueden afrontar. Las guías tampoco especifican los mensajes más importantes y se dá el caso - frecuente - de que las promotoras sufren influencias de dos instituciones con carácter simultáneo, en las que varía la información recibida sobre un mismo tema. Esta multiplicidad del mensaje confunde la acción de las promotoras que no pueden distinguir la verdadera información y la transmiten con dudas.

Materiales educativos

Un componente llamativo de la metodología son los materiales educativos que merecen un análisis específico. Si bien no presentan originalidad en su modalidad (rotafolios, afiches, juegos, etc) interesa el contenido y su utilización frente a las madres.

Ahora bien, habría que destacar *con* carácter previo el esfuerzo realizado por el equipo nacional para la producción de materiales que ofrecen variedad. Esfuerzo de un equipo pequeño en cantidad pero cuya labor y calidad técnica son indiscutibles. Destacamos también el trabajo y capacidad profesional del comunicador social, Sr. Cornelio Ballesteros, por su aporte técnico, su conocimiento del medio y su experiencia en la especialidad.

También con carácter previo, conviene aclarar el sentido de nuestras observaciones con relación a los materiales y su uso. Si la función que ellos cumplen es sólo "informar", creemos que el material es adecuado a nivel teórico y metodológico. Si por el contrario, lo que interesa es "educar" para lograr cambios concientes en las prácticas de salud y alimentación, más allá de la simple transmisión de información, en ese sentido van nuestras apreciaciones.

El proceso de elaboración parece indicar varias fases o momentos previos al diseño final. Primero, los contenidos

son definidos y analizados por el equipo nacional; se deciden los dibujos, la diagramación, la modalidad, etc.

El seguimiento en la elaboración del borrador está a cargo del comunicador social. Una vez terminado el primer ejemplar - borrador, se pasa a una segunda etapa consistente en la fase de validación de contenidos. Esta ejecución se la realiza con presencia de grupos focales constituidos por socias de los centros. Esta es una instancia de validación que permite introducir los ajustes necesarios. Posteriormente, los materiales son enviados a imprenta donde también se realiza una actividad de seguimiento. Este es el proceso que siguen los materiales hasta el diseño final. Algunos comentarios sobre cada material siguen.

a. Rotafolios

El primer rotafolio sobre "Diarrea" está concebido con una división de 5 capítulos: importancia del tema (3 láminas); causas y medios de transmisión (5 láminas); cuadro clínico: signos y síntomas (3 láminas); y tratamiento (6 láminas).

Su uso está previsto para emplearlo entre 3 y 4 meses con las madres. Sin embargo, su aplicación en la práctica no sobrepasa el mes en los centros de madres. En los cursos de capacitación para promotoras se lo utiliza durante 4 días en sesiones demostrativas y trabajos grupales que no logran la profundización del tema. Los mensajes no aparecen claramente establecidos, y no se advierte que la diferenciación de mensajes y capítulos fuera captada por las promotoras de acuerdo a la concepción inicial.

Estamos frente a un material que constituye un instrumento valioso para generar aprendizaje. El diseño y dibujos son captados con facilidad por las socias (salvo los que están orientado en cuadros verticales); pero la poca precisión metodológica y el uso esquemático que orienta la guía, con una aplicación rígida, parece limitar la utilización de este material.

El segundo rotafolio sobre "Vigilancia Nutricional" (6 láminas para una sesión) tampoco presenta mensajes claros. No sugiere una estimulación hacia un comportamiento conciente en cambios de actitud y, como en el caso anterior, la guía no incide en la importancia del tema a transmitir. Cabe tal vez precisar qué papel cumple la guía aparte de orientar el uso del material.

Todos los materiales muestran en su presentación un logotipo. Se preguntó si el mensaje del mismo (madre-niño) era comprensible para las madres. Se nos indicó que no se pretende que las madres lo entiendan, ya que se trata de un elemento diferenciador de otras instituciones.

El tercer rotafolio sobre "Alimentación y Nutrición", también dividido en capítulos : alimentación familiar con 2 láminas, alimentos locales con 3 láminas, consumo con 3 láminas, higiene personal y de los alimentos con 3 láminas. Como en los casos anteriores, la guía no diferencia capítulos e ideas centrales de los mismos. La mayor dificultad captada con relación a este material es que hubo cambio en el uso del color hacia una ambientación no acostumbrada por la población rural. Resulta entonces, que el elemento motivador disminuye en su función.

Otro aspecto que llama la atención está relacionado con el mensaje, el cual aparece descontextualizado. Se plantean cinco momentos de alimentación para el niño sin precisar si sería lo ideal. En el momento actual, la situación de crisis económica incide desfavorablemente en estos sectores poblacionales en los que los momentos de alimentación no parecen superar el número de tres. Por otra parte, las escenas tampoco corresponden a una realidad rural.

Es importante destacar un intento que se considera positivo si está ligado a una serie de acciones de carácter integral; nos referimos a la introducción de preparación de alimentos con recursos locales que incluyen prácticas demostrativas.

b. Boletines informativos trimestrales

Su objetivo es informar de las actividades realizadas. La información no incluye mensajes educativos que podrían reforzar la actividad.

c. Juegos

Inicialmente se pensó combinar lo educativo con el juego. Se aplica en momentos de descanso (tardes y noches) para reforzar el contenido del rotafolio. Este instrumento pedagógico ha sido introducido en el proceso como una variante metodológica porque "se cansan escuchando". Sin embargo, aparece como un elemento que repite el mismo mensaje de los otros materiales, evitando de esta manera la creatividad, la utilización de la experiencia y el propio sentido lúdico que propicie descanso. Se observa que el juego viene a constituir una modalidad de "examen" de la información captada, cerrando la posibilidad de un sentido crítico del proceso. Por otra parte, no se detectan juegos locales o eventos importantes que podrían ser utilizados como elementos educativos. Algunas madres indicaron que ciertos juegos son difíciles de comprender.

d. Programas radiales

Los contenidos y las ideas centrales son analizados por el equipo central, con participación de la Dra. Aguilar. El trabajo de adaptación del libreto, grabación y traducción

está a cargo del Sr. Donato Ayma, de Radio San Gabriel, bajo la supervisión del Sr. Ballesteros. El contenido del material radial es extractado del contenido general del proyecto. Se enfatiza algunos aspectos y se utiliza recursos locales para la ambientación. Son gingles cortos que cumplen la función de refuerzo, y que se transmiten a través de Radio San Gabriel para el sector de La Paz (en Aymara) y por Radio Bahai en Castellano y Quechua para el sector de Oruro.

e. Otros materiales

Afiches - guías individuales para promotoras, concursos radiales, etc. Los materiales educativos, a pesar de su diversidad, no muestran efectos motivadores para contrarrestar la dependencia hacia los alimentos y ese es otro aspecto que a nivel metodológico conviene analizar. Todo el proceso de capacitación en su concepción teórico-metodológica indica ausencia de este aspecto en cuya necesidad coinciden las diferentes diócesis participantes en el proyecto. Los materiales hacen abstracción de mecanismos para desenfatar los alimentos como razón de ser de los Centros de Madres, lo cual podría influir negativamente en un proceso futuro de autogestión. Nos remitimos otra vez a las entrevistas.

- ¿Qué pasaría con el grupo si desaparecen los alimentos?
- "Seguramente, las socias no vienen si se quitan los alimentos" (respuesta generalizada a nivel de promotoras).

Seguimiento

La etapa educativa de seguimiento no fué considerada en el diseño inicial. El personal ejecutor del proyecto en el área rural (responsables - coordinadores - promotoras), visualizan este componente educativo como sinónimo de supervisión. Esta situación valida una vez más la orientación del mensaje y evita un efecto retroalimentador al proceso. Las promotoras entrevistadas no están en condiciones ni tienen elementos para comprobar si lo que enseñan tiene resultados comprobables.

Un aspecto favorable que se debe destacar con relación al seguimiento es la aplicación de formularios de evaluación inicial y final en los cursos de capacitación o el que se aplica a las socias de los centros (con dibujos). Esto permite establecer un control de conocimientos y aprendizaje que tal vez podría ser mejorado revisando el contenido de este material y su aplicación metodológica. No tiene sentido, por ejemplo, preguntarle a una madre si prefiere tener un hijo sano y alegre o enfermo y triste (ver pruebas de evaluación que aplican las promotoras a las socias).

El control de los grupos a cargo de los coordinadores de campo parece indicar la necesidad de mayor precisión en las

funciones de cada nivel si su función es "ver como trabaja la promotora" ó, más bien, detectar el avance del proceso en los grupos. Supone esto constituirse en "motivador" del promotor e impulsor del grupo. Por otra parte, nos parece excesivo el promedio de grupos a controlar (entre 36 y 45) para cada coordinador.

Considerando que el área rural supone distancias considerables entre un centro y otro, agravado por el problema de transporte y caminos intransitables en época de lluvias, habría que precisar el seguimiento al proceso con el cuidado necesario, no sólo en términos cuantitativos sino fundamentalmente, cualitativos.

3. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación.

El proyecto cuenta con un Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación cuidadosamente elaborado, cuyo diseño y aplicación se ha venido realizando en forma progresiva, a medida que las actividades del proyecto se han ejecutado con cobertura creciente. La responsabilidad principal del diseño del Sistema estuvo a cargo del Lic. Fredy Carranza, quien fué contratado temporalmente con este fin, y trabajó con la colaboración permanente del Coordinador General del Programa y aportes o sugerencias de Pritech en relación con su contenido. Aunque no se han formulado explícitamente, los objetivos del Sistema de Información son:

a) Recolectar información actualizada sobre la población objetivo del programa al nivel de Centros, madres y niños y detectar cambios en su composición, tales como ingresos o egresos de Centros o madres.

b) Documentar cuantitativamente las actividades del proyecto en sus distintos componentes (cursos de capacitación, número de participantes, distribución de sobres de hidratación oral, balanzas, carnets de salud, etc).

c) Establecer el nivel de captación de los conocimientos transmitidos en la capacitación.

d) Cuantificar el impacto del proyecto sobre el estado nutricional y sobre la mortalidad de los niños beneficiarios.

El sistema consiste en la recolección periódica de información en los Centros de Madres donde opera el proyecto, ya sea por personal del mismo o por personal supernumerario, y su envío a las oficinas centrales de Caritas para su procesamiento, tabulación y análisis. Se supone que una vez analizada, la información se envía a las Diócesis; se utiliza también para la elaboración de los informes de progreso del proyecto. Los datos se captan mediante 5 formularios diferentes, así:

No. 1. Registro de Promotoras. Contiene datos generales de cada promotora, tales como edad, ocupación habitual, nivel de instrucción, idiomas que habla, etc. Este registro se actualiza cada vez que se efectúa un curso para promotoras.

No. 2. Datos de base de las socias. Incluye edad, educación, idioma, tamaño de su familia, número de hijos nacidos vivos, fecha de nacimiento del último hijo, si está embarazada, la lista de hijos menores de 5 años con sexo y número de hijos muertos menores de 5 años. Este formulario se aplicó al comienzo del proyecto y sirvió de base para la construcción del sistema de archivos de computador por Diócesis, Departamento, Provincia, Localidad y Centro de madres, el cual se actualiza con las novedades de entrada y salida de socias. El formulario es llenado por las promotoras.

No. 3. Encuesta por muestreo. Esta encuesta contiene datos generales de la madre, así como datos sobre conocimientos y prácticas sobre diarrea y vigilancia del crecimiento, uso de la radio, y conocimiento de los materiales del programa. La encuesta se ha programado para ser aplicada tres veces en cada área, al comienzo, a mediados y al final del programa (se aplicó una vez en el área I y se está ahora aplicando por segunda vez) en una muestra de los beneficiarios del proyecto. La selección es bietápica mediante muestreo aleatorio simple primero de Centros y luego de madres, así: 10% de los Centros de cada área (200 Centros en los tres áreas), y 7 socias (más 2 madres no socias) en cada Centro. Así, en el área I se incluyeron 84 Centros: 22 en La Paz, 32 en Corocoro y 30 en Druro. Esta encuesta por muestreo se hace por personal supernumerario que recibe una rápida orientación. Estos encuestadores con frecuencia "no son bien recibidos por los Centros de Madres, son personas extrañas" y, a su vez, son supervisados por otro personal contratado especialmente para este fin.

No. 4. Supervisión. Este formulario tiene dos partes que contienen información sobre la promotora y sus actividades que ha desarrollado, y sobre las madres de cada Centro (número, quiénes tienen sobres de hidratación oral, audiencia de mensajes radiales, carnet de salud, etc.); incluye además información de una madre de cada centro sobre conocimiento del rotafolio y el carnet de salud. Este formulario debe ser llenado por los responsables coordinadores al menos 3 veces al año, en sus visitas de supervisión, pero ha habido muchas dificultades y por eso la información está muy incompleta.

No. 5. Seguimiento del niño. Este formulario registra los datos de los niños que participan en la vigilancia del crecimiento; incluye nombre, sexo, fecha de nacimiento, diarrea en el último mes, si hubo atención médica, uso de sobres o suero casero, peso y talla, y si hubo muerte por diarrea. Deberá ser llenado por la promotora, pero solo se va a comenzar a aplicar una vez que hayan terminado los cursos de capacitación sobre vigilancia del crecimiento. Será llenado

cada vez que se haga una sesión de medición de peso y talla, generalmente cada mes.

Todos los formularios tienen su manual respectivo con instrucciones claras para recolectar la información. Actualmente se tiene información completa procesada por computador de los tres primeros formularios y parcialmente del No. 4; también se tiene un archivo con los datos de evaluación de los cursos, incluyendo el puntaje inicial y final de cada uno de los participantes. El proyecto dispone de los equipos de computación y programas necesarios para satisfacer las necesidades actuales de procesamiento de los datos provenientes del Sistema de Información (incluyendo el SPSS), así como de recursos humanos capacitados. Se debe destacar el trabajo eficiente realizado por el Lic. Carranza en el diseño del Sistema de Datos y su manejo eficiente por computador, como una indicación de la calidad de los recursos humanos disponibles localmente para responsabilizarse de los aspectos claves del programa. Estamos convencidos de que existe suficiente capacidad local analítica y de manejo de información, por lo cual no se justifica la exportación de los datos del programa.

En términos generales, el diseño del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación parece apropiado. Está bien dirigido a cumplir los objetivos de control, monitoreo y evaluación, aunque la evaluación de impacto con base en la información generada por el sistema podría tener limitaciones serias que afectarían su validez interna. Estas se refieren principalmente a la ausencia de un grupo o grupos de comparación adecuados para evaluar el impacto atribuible al programa sobre el estado nutricional de los niños y sobre la mortalidad infantil; sin embargo, se debe reconocer que en la práctica hubiese sido poco factible seleccionar dicho grupo de comparación para integrarlo desde el principio en el Sistema de Información. Este problema tendrá que ser considerado en el futuro cuando se efectúen evaluaciones formales de impacto del programa.

Con los datos disponibles del Sistema de Información, la evaluación de impacto estaría restringida a la comparación de la situación nutricional inicial y final de los beneficiarios, en forma similar a como se evalúan los cambios en conocimientos atribuibles al proceso de transmisión de información que tiene lugar en los cursos de capacitación a todos los niveles. Algo similar ocurre con la evaluación del impacto sobre la mortalidad infantil.

El sistema también está orientado a obtener información operacional sobre la marcha del proyecto, y sobre el número de actividades ejecutadas, lo cual facilita el control de la operación y la preparación de informes de progreso. La encuesta por muestreo pretende evaluar el impacto del proyecto sobre conocimientos y prácticas de las madres en relación con

los temas de la capacitación, así como el grado de exposición a (conocimiento de) los materiales de proyecto. La confiabilidad de esta información podría no ser satisfactoria si se tiene en cuenta la colaboración variable de las madres con el personal que recolecta los datos; por otra parte, las respuestas de las madres a las preguntas sobre prácticas podría reflejar más sus conocimientos (o las respuestas que el programa esperaría de ellas) que las prácticas reales. Este es un problema común en proyectos que pretenden evaluar cambios en comportamiento sin verificar estos cambios mediante observación directa.

El llamado "formulario de supervisión", el cual debe ser llenado por los coordinadores de área como parte de sus actividades de supervisión, presenta un doble problema: por un lado, distorsiona el concepto de supervisión orientadora al inducir al coordinador a convertir la visita de supervisión en una actividad fiscalizadora y de control, como se refleja en el contenido del formulario; por otra parte, la imposibilidad física para que los coordinadores lleven a cabo visitas regulares de supervisión a cada uno de sus Centros, debido al gran número de Centros bajo su cuidado, a las grandes distancias entre Centros, y a las dificultades de movilización, ha hecho que esta información no se haya podido completar para todos los Centros, después de un año de ejecución del programa.

La supervisión del trabajo de las promotoras es particularmente problemática y merece un comentario especial. En primer lugar, el equipo pudo observar que la supervisión que ejercen los responsables y coordinadores de área es eminentemente autoritaria, con énfasis en el control y la recolección de información, desvirtuando así el proceso dinámico por el cual la supervisión debe tener un propósito orientador, educativo, motivacional y de reforzamiento de la capacitación. Operacionalmente también hay serios problemas, pues no es factible que un coordinador sin facilidades de transporte pueda ejercer una supervisión eficiente y completa, con la frecuencia deseable, de todos sus 30-50 promotoras y Centros separados por grandes distancias. Pudimos comprobar, por ejemplo, que los coordinadores deben recorrer a pie hasta 6 a 8 horas entre una comunidad y otra. El esquema de supervisión es, entonces, francamente deficiente.

La información que provee el sistema indudablemente va a ser de utilidad para el monitoreo del proyecto, para mantener un recuento actualizado de las actividades realizadas y, parcialmente, para medir su impacto. La calidad de la información recolectada no pudo ser evaluada, pero suponemos que su confiabilidad es variable, teniendo en cuenta que el personal que recolecta los datos recibe un entrenamiento rápido sin estandarización estricta, aunque dispone de manuales detallados.

La oportunidad con que se producen los resultados hasta ahora no ha sido la más adecuada para detectar oportunamente los problemas y tomar inmediatamente las decisiones apropiadas para solucionarlos; sin embargo, esto se debe en parte a que se ha estado en pleno proceso de desarrollo del Sistema. Una vez terminado de implantar, se espera que sus resultados se produzcan oportunamente con el fin de que sean útiles en la toma de decisiones.

Los recursos disponibles son apenas suficientes para mantener funcionando el Sistema en su nivel actual de eficiencia mientras el proyecto está cubriendo el área I. Es claro, sin embargo, que el funcionamiento del Sistema tenderá a perder su eficiencia a medida que el proyecto se expanda a otras áreas, si no se refuerzan adecuadamente sus actuales recursos humanos y de computación.

Esta expansión podría llegar a sobrepasar el límite de capacidad humana y física en todos los campos, como se ha mencionado antes; si no se dispone de recursos adicionales, el actual Sistema de Información, aún con sus deficiencias de cobertura y dificultades de supervisión, no va a poder expandirse eficientemente, o lo hará a expensas de deteriorar su calidad.

V. CONCLUSIONES

El desarrollo y marcha del proyecto se considera, en términos generales, como satisfactorio, a pesar de las limitaciones presupuestales y las dificultades de coordinación entre las instituciones participantes y dentro de la institución ejecutora.

El Proyecto de Mejoramiento Infantil tiene metas y objetivos tangibles y claramente identificables. Sin embargo, no está bien claro si estos corresponden a los indicados en el acuerdo de donación de USAID/Bolivia a CRS, o a los establecidos en el Plan Operativo preparado por CARITAS Boliviana, los cuales difieren en cuanto a las metas porcentuales.

Los objetivos y metas inicialmente establecidos para el Proyecto no eran completamente realistas en términos de tiempo, calidad, cobertura y costos. En primer lugar, el presupuesto asignado a la operación del Proyecto, por ser de tipo rural, no era el más apropiado para llevar a cabo las acciones programadas en el tiempo previsto, y con la cobertura geográfica y calidad requeridas para alcanzar los objetivos y metas; prueba de ello son las modificaciones presupuestales que tuvo que solicitar el Coordinador del Proyecto cuando se hizo cargo de él en marzo/86, así como la reciente reformulación que incluyó no solamente traslados presupues-

tales sino también un aumento significativo de la donación de USAID, el cual no se deriva solamente de la propuesta adición de algunas diócesis.

Por otro lado, para que el Proyecto pueda alcanzar un impacto significativo sobre la mortalidad infantil se requiere, en primer lugar, que su implementación logrará prevenir las enfermedades diarreicas y mejorar significativamente su manejo en el hogar, especialmente a través de la terapia de rehidratación oral, en una proporción alta de las familias beneficiarias; se requiere, asimismo, que la alta cobertura se logre especialmente en aquellas comunidades, no bien identificados hasta ahora, en las cuales la enfermedad diarreica contribuye substancialmente a la mortalidad infantil. Aunque las cifras nacionales reportadas por el Programa de Control de Diarreas del Ministerio de Salud Pública indican que las diarreas causan el 50% de la mortalidad infantil, este no parece ser el caso en el altiplano, en el cual la principal causa de muerte de los niños resulta ser la infección respiratoria aguda.

Asimismo, las acciones de vigilancia del crecimiento, aún si se ejecutarán integralmente con acciones de promoción, tratamiento y rehabilitación específicas, podrían tener solamente un efecto a largo plazo sobre la mortalidad de la niñez, a través del mejoramiento de las condiciones nutricionales del niño. Es poco probable, entonces, que en solamente un año de operación de un componente de monitoreo del crecimiento que, como ya se mencionó, se limita a la transmisión de información y a la práctica periódica de un "ritual de medición", sin acciones específicas concomitantes, se puedan detectar cambios en morbi-mortalidad atribuibles a este componente.

La cobertura global alcanzada en el Area I llega aproximadamente al 65% de lo programado. Esta cobertura relativamente baja es más preocupante si se tiene en cuenta que la deficiente calidad de las acciones (capacitación informadora y no educadora, vigilancia mecánica del crecimiento y deficiente supervisión) no permite esperar un impacto significativo del programa sobre la morbi-mortalidad de la niñez.

Al ritmo actual de operación, el proyecto podría llegar a alcanzar sus objetivos de cobertura, pero a expensas de reducir su ya mermada calidad, en términos de deficiente supervisión y de la ejecución de un componente educativo que ha sido eficientemente diseñado para transmitir información más que para educar y promover cambios concientes en el comportamiento de las madres.

La expansión del programa a las Areas II y III, sin incremento de los recursos humanos y técnicos actuales, podría teóricamente alcanzar las metas globales de cobertura, pero con calidad decreciente y sobresaturación del sistema de información.

Los objetivos y metas son apropiados para el contexto boliviano. La ejecución del proyecto a través de los Centros de Madres que CARITAS creó y ha mantenido funcionando desde hace más de 30 años, ofrece una oportunidad única para lograr un impacto significativo sobre la salud y la supervivencia de un grupo relativamente grande de niños, si se adelantan acciones efectivas de motivación, concientización y educación reflexiva que genere cambios concientes en el comportamiento, y adopción de tecnologías de prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda y de promoción del crecimiento infantil.

Las relaciones entre las instituciones participantes han presentado dificultades derivadas del proceso de formulación inicial del proyecto y de las circunstancias particulares en las que se negociaron los acuerdos correspondientes. Sin embargo, gracias al esfuerzo de conciliación de las partes interesadas se ha logrado atenuar muchas de ellas.

Aunque la coordinación entre las instituciones participantes se ha mejorado, y con el Ministerio de Salud y UNICEF es satisfactoria, no se ha establecido un mecanismo eficiente de coordinación entre las organizaciones voluntarias que trabajan en las mismas áreas, y es notable la duplicación de servicios en las mismas comunidades y Centros de Madres, por distintas organizaciones aún por las que son financiadas por USAID.

Independientemente de las dificultades mencionadas, las instituciones se han esforzado por cumplir los compromisos adquiridos en los convenios firmados dentro de las limitaciones particulares que cada una de ellas tiene. Cabe resaltar el esfuerzo especial de la entidad ejecutora para asumir la plena responsabilidad de la ejecución del proyecto, a pesar de algunas limitaciones técnicas, administrativas y presupuestarias.

Es claro que el presupuesto aprobado inicialmente no era realista para la operación de un proyecto rural y subestimó los costos de implementación, incluyendo los salarios y la provisión de instrumentos de trabajo. Por otra parte, el proceso de reformulación presupuestal no ha tenido la suficiente agilidad.

El proceso de planificación, programación y toma de decisiones ha sido eficiente y la entidad ejecutora ha logrado, hasta hora, mantener el control del proyecto en el Area I. Se observa con preocupación hasta qué punto se podrá mantener ese control cuando el proyecto se expanda a las otras 2 áreas, triplicando así su cobertura geográfica.

La capacidad administrativa de la entidad ejecutora presenta deficiencias que actualmente limitan las posibilidades de un manejo administrativo autónomo y eficiente. Esto

ha justificado el papel de CRS como institución intermedia-
ria, el cual se ha desempeñado regularmente aunque con
lentitud, tanto por falta de información oportuna como por su
dependencia de las oficinas centrales.

En la situación ideal, la entidad ejecutora debería
alcanzar la capacidad administrativa necesaria para garanti-
zar la autonomía requerida para el manejo de un financiamien-
to directo en beneficio del propio proyecto.

La falta de participación de los niveles diocesanos de
CARITAS en el proceso de elaboración del proyecto, generó
dificultades que se han venido solucionando hasta el punto de
que el equipo de evaluación pudo comprobar el gran interés y
compromiso actual de participación de las diócesis visitadas
y en estas condiciones es de esperar que la autonomía
administrativa de las mismas no constituya un obstáculo para
la buena marcha del Proyecto.

No existen mecanismos de participación de los niveles
operativos en la toma de decisiones del Proyecto, la cual es
centralizada con criterio puramente técnico y académico. En
estas condiciones, las decisiones reflejan el juicio técnico
del equipo central más que la expresión de las necesidades
sentidas de la población beneficiaria. Así, por ejemplo, no
fue posible comprobar que exista una demanda real y efectiva
para el tipo de actividades y servicios que ofrece el
proyecto.

El Proyecto ha desarrollado un esquema lógico de
capacitación que va desde el nivel central hasta el diocesano
y de éste al de promotoras, quienes a su vez "capacitan" a
las Madres de los Centros. La capacitación se hace a través
de cursillos para cada uno de los tres temas básicos. El
objetivo es transmitir información básica sobre cada tema y
sobre las técnicas educativas recomendadas para la capacita-
ción al nivel inmediatamente inferior, utilizando el material
desarrollado por el programa. Aunque se ha hecho un esfuerzo
porque la capacitación sea práctica, ésta tiene todavía mucho
carácter médico-académico, con multiplicidad de mensajes.

Los mismos contenidos se repiten a medida que la
capacitación se replica en los diferentes niveles, de modo
que las Madres son capacitadas por las promotoras mediante un
enfoque similar de transmisión de conocimientos, con poca
atención al análisis crítico y reflexivo. La utilización de
terminología técnica médica refleja la influencia del
personal médico en las decisiones sobre contenidos y mensa-
jes, pero no es comprensible para las promotoras (y probable-
mente tampoco para los responsables y encargados), quienes
tienden a repetir su uso mecánicamente con las Madres, aún
sin comprender su significado.

Las Madres aprecian el trabajo de las promotoras,
asisten en su gran mayoría a los cursillos de capacitación y

dicen haber aprendido muchas cosas útiles, que después olvidan.

No fue posible para el equipo de evaluación obtener información sobre la captación de conocimientos por las Madres (los datos de las boletas del sistema de información están aún siendo procesados) y mucho menos sobre posibles cambios de comportamiento en relación con los tres temas de la capacitación. Las Madres dicen haber usado muy poco los sobres de rehidratación porque la diarrea no es frecuente en sus niños; así mismo, el hecho de que las Madres lleven sus niños al Centro para la vigilancia del crecimiento no indica una actitud positiva hacia la vigilancia, pues generalmente lo hacen coaccionadas con la amenaza de ser eliminadas de la lista de distribución de alimentos. Tampoco fue posible contar con información sobre cambios en las prácticas alimentarias, pero es poco probable que estos hayan ocurrido en el corto plazo de implementación del proyecto y con la metodología educativa utilizada por las promotoras.

Se debe destacar el esfuerzo realizado para el diseño y elaboración de materiales educativos que representan uno de los productos tangibles más notables del Proyecto. Aunque el equipo evaluador presenta cuestionamientos a la concepción teórico-metodológico del componente de capacitación y de los materiales, considera que son susceptibles de re-orientación y mejoramiento significativo.

Igualmente se reconoce el esfuerzo para el diseño y montaje de un sistema eficiente de información, monitoreo y evaluación que se ha mejorado progresivamente, pero que puede deteriorarse si no se refuerza en la fase de expansión.

No fue posible determinar el costo por beneficiario, debido a la carencia de información completa sobre la ejecución presupuestal proveniente de una de las fuentes de financiación (PRITECH). No vemos justificación para que todas las entidades financiadoras no puedan dar a conocer los detalles de su aporte; por el contrario, esta actitud genera desconfianza y no contribuye a promover buenas relaciones inter-institucionales. Tampoco se tiene evidencia sobre el efecto multiplicador del proyecto en la población no-directamente beneficiaria.

Las entidades financiadoras han expresado su expectativa de que el proyecto pueda ser autofinanciable en el futuro. Consideramos que ésta es una expectativa poco realista, teniendo en cuenta el carácter eminentemente educativo de las acciones, la ausencia de un activo componente de promoción social integral, y su conexión con un enfoque paternalista de distribución de alimentos (en vez de promover procesos de producción comunitaria), así como las condiciones de empobrecimiento creciente de la población beneficiaria.

VI. RECOMENDACIONES

1. Reforzar el equipo técnico y administrativo de CARITAS Boliviana para cubrir necesidades de las áreas expandidas y para que en el futuro no se justifique la necesidad de instituciones intermediarias de administración y control.
2. Crear instancias administrativo-técnicas a nivel de áreas con capacidad de planificación, programación y coordinación regional, dependientes del nivel central nacional (1 Coordinador Regional de Área - 1 Comunicador Social de Área y 1 Programador en Computación a 1/2 tiempo).
3. Establecer los mecanismos oficiales de coordinación con el Ministerio de Salud definiendo criterios y funciones; replicar esos mecanismos de coordinación a nivel regional con las unidades sanitarias y, a nivel local, con los distritos y las áreas de salud del Ministerio.
4. Oficializar mediante convenios la coordinación con UNICEF y con otras organizaciones de ayuda internacional.
5. Establecer criterios de coordinación con los otros proyectos que operan en las mismas zonas de trabajo, especialmente con los que desarrollan actividades de salud, y en particular con los que realizan proyectos de sobrevivencia infantil en las mismas zonas con los mismos beneficiarios y con las mismas fuentes de financiación (por ejemplo, USAID).
6. Estructurar un sistema de coordinación y retroalimentación que permita mantener una comunicación frecuente entre los diversos niveles de ejecución. Programar reuniones periódicas idealmente -cada 3 meses- de la siguiente manera:
 - a) Reuniones de promotoras con su respectivo coordinador de campo (de 30 a 50 participantes) en un lugar adecuado de la zona.
 - b) Regularizar las reuniones del nivel diocesano (entre Responsables y Coordinadores) con fines de coordinación y retroalimentación.
 - c) Reuniones de los Responsables Diocesanos de cada área con el equipo regional de área y participación de un miembro del nivel central.
7. Regionalizar el sistema de información para evitar la sobresaturación del sistema central, fortaleciendo además el nivel regional. Esto implica dotación de equipos necesarios.
8. Ante la imposibilidad de autofinanciamiento del proyecto y la eventual terminación del aporte de USAID, CARITAS Boliv-

- iana debería explorar desde ahora la posibilidad de otras fuentes de financiamiento para la continuidad del Proyecto.
9. El aporte que PRITECH ha dado hasta ahora, es reconocido como importante por la entidad ejecutora; sin embargo se ve necesario definir más claramente su participación como entidad de asistencia técnica, clarificando los términos de su aporte financiero.
 10. Considerar reajustes periódicos de la escala salarial para el personal del Proyecto, tomando en cuenta el costo de vida y asegurando salarios competitivos para mantener la calidad técnica del personal.
 11. Incrementar las facilidades de transporte y equipo de campo para mejorar las actividades de supervisión y seguimiento.
 12. La expansión en el Area II se inició de acuerdo con los planes previstos, a pesar de que el Proyecto no ha consolidado sus actividades en el Area I; si no se toman las medidas anteriormente recomendadas, las operaciones del Proyecto en las áreas de expansión y aún en el Area I, van a ser difícilmente controlables en términos de cantidad y calidad, incrementándose las deficiencias encontradas en el Area I.
 13. Reformular la concepción global del proyecto en función de minimizar la motivación que existe hacia la donación de alimentos e incentivar la promoción integral de los Centros.
 14. Reorientar las actividades de vigilancia del crecimiento de tal manera que no se limite a la actividad mecánica de pesar y llevar el carnet de salud en conexión con la distribución de alimentos. Se pretende utilizar al máximo el potencial de la vigilancia de crecimiento para motivar y educar a las Madres sobre los cuidados de salud del niño, y tomar decisiones de acuerdo con las condiciones particulares de cada niño, incluyendo la referencia a un nivel superior de atención. Esta reorientación debe reflejarse en la capacitación.
 15. Elaborar manuales de funciones por niveles, diferenciando las actividades administrativas de las pedagógicas.
 16. Reformular el diseño de cursos para todos los niveles, posibilitando el aporte propio de los participantes.
 17. Reformular las guías de apoyo para promotores, enfatizando un número limitado de mensajes claros.
 18. Elaborar los futuros materiales educativos con una participación más efectiva del personal de campo.
 19. Diseñar un sistema de seguimiento pedagógico a cargo de

coordinadores y promotores para la retroalimentación al Proyecto.

20. Replantear el enfoque global del sistema de supervisión, utilizando el personal de planta del proyecto y capacitándolo para que ejerza una supervisión orientadora y motivadora dirigida a la solución de problemas y al reforzamiento de la capacidad y no simplemente al control, fiscalización y **obtención** de datos.

21. Finalmente, se considera necesario analizar el contenido de sal en el agua de consumo en todas las áreas, antes de promover indiscriminadamente el uso de los SRO y soluciones caseras de rehidratación oral.

A N E X O S

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTAS PARA RESPONSABLES DIOCESANOS

1. Que funciones cumple?
2. Cuántos Centros tiene? Cuántos Coordinadores? Cuántos Centros para cada Coordinador?
3. La Capacitación recibida es suficiente para realizar su trabajo?
4. Qué dificultades ha tenido?
5. Que Sugerencias puede hacer para mejorar el proyecto?
6. Como se siente dentro de CARITAS?

GUIA DE ENTREVISTAS PARA COORDINADORES DE CAMPO

1. Qué funciones cumple?
2. Cuántos Centros atiende?
3. Cada qué tiempo llega a los Centros?
4. En qué consiste su atención al grupo?
5. Cómo realiza la supervisión?
6. La Capacitación recibida es suficiente para realizar su trabajo? Por que?
7. De qué manera le ayudan los materiales y que uso les dá? Está contento? son buenos?
8. Como reaccionan las Madres frente a los materiales?
9. Qué sugerencias puede dar?

GUIA DE ENTREVISTAS PARA PROMOTORAS

1. Qué funciones cumples?
2. Cuántas socias tiene el Centro? Frecuencia de reuniones?
3. Qué hicieron en las últimas 3 a 4 reuniones?
4. Es suficiente tu capacitación? por que?
5. De que manera ayudan los materiales y qué uso les das? Son buenos? Estais contenta? por qué?
6. Cómo reaccionan las socias frente a los materiales? entienden? les gusta?
7. Qué pasaría con el grupo si no hubiera alimentos?
8. Qué recibes como pago por tu trabajo?
9. Por que eres promotora?
10. Que sugerencias puedes dar?

GUIA DE ENTREVISTAS PARA SOCIAS DE LOS CENTROS

1. Cuanto tiempo es socia del Centro?
2. Que le gusta más del Proyecto de Mejoramiento Infantil? Por qué?
3. Qué aprendió en este Proyecto?
4. Las Madres que no están en el Centro saben estas cosas? Por qué?
5. Cómo ingresan al Centro? hay nuevas socias? Cuántas?
6. Qué trabajos han hecho en el último año para la comunidad?
7. Que opinan de los materiales?
8. Escuchan los mensajes de este proyecto por radio ? que les parece?
9. Que haría el grupo si se acababan los alimentos?
10. Sugerencias para mejorar el proyecto.

AREA : 1

DIOCESIS : LA PAZ

PROVINCIA : LOS ANDES

COMUNIDAD : KALERIA

CENTRO : KALERIA

FECHA : 26 DE AGOSTO DE 1987

TIPO DE ENTREVISTA : GRUPAL EN AYMARA A MADRES

1. ¿Cuánto tiempo están en el centro?

Nosotras estamos de nueve a un año. El centro tiene 16 años de vida y fundó Don Abdón Aruni porque su señora tenía conocimiento sobre el programa de Cáritas.

2. ¿Qué les gustó más del proyecto de Mejoramiento Infantil?

Lo que más nos gusta es el tema de la nutrición. Con el proyecto estamos un año y la promotora de salud está menos de un año.

3. ¿Qué aprendieron con este proyecto?

Desde que tenemos a la promotora estamos aprendiendo a preparar el suero casero, nutrición e higiene.

En años anteriores solo se realizaban reuniones de medio día.

Un grupo dijo: Algunas socias se retiraron por las discusiones sobre alimentos y cuotas, ellas le dicen a la presidenta: me das menor cantidad de alimentos y te has hecho sobrar el dinero.

4. ¿Las madres que no están en el Centro saben de estas cosas?.

Las que no tienen hijos no son socias, ellas no saben lo que nosotras estamos aprendiendo ¿porque?

Solamente estamos las que tenemos hijos y ellas nos critican diciéndonos que vamos solamente por alimentos dejando nuestro ganado y nuestros maridos cada semana.

Otras dicen que sus hijos han crecido, están ya en la escuela y por eso no están en el Centro.

5. ¿Como ingresaron en el Centro?

Antes solo existía el coordinador, a él le rogábamos para recibir alimentos y pertenecer al centro, ahora solicitamos nuestro ingreso a la presidenta y ella nos hace ingresar.

6. ¿Hay nuevas socias? ¿Cuántas?

Hay cuatro nuevas socias. A la promotora no se le dá mucha importancia. Hemos ingresado al centro porq necesitamos ayudarnos con alimentos ya que no tenemos suficiente cosecha.

7. En el último año que trabajos realizaron para la comunidad?

No hicimos ningún trabajo para la comunidad, solo hacemos reuniones.

B. ¿Qué opinan de los materiales de enseñanza?

A través del rotafolio entendemos mejor, pero algunas no podemos interpretar el dibujo por lo menos las que no sabemos leer.

9. ¿Escuchan los mensajes sobre el proyecto en la Radio San Gabriel?

A veces escuchamos el programa de Radio San Gabriel que diga: Cuando sus niños estan con diarrea prepare el suero casero.

Otras dicen: Podríamos escuchar pero no tenemos pilas. Los sobres de rehidratación oral no curan, en vano les hacemos tomar a nuestros hijos.

10. ¿Qué haría el grupo si se acabaran los alimentos?

Nosotras podriamos seguir reuniéndonos porque la promotora es de nuestra comunidad, ella nos enseñará. Nosotras tenemos hijos y los alimentos nos ayudan, pero si no hubiera alimentos igual nos reuniríamos.

Otras socias dicen: Si se terminan los alimentos el centro desaparece porque funciona solamente con alimentos.

Sugerencias:

La promotara debe capacitarse más, nosotras deseamos aprender a leer y escribir, pues hace muchos años que venimos al centro en vano, no podemos aprender y le hacemos renegar a la promotora.

AREA : I

DIOCESIS : LA PAZ

PROVINCIA : LOS ANDES

COMUNIDAD : KHENTOPATA

TIPO DE ENTREVISTA : GRUPAL EN AYMARA A MADRES

FECHA : 26 DE AGOSTO DE 1987

1. ¿Cuánto tiempo están en el Centro o Club?

Algunas estamos 20 años, desde que se fundó con el nombre de Club de Amas de Casa. Otras están de 3 a 1 año. Desde 1984 se llama Centro de Madres, las reuniones se realizan cada miércoles. Los objetivos de los Centros son: Recibir alimentos, saber tejer y coser.

2. ¿Qué les gusta más del proyecto de Mejoramiento Infantil?

Lo que nos gustó es saber sobre la diarrea, el peso y talla. Algunas no hemos podido entender bien. Otras no venimos constantemente porque tenemos animalitos que cuidar, nuestros hijos son pequeñitos y no pueden pastar. Ahora nos reunimos la mayoría de las madres porque nuestros hijos no están yendo a la escuela. No hemos captado todo por es difícil para nosotras.

3. ¿Qué aprendieron en este proyecto?

Aprendimos sobre el mejoramiento de nuestros niños, alimentación y preparación del suero casero el cual dicen que se debe poner 8 cucharillas de sal y azúcar y no sé que más será (se olvidó). Aprendemos también como llevar adelante el Centro.

4. ¿Las madres que no están en el Centro saben de estas cosas?

No saben y protestan, dicen: esas mujeres son unas flojas, solo van a sentarse todo un día.

a. ¿Por qué dicen así?

Ellas dicen que no desean pertenecer a este centro, no desean saber porque se pierde el tiempo.

5. ¿Cómo ingresaron al Centro?

Porque el sanitario y la promotora toman el peso y talla de nuestros hijos y nos anotan para la entrega de alimentos.

Ocho madres dicen: Nosotros entramos al Centro a través de informaciones de madres antiguas y somos de otra comunidad cercana que se llama Alto Yanami.

6. ¿Hay nuevas socias? ¿Cuántas?

Hay cinco socias nuevas. Nosotras ingresamos de la misma manera.

La Presidenta dice: El sanitario nos dice que ya están anotadas en nuestras listas y nosotras no tenemos más alternativa que recibir las, además, tenemos compasión de ellas porque son muy pobres.

a. ¿Cuál de ellos pesan mejor?

El sanitario.

b. ¿Porqué?

La promotora solamente pesa para recibir alimentos, o sea, para el carnet de los niños; mientras que el sanitario nos indica bien. El sanitario pesó la semana pasada; cada cual pesan a nuestros niños en diferentes fechas.

7. ¿Durante el último año qué trabajos realizaron para la comunidad?

No hicimos ningún trabajo para la comunidad.

Otras dicen: Por algo están nuestros maridos.

8. ¿Qué opinan de los materiales de enseñanza?

Solamente conocemos el rotafolio, en el cual vemos en el dibujo a un niño que está con diarrea, se le secan sus labios, adelgaza y muere.

De los dibujos algunas entendemos bien y otras regular. Pero nuestros hijos no se enferman con diarrea, se enferman con resfriado y tos. La sal de rehidratación oral no es tan importante.

a. ¿Porqué no es importante la sal de rehidratación oral?

Porque podemos preparar el suero casero.

9. ¿Escuchan mensajes sobre el proyecto por la Radio San Gabriel?

Escuchamos los mensajes del proyecto de 7 a 8 de la mañana los que tenemos radio y pilas, pero la mayoría no escucha.

10. ¿Qué haría el grupo si se acabaran los alimentos?

Si desaparecieran los alimentos, igual nos reuniríamos.
Nosotras no solamente venimos por los alimentos si no también para aprender lo que nos enseña la promotora y el sanitario al que le llamamos hermano.

Varias dijeron: Los alimentos no son duraderos, tarde o temprano desaparecerán, además estamos acostumbradas a reunirnos. Cuando no asistimos al centro nos dá pena. El coordinador Anselmo es muy bueno, nos orienta bien y se preocupa por nosotras.

Sugerencias:

Desearíamos aprender a leer y escribir en aymara y castellano.

La promotora debería ser de la misma comunidad que el Centro.

Comentarios:

Tenemos medicinas naturales que no utilizamos por temor a no saber como usarlos, por ej., no sabemos cuales son para la diarrea.

Los alimentos recibimos de acuerdo a la cantidad de hijos que tenemos.

Hay días que no viene la promotora porque trabaja y estudia en otro lugar, en esos días nos enseña el hermano (el sanitario). Algunas no sabemos si la promotora es de Cáritas o de Radio San Gabriel.

ÁREA : I

DIOCESIS : COROROCO

PROVINCIA : AROMA, PATACAMAYA

FECHA : 27 DE AGOSTO DE 1987

TIPO DE ENTREVISTA: GRUPAL A SEIS PROMOTORAS EN AYMARA

1. ¿Qué funciones cumplen?

Nosotras enseñamos a las madres lo que hemos aprendido, por ejemplo:

- Tratamiento de rehidratación oral
- Vigilancia nutricional
- Alimentación

2. Cuántas socias tiene cada Centro? ¿Cuál es la frecuencia de las reuniones del Centro?

Cada centro tiene de 21 a 35 socias. Las reuniones se realizan cada semana, de acuerdo a los días que las socias elijen.

3. ¿Qué hicieron en las últimas 3 ó 4 reuniones?

- Coordinamos con los centros para realizar un juego deportivo de las madres.

- Pesamos y medimos las tallas de los niños.

- Dimos charlas sobre Mejoramiento Infantil respecto a la alimentación de los niños y como evitar la diarrea de ellos.

- Para cada centro hay tres promotoras, una de tejidos, otra de corte y confección y otra de salud.

- En cada reunión enseñamos nuestros temas de acuerdo al horario acordado por cada promotora.

4. ¿Es suficiente la capacitación que tienen? si no lo es ¿por qué?

No es suficiente, porque nos olvidamos muy rápidamente los temas aprendidos en los cursillos.

5. ¿De qué manera les ayudan los materiales; los rotafolios, afiches y cuadros?

Es una guía para nosotras, nos ayudan a ordenar los temas. Los dibujos nos facilitan a que las socias entiendan lo que les enseñamos.

6. ¿Qué uso le dan a estos materiales?

Nos sirven para describir y explicar el contenido del tema. Los materiales son buenos.

7. ¿Están contentas con los materiales que reciben?

No estamos muy contentas porque hay palabras difíciles que no se pueden explicar en el Aymara.

8. ¿Cómo reaccionan las socias frente a los materiales?

Se admiran, no se cansan durante las exposiciones y les gusta. Pero en poco tiempo se olvidan lo aprendido, pues cuando se les pregunta ya no recuerdan lo que vieron en el rotafolio.

9. ¿Qué sucedería con los grupos si no hubiera alimentos?

Creemos que ya no se reunirían. Las madres vienen a los centros por el interés de recibir alimentos, algunas por necesidad y otras por costumbre.

10. ¿Qué reciben como pago a su trabajo?

En recompensa a nuestro trabajo recibimos dos raciones de alimentos.

11. ¿Por qué son promotoras?

Porque tenemos interés en capacitarnos, orientar a las madres y mejorar nuestras comunidades.

12. ¿Tienen algunas sugerencias?

Las coordinadoras deben capacitarse más. Queremos aprender a vacunar y continuar el tema del Mejoramiento Infantil en posteriores cursillos. Deseamos intercambiar experiencias con las promotoras de las Diócesis de Oruro y La Paz.

AREA : I

DIOCESIS : COROCORO

PROVINCIA : CHIOJÑOMA

TIPO DE ENTREVISTA : GRUPAL EN AYMARA A MADRES

FECHA : 27 DE AGOSTO DE 1987

1. ¿Cuánto tiempo están en el centro o club? ¿Tiene el centro o club seis años de vida?.

Algunas estamos desde su fundación y otras tres o dos años. Con el nombre de Club de Amas de Casa se fundó en el año de 1982. Nuestros objetivos consistían en abrir un taller de artesanía, para eso aprendimos a tejer frazadas de lana de oveja. Durante tres años nos reunimos sin adquirir beneficios o alimentos de Cáritas, posteriormente, hacen tres años que recibimos alimentos. Desde que recibimos alimentos nuestro club se llama Centro de Madres.

En los primeros tres años tejíamos frazadas y chusoas, las reuniones siempre fueron cuatro veces al mes. Teníamos dos promotoras de Cáritas y lo que tejíamos se vendían para nuestros gastos familiares.

2. ¿Qué les gustó más del proyecto?

- a) ¿El tratamiento de Rehidratación Oral?
- b) ¿Vigilancia Nutricional?
- c) ¿Alimentación?

Lo que más nos gustó fué la preparación del suero casero e higiene. Es el primer año que la promotora de salud nos enseñó. Pero lo que más nos gusta es la artesanía.

3. ¿Que aprendieron en este proyecto?

El cuidado de los niños, saber preparar el suero casero, la receta de cebolla con harina blanca, higiene y el bordado en yute. La promotora nos dice que debemos enterrar los animales muertos, hacer letrinas y mantener todos nuestros bienes limpios. El suero casero es para que el niño no pierda el líquido.

4. ¿Las madres que no están en el club saben de estas cosas? Y si no lo saben ¿Porqué?

No saben nada de estas cosas porque no hay quien les enseñe, algunas no tienen interés en aprender y no desean alimentos porque varias de ellas tienen camiones.

a. ¿Porqué no están todas las madres?

Porque en la oficina de Cáritas nos dijeron que en el centro deberán estar todas las madres pobres y las que tienen hijos.

b. ¿Cuántas socias tiene el Centro?

Anteriormente fuimos 32 socias, pero ahora somos solamente 23 socias.

c. ¿Porqué?

Por el miramiento y disgusto entre socias, algunas no pueden aprender y se enojan porque la promotora les riñe, no hacen caso a las promotoras y las demás socias les llamamos la atención. No quieren ir a las reuniones y congresos que convoca Cáritas y otras las que son evangelistas, se retiraron porque dicen que en Cáritas ya no las quieren, también dicen que Cáritas sus hijos van a ser sellados para luego quitárselos (ellas sacuchan desde rumboré).

5. ¿Como ingresaron al club?

Cáritas nos seleccionó a todas las pobres en 1982 para que recibieramos alimentos.

12 socias dicen: Hemos insistido y rogamos para ingresar al club porque tenemos hijos y necesitamos ayudarnos con alimentos.

5 socias dicen: Nosotras deseamos aprender a tejer, coser, mejorar nuestro hogar y saber curar a nuestros hijos. No tenemos suficiente cosecha por la helada.

6. ¿Existen nuevas socias? ¿Cuántas?

Hay seis socias nuevas que ingresaron en el mes de Julio.

Ellas dicen: Nosotras todavía no aprendimos nada. Nos gustaría saber sobre el cuidado de los niños, tejido y bordado. Nosotras solicitamos el ingreso a la presidenta del centro, Sra. Mery Chipana. Además trabajamos la sede (o el local) hace tres años atrás y ahora nos gustaría que por lo menos nos den alimentos.

7. ¿Qué trabajos han realizado en el último año para la comunidad?

Solo cursillos, hemos bordado bolsas de yute. Algunas practicamos en nuestras casas lo que nos enseñan pero no hicimos nada por la comunidad.

8. ¿Qué opinan sobre los materiales de enseñanza?

Conocemos una sola forma de enseñanza, el rotafolio, el cual nos facilita a entender, el dibujo nos hace entender la realidad en que vivimos.

Una socia dijo: Yo no se leer, pero entiendo con los dibujos.

9. ¿Escuchan los mensajes de la Radio San Gabriel sobre este proyecto?

Algunas escuchamos, otras no tenemos pilas para escuchar la radio. -

¿Como y a qué hora escuchan?

El horario es en la mañana y transmiten tal como nos enseña la promotora pero se entiende mejor que a la promotora.

Una socia dijo: Yo soy ciega, solo aprendo a través de la radio sobre el cuidado del niño.

10. ¿Qué haría el grupo si se acabaran los alimentos?

Podríamos seguir con nuestras reuniones, podríamos abrir el taller que ya está planeado y que todavía no realizamos; además, ya estamos acostumbradas a reunirnos y compartir entre nosotras. Para nosotras es muy importante el día de las reuniones. También dijeron que ~~no conocen~~ al coordinador.

11. ¿Tienen algunas sugerencias?

Que la promotora se capacita más. Deseamos aprender más sobre los trabajos artesanales, coser polleras, cocinar. Deseamos que la promotora nos enseñe bien para que nosotras en el futuro podamos reemplazarla.

Comentarios:

Generalmente cuando nuestros hijos tienen diarrea, les curamos con pepa de palta, cáscara de piña, granada y otros. Pero ahora las que sabemos preparar el suero casero y usar la sal de rehidratación oral, ya no curamos a nuestros hijos con medicinas caseras.

AREA : I
 DIOCESIS : DRURO
 PROVINCIA : DALENCE
 COMUNIDAD : VILUYO
 CENTRO : JUANA AZURDUY DE PADILLA
 FECHA : 28 DE AGOSTO DE 1987
 TIPO DE ENTREVISTA : GRUPAL EN QUECHUA A 18 MADRES

1. ¿Cuánto tiempo están en el Centro?

Algunas estamos 9 años y otras 1 año. No sabemos cuando se fundó el Centro.

2. ¿Qué les gustó mas del proyecto de Mejoramiento Infantil?

Lo que nos gustó mas es saber como curar a nuestros hijos la diarrea, con suero casero, y el peso y talla de los niños.

3. ¿Qué aprendieron de este proyecto?

Con la enfermera de salud y la promotora, aprendimos a preparar el suero casero y como alimentar a nuestros hijos; también aprendimos tejidos, costura y bordados con la promotora de Huanuni. Alfabetización nos enseña Casilda. También realizamos reuniones para analizar los problemas del Centro.

4. ¿Las madres que no pertenecen al Centro saben de estas cosas?

Las que no asisten a los cursillos no lo saben, pero hay algunas madres voluntarias que están aprendiendo al igual que nosotras, porque tienen interes, y desean hacer pesar a sus hijos.

5. ¿Como ingresaron al Centro?

Para ingresar al Centro preguntamos a la presidenta si hay-vacancia o no.

Algunas socias dijeron: Durante tres meses asistimos al centro sin beneficio de alimentación, eso acatando a las órdenes del coordinador, estábamos en etapa de prueba para ver si realmente teníamos interés y si deseábamos aprender a curar a nuestros hijos, a bordar y tejer. La promotora nos riñe mucho, son muy renegonas las que nos enseñan.

6. ¿Hay nuevas socias? ¿Cuántas?

Hay cuatro socias nuevas que están en etapa de prueba.

7. En el último año ¿qué trabajos realizaron para la comunidad?

En el último año solamente realizamos cursillos sobre alimentación, aprendimos a pesar y medir a nuestros hijos. Para la comunidad no hicimos nada.

8. ¿Qué opinan de los materiales de enseñanza?

A través del rotafolio entendemos mejor y nos damos cuenta de lo que vivimos en nuestras casas. No entendemos nada de los juegos que nos hacer jugar.

9. Escuchan los mensajes sobre el proyecto en la Radio San Gabriel?

Escuchamos la Radio Topater; el programa de Mejoramiento Infantil es bueno.

Otras dicen: Yo no tengo tiempo para escuchar la radio, todo el día estoy en el campo.

10. ¿Qué haría el grupo si se acabaran los alimentos?

Nos reuniríamos igual para aprender artesanía. Además cada madre recibe solo dos raciones aunque tenga cuatro hijos. El aporte es de Bs 3,50.

Sugerencias

La promotora deberá capacitarse más. Deben mejorar los dibujos para nuestro entendimiento y también se debe completar la alfabetización.

AREA : I

· DIOCESIS : DRURO

PROVINCIA : CERCADO

COMUNIDAD : MULLEPUNCO

CENTRO : MULLEPUNCO

FECHA: 29 DE AGOSTO DE 1987

RESUMEN DE ENTREVISTAS GRUPALES EN QUECHUA A MADRES

1. ¿Cuánto tiempo están en el Centro?

En el Centro estamos desde su fundación, hacen seis años, somos 18 socias, 13 socias reciben alimentos. Hay dos ancianas y tres cholitas que no se benefician de los alimentos. El objetivo del Centro es mejorar el nivel de vida de cada una de nosotras con la capacitación.

2. ¿Qué les gustó más del Proyecto de Mejoramiento Infantil?

De los seis años que pertenecemos al Centro, un año estuvimos pasando cursillos de tejido, después se casó la promotora y se fué y no sabemos donde se encuentra. Lo que más nos gustó es leer y escribir, antes no sabíamos ni siquiera firmar nuestros nombres, ahora sabemos. De las 18 madres solo dos no pueden aprender.

3. ¿Qué aprendieron de este proyecto?

Aprendimos como mejorar la salud de nuestros hijos, la alimentación. Para nosotras este es un programa nuevo. Con la promotora Florencia estuvimos tres años pues nosotras la elegimos, pero se fué a trabajar a Cáritas y no tiene tiempo.

4. ¿Las madres que no están en el Centro saben de estas cosas?

Algunas madres que no tienen tiempo y no reciben alimentos no están aprendiendo, pero mandan a sus hijos, y cuando hay trabajos en el Centro ellas nos ayudan.

5. ¿Como ingresaron al Centro?

La presidenta del Centro nos visita en cuanto somos madres. Casa por casa viene a invitarnos a que seamos socias del Centro.

a. ¿Por qué?

Porque en el Centro somos muy pocas socias.

6. ¿Hay socias nuevas? ¿Cuántas?

Solo hay una socia nueva.

7. ¿Qué trabajos hicieron para la comunidad en el último año?

Estamos trabajando invernaderos de hortalizas, cultivo de cebollas y zanahorias para el beneficio del Centro. El secretario general nos facilitó el terreno de la comunidad para nuestras obras.

8. ¿Qué opinan de los materiales de enseñanza?

Para la mayoría de nosotras el rotafolio es difícil de entender.

9. ¿Escuchan mensajes sobre el proyecto en la Radio San Gabriel?

Escuchamos a través de la Radio Bahai el programa de Mejoramiento Infantil y es muy bueno para nosotros.

Nuestros niños no se enferman con diarrea. Los sobres de rehidratación oral están guardados.

10. ¿Qué haría el grupo si se acabaran los alimentos?

Nosotros podemos continuar con el trabajo colectivo que tenemos, además, estamos acostumbradas a reunirnos cuatro veces al mes.

11. Sugerencias.

La responsable debe visitarnos más a menudo.

Deseamos aprender a leer y escribir.

La promotora debe capacitarse en todos los items relacionados con la mujer.

ANEXO 2

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADASCARITAS BOLIVIANA

Monseñor Jesús Lopez de Lama, Presidente
 Monseñor Julio Terrazas, Presidente Conferencia Episcopal
 Monseñor Luis Casey, Obispo Auxiliar de La Paz
 Lic. José Barrientos, Director Nacional
 Dr. Javier Espindola, Coordinador Nacional del Proyecto
 Profesor Cornelio Ballesteros, Comunicador Social
 Lic. Fredy Carranza, Analista de Sistemas
 Sr. Oscar Tejerina, Programador
 Sr. Juan Carlos Rodas, Contador

USAID/BOLIVIA

Sr. Paul Hartenberger, Oficial de la División de Salud y Recursos Humanos (HHR).
 Sra. Elba Calero

PRITECH

Sr. Curt Schaeffer, Representante
 Dra. Ana Maria Aguilar, Consultora

CARITAS LA PAZ

Lic. Carlos Sagárnaga, Director Diocesano
 Sr. Marcos Gutierrez, Responsable Diocesano
 Sr. Anselmo Choque, Coordinador
 Srta. Rosa Gutierrez, Promotora de Khentopata
 Srta. Hipólita Poma, Promotora de Kaleria
 35 socias del Centro de Madres Khentopata
 36 socias del Centro de Madres Kaleria

CARITAS COROCORO

Sr. Antonio Delgado, Director Diocesano
 Sr. Simón Laura, Responsable Diocesano
 Sr. Enrique Rivas, Coordinador
 Sr. Jonny Flores, Coordinador
 Srta. Adela Vargas, Coordinadora
 Sr. Ramón Antalio, Coordinador
 Sra. Claudina de Choque, Promotora de Achiri
 Srta. Reynalda Quispe, Promotora Provincia José M. Pando
 SRta. Margarita Choque, Promotora Provincia José M. Pando
 Srta. Teodora Mamani, Promotora Provincia Pacajes
 Srta. Ramona Apaza, Promotora Provincia Pacajes

Srta. Angelina Tumiri, Promotora Provincia Pacajes
 Srta. Ema Usnayo, Promotora de Berenguela
 Srta. Florencia Apaza, Promotora de Callapa
 Entrevista grupal a otras seis promotoras
 Entrevista grupal a 25 socias del Centro de Madres de Choj-
 ñoma

CARITAS ORURO

Sr. Leovigildo Aguirre, Director Diocesano
 Sr. Rufino Copa, Responsable Diocesano
 Entrevista grupal a participantes en el Curso de Capacitación
 para promotoras y socias.
 Sra. Aurora Tovar de Romano, Promotora de Viluyo
 Entrevista grupal a 18 socias del Centro de Madres de Viluyo
 Srta. Florencia Torrez, Coordinadora de Campo y Promotora de
 Mullepunco
 Entrevista grupal a 18 socias y 3 no socias participantes en
 el Curso de Capacitación sobre alimentación y nutrición
 en Mullepunco

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Dra. Marta Mejía, Directora Programa Nacional de Control de
 Diarreas
 Dra. Ana María Yung, Programa Crecimiento y Desarrollo
 Sr. Ruperto Pachabaya, Auxiliar de Enfermería del Hospital de
 Tiahuanacu
 Auxiliar de Enfermería del Hospital de Huanuni.

UNICEF

Dr. Oscar Castillo, Oficial de Salud
 Lic. Magali de Yale, Consultora

CATHOLIC RELIEF SERVICES

Mr. James D. Noel, Director de Programa
 Lic. Kathy DeRiemer, Departamento de Proyectos