

PN-ABZ-940

92880

**FORMULACIÓN DE PLANES
DE MERCADEO SOCIAL**

1-22 de mayo de 1996
Quito, Ecuador

Patricio Barriga

Directivo Técnico: 000 EC 01 015
Contrato de USAID: HRN-6006-C-00-3031-00

A

INDICE

AGRADECIMIENTOS

SIGLAS

RESUMEN EJECUTIVO	1
Actividades del consultor	1
Recomendaciones	1
El Futuro Inmediato	2
Logros	3
<i>Planes formulados</i>	3
<i>Personal capacitado en la formulación de planes</i>	3
<i>El equipo de APOLO expuesto a una nueva estrategia de trabajo con y para la comunidad</i>	3
LA TAREA PRINCIPAL DEL CONSULTOR	4
NOCIONES EN QUE SE BASÓ ESTA CONSULTORÍA	4
Términos de Referencia	4
PROPOSITO DE LA CONSULTORÍA	5
RELACIONES INSTITUCIONALES	6
ACTIVIDADES	6
Diseño de la "REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL"	6
<i>Un diseño complejo</i>	6
<i>Diseño en colaboración con APOLO</i>	7
<i>El diseño se ajustó a las necesidades</i>	7
Conducción de la "REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL"	8
<i>Largas horas de trabajo y nuevos participantes</i>	8
<i>Análisis de Comportamiento, actividad crucial</i>	8
<i>Un diseñador gráfico</i>	9
<i>Perseverancia de los participantes</i>	9
<i>Clausura y Evaluación</i>	9
Asistencia a la oficina de CEMOPLAF/Otavalo en la formulación de la investigación cualitativa que servirá de base para su Plan de Mercadeo Social ..	10
<i>Un apoyo necesario</i>	10
<i>La meta: reducir mortalidad por neumonía</i>	10
<i>Innovación con el potencial de combinar el propósito de incremento de atención médica y la prevención de la mortalidad</i>	10

<i>Supuestos para la investigación</i>	10
<i>Manejo Integrado de Casos (MIC)</i>	11
<i>Un plan tentativo que debe ser fortalecido</i>	11
<i>Mejorar el producto y, a la vez, incrementar la demanda</i>	12
<i>En búsqueda de una innovación replicable y sostenible</i>	12
<i>La investigación cualitativa dirigida a afinar el "producto"</i>	13
Asistencia a la Fundación Eugenio Espejo en la programación del Plan de Mercadeo Social sobre Planificación Familiar para el Centro de Salud de Chilibulo, Quito	13
<i>Falta de usuarios</i>	13
<i>Cronograma</i>	14
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	15
Planes formulados	15
Personal capacitado en la formulación de planes	15
El equipo de APOLO expuesto a una nueva estrategia de trabajo con y para la comunidad	15
RECOMENDACIONES	16
Con relación a la consultoría	16
<i>Concluir los planes de Mercadeo Social</i>	16
Seguimiento y monitoreo para la ejecución de los planes	16
En relación a los servicios de asistencia técnica de APOLO	18
<i>Dejar a un lado el concepto de asistencia social</i>	18
<i>Pareciera que esta es la clave del autosostenimiento de un programa de salud: respetar las leyes del mercado.</i>	18
Desarrollar una visión no medicalizada de la APS	18
Participación de la comunidad	18
 ANEXOS	
ANEXO A: PRETEST	
ANEXO B: POSTEST	
ANEXO C: ILUSTRE MUNICIPIO DE BOLÍVAR, PROVINCIA DEL CARCHI	
ANEXO D: CENTRO MÉDICO PARROQUIAL DE CHORDELEG PROVINCIA DE AZUAY	
ANEXO E: FUNDACIÓN EUGENIO ESPEJO	
ANEXO F: GRUPO DE TRABAJO CEMOPLAF LAGO AGRIO	
ANEXO G: INFORME CENTRO # 16 OTAVALO	
ANEXO H: FUNDACIÓN HUMANITARIA PABLO JARAMILLO CUENCA, ECUADOR, 1996	

AGRADECIMIENTOS

Esta consultoría no hubiera alcanzado el éxito que los participantes lo manifiestan en la evaluación, sin el apoyo del personal de USAID/Ecuador y el equipo técnico y administrativo del proyecto BASICS. El equipo técnico de APOLO/CARE ofreció valiosa asistencia para concluir los planes de Mercadeo Social (MS) con las seis ONG participantes.

Reconocimiento a los participantes del **“Taller de Formulación de Planes de Mercadeo Social”**, quienes trabajaron con ahínco para obtener la meta propuesta a pesar de algunas condiciones adversas, el tiempo limitado, una de ellas. Para ellos la felicitación del consultor.

Gracias por su dedicación al personal de CEMOPLAF de Otavalo por la perseverancia y compromiso dirigido a cumplir, aunque sea con demora, con la tarea de conducir una investigación cualitativa que será la base de su “Estrategia de Mercadeo Social”.

Felicitaciones al personal de la Fundación Eugenio Espejo que trabaja en el Centro de Salud de Chilibulo. Ellos lograrán, sin duda, sus propósitos de ampliar su cobertura tanto en calidad de servicios como en magnitud, propósitos totalmente factibles a través del Mercadeo Social.

d

SIGLAS

APOLO	Apoyo a las Organizaciones Locales
CARE	Consejo de Ayuda y Remesas al Exterior
CEMOPLAF	Centro de Planificación Familiar
HPS	Haceres, pensares y sentires
MEC	Manejo efectivo de casos
MIC	Manejo integrado de casos
MS	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental

RESUMEN EJECUTIVO

La principal función del consultor fue diseñar y facilitar un taller de Planificación de Mercadeo Social para las ONG seleccionadas por el Proyecto APOLO. Esta empresa incluyó la preparación de materiales de referencia, recursos de capacitación y la facilitación de un proceso técnico conducente a redactar simultáneamente seis planes de Mercadeo Social para seis diferentes proyectos de las ONG.

Además del taller mencionado, el consultor fue responsable de ofrecer asistencia técnica directa a dos ONG, seleccionadas para el efecto, por el Proyecto APOLO. Ellas fueron: CEMOPLAF de la ciudad de Otavalo y la Fundación Eugenio Espejo en la ciudad de Quito.

Esta es la segunda de tres consultorías para asistir a las ONG del Proyecto APOLO en el desarrollo, implementación y evaluación de actividades de mercadeo social dirigidas a incrementar la demanda y el apoyo financiero. La primera consultoría, realizada en febrero de 1996, se concentró en la introducción de los conceptos del Mercadeo Social a los gerentes de las ONG y en el desarrollo de técnicas de investigación cualitativa al personal de APOLO y de las ONG.

Actividades del consultor

1. Diseño de la "REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL"
2. Conducción de la "REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL"
3. Asistencia a la oficina de CEMOPLAF/Otavalo en la formulación de la investigación cualitativa que servirá de base para su Plan de Mercadeo Social.
4. Asistencia a la Fundación Eugenio Espejo en la programación del Plan de Mercadeo Social sobre Planificación Familiar para el Centro de Salud de Chilibulo, Quito.
5. Reuniones con el personal de APOLO para diseñar las actividades de seguimiento de la presente consultoría.

Recomendaciones

Con relación a la consultoría

1. Concluir los planes de Mercadeo Social
2. Seguimiento y monitoreo para la ejecución de los planes

En relación a los servicios de asistencia técnica de APOLO

1. Dejar a un lado el concepto de asistencia social
2. Desarrollar una visión no medicalizada de la APS
3. Lograr la participación real de la comunidad

El Futuro Inmediato

La secuencia de acciones inmediatas puede resumirse de la siguiente manera:

1. Visita a las ONG participantes para evaluar el último taller y para concluir el plan de Mercadeo Social. Para esta actividad se recomienda que el personal de APOLO se guíe en el documento “Cómo Formular un Plan de Mercadeo Social” escrito por este consultor.
2. Preparación del cronograma de actividades mayo-octubre, 1996. Éste ha de desarrollarse solamente cuando las principales decisiones sobre la estrategia creativa y el posicionamiento ya se hayan tomado. El cronograma será suficientemente flexible para ser modificado sobre la marcha.
3. Preparación de materiales educativos (“piezas de comunicación”) en forma cruda. Podemos llamarlos prototipos. Como se ha dicho, estos materiales pueden ser impresos, de radio, audiovisuales, etcétera. Se entiende que ésta es una de las actividades que habrán sido incluidas en el cronograma. El consultor aspira a que para junio y julio del presente año, estas piezas de comunicación hayan sido producidas.
4. Prensayo de prototipos. Cada formato merece un tratamiento diferente, dependiendo de los objetivos y de la función que van a cumplir en el proceso de cambio de comportamiento. Así, el material radial sería prensayado a través de grupos focales, los materiales escritos usando entrevistas en profundidad, etc. Se recomienda utilizar como referencia el documento entregado por el consultor: “Prepruebas de las piezas de comunicación” (Borrador).
5. La validación de las piezas de comunicación entre el personal institucional no debe ser descartada, pues la opinión de los colegas de APOLO, de CARE, de AID, del MSP, pueden ser muy valiosas. Sin embargo, hay que recordar que la población hacia la cual están dirigidas es la que tiene la última palabra. Las principales técnicas de prensayo (o validación) de material son de carácter cualitativo, es decir que los participantes de estos eventos de Mercadeo Social que BASICS ha dirigido con APOLO, ya poseen las destrezas para conducir prensayos.

6. Elaboración de un informe de la primera etapa de implementación. Este informe será presentado en las reuniones de evaluación que originalmente se iban a efectuar en agosto, pero que ahora están programadas para octubre de 1996.

El informe será una recolección crítica de las actividades y de los logros alcanzados en estos cinco meses de trabajo.

Logros

Planes formulados

Lo más importante ha sido, sin duda, la formulación de los planes de Mercadeo Social para cada una de las seis ONG participantes. Ellos constituyen una suerte de “carta de navegación” que les permitirá mantener el rumbo escogido hasta alcanzar los objetivos propuestos en los mismos planes. Su alcance puede ser de dos a tres años.

Personal capacitado en la formulación de planes

Doce personas procedentes de siete ONG han sido capacitadas en el uso de una metodología de comprobada efectividad. Naturalmente, esta efectividad depende de la convicción de APOLO. El personal capacitado apenas ha llegado a formular los planes usando algunas destrezas básicas de psicología, antropología, desarrollo de la organización y mercadeo social.

El equipo de APOLO expuesto a una nueva estrategia de trabajo con y para la comunidad

Aunque en esta consultoría no participaron más que dos profesionales de APOLO a tiempo completo, es evidente que existe avidez por aprender más sobre el Mercadeo Social entre todos los miembros técnicos.

LA TAREA PRINCIPAL DEL CONSULTOR

La tarea principal del consultor fue “diseñar y facilitar un taller de Planificación de Mercadeo Social para las ONG seleccionadas por el Proyecto APOLO”.

Esta empresa incluyó la preparación de materiales de referencia, recursos de capacitación y, tal vez el aspecto clave, la facilitación de un proceso técnico conducente a redactar simultáneamente seis planes de Mercadeo Social para seis diferentes proyectos de las ONG.

Además del taller mencionado, el consultor fue responsable de ofrecer asistencia técnica directa a dos ONG, seleccionadas para el efecto, por el Proyecto APOLO. Ellas fueron: CEMOPLAF de la ciudad de Otavalo y la Fundación Eugenio Espejo en la ciudad de Quito.

NOCIONES EN QUE SE BASÓ ESTA CONSULTORÍA

- El Mercadeo Social es una herramienta que, bien utilizada, puede ayudar a formular estrategias de cambio de comportamiento individual, familiar y comunitario. También es capaz de provocar cambios planeados en la “conducta institucional”, en la cultura de la organización.
- Uno de los principales atributos del Mercadeo Social es que puede producir cambios notables en tiempos relativamente cortos. Aunque no funciona como panacea para todos los problemas de organización, puede remediar fallas de diseño y ejecución, cuando éstas son detectadas tempranamente. Para ello, el Mercadeo Social puede combinarse con otras opciones técnicas como el Desarrollo de la Organización, la Reingeniería y el enfoque de Gerencia de Calidad Total.
- Usar técnicas de Mercadeo Social, aunque parezca lo contrario, es una actividad que requiere de destrezas específicas de planificación, gerencia y evaluación. La improvisación, o la utilización parcial de esas técnicas puede producir efectos desalentadores. Más todavía, el Mercadeo Social para lograr su eficacia potencial, exige de consistencia en el seguimiento.

Términos de Referencia

- A) Nombre: *Patricio Barriga*
B) Código : *000-EC-01-015*
C) Destino: *Quito, Ecuador*
D) Fechas: *1-22 de mayo, 1996 (aprox.)*
E) Días: *22*

ANTECEDENTES

Esta es la segunda de tres consultorías para asistir a las ONG del Proyecto APOLO en el desarrollo, implementación y evaluación de actividades de mercadeo social dirigidas a incrementar la demanda y el apoyo financiero. La primera consultoría, realizada en febrero de 1996, se concentró en la introducción de los conceptos del Mercadeo Social a los gerentes de alto rango de las ONG y en el desarrollo de técnicas de investigación cualitativa al personal de APOLO y de las ONG.

ACTIVIDADES

El consultor diseñará y facilitará un taller de planificación del Mercadeo Social, el mismo que incluye la preparación de materiales de referencia y de capacitación, el uso de los datos recolectados (como parte de la investigación cualitativa efectuada) por cada ONG después del taller inicial del mes de febrero. El consultor ofrecerá asistencia técnica en técnicas de Mercadeo Social a las ONG seleccionadas por APOLO y a proyectos de CARE, y evaluará los resultados del taller en colaboración estrecha con el personal de APOLO.

PRODUCTOS

El consultor producirá un informe en el cual se resuma el taller, para incluir actividades específicas y materiales, y recomendaciones de seguimiento. También proveerá un sumario de los planes de Mercadeo Social desarrollados durante el taller con las ONG. Estos planes contendrán el análisis de comportamiento, un análisis de Mercadeo Social (producto, plaza, precio y promoción) el posicionamiento de los servicios y productos, una estrategia de medios y un cronograma.

PROPOSITO DE LA CONSULTORÍA

El propósito de la presente consultoría fue dar seguimiento a los primeros dos eventos de capacitación en Mercadeo Social, los cuales fueron conducidos por este consultor con el apoyo de APOLO y BASICS en el mes de febrero de 1996. En esas fechas, los gerentes y el personal técnico, recibieron su primera exposición al MS. Entonces tuvieron la ocasión de vislumbrar lo que éste puede realizar para sus organizaciones. Percibieron y comprendieron la potencialidad del Mercadeo Social como herramienta para producir cambios en el comportamiento humano.

Aquellos eventos, un seminario para gerentes y un taller para técnicos, establecieron las bases para efectuar investigaciones cualitativas en cada ONG participante. Siguiendo con ese proceso, iniciado en febrero, en la consultoría actual, se llevó cabo una reunión de trabajo para procesar los datos de estas investigaciones y, a continuación, formular una estrategia de Mercadeo Social para cada ONG participante.

RELACIONES INSTITUCIONALES

1. Suscripción de un contrato entre la USAID y el proyecto CARE para ofrecer asistencia técnica a varias organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud.
2. Un acuerdo existente entre BASICS, USAID/Ecuador y APOLO para desarrollar acciones de Mercadeo Social, en 1996, que faciliten el logro de las metas de autosostenimiento de las ONG seleccionadas.
3. La experiencia del proyecto BASICS en consultorías de Mercadeo Social para organizaciones del sector público y privado en varios países.

ACTIVIDADES

Diseño de la “REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL”

Un diseño complejo

El diseño de este evento tenía particular relevancia porque la reunión fue una actividad especial, pues se pretendía alcanzar ambiciosas metas. Por un lado se deseaba construir los planes de Mercadeo Social y, por otro, se quería desarrollar entre los participantes destrezas para administrar el MS.

¿Qué le hace tan especial al diseño de esta reunión destinada a formular planes de Mercadeo Social? En primer lugar, esta reunión, para tener éxito debía ser preparada a la medida del cliente, y el cliente no era sólo el proyecto APOLO, sino cada ONG participante con sus particularidades.

Satisfacer a siete clientes de manera simultánea no fue tarea fácil. Sin embargo, los testimonios de los participantes en la evaluación dicen que sí lo logramos.

En segundo lugar, ya sabíamos que había habido carencias en el seguimiento, durante la etapa de recolección de datos. Por esta razón, antes de iniciar el evento, ya sabíamos que los participantes venían con la tarea inconclusa. Es decir que fue necesario, desde el diseño, asignar tiempo a la terminación de la tarea de organizar la información proveniente de la investigación.

En tercer lugar, y no menos importante, muchos participantes del primer evento, en donde se desarrollaron las destrezas de investigación cualitativa, habían sido remplazados por otros miembros de las ONG participantes. Tuvimos un mayor número de asistentes que no estuvieron en el primer evento. Fortunadamente, una parte de ellos había sido capacitada in situ por personal del proyecto APOLO después del primer taller.

Diseño en colaboración con APOLO

El diseño del evento, en consecuencia no fue sencillo. La tarea de producir una estrategia de Mercadeo Social para seis proyectos diferentes, en el tiempo limitado de una semana, establecía una presión muy grande.

La actividad de diseño se efectuó en estrecha colaboración con APOLO. Gustavo Vizcaino, especialista en Desarrollo de la Organización, quien está a cargo del componente de Mercadeo Social de APOLO, participó a tiempo completo. También en el diseño contamos con la opinión de varios miembros de CARE, Iván Palacios, Jaime Valencia, entre ellos. El consultor también contó con sugerencias de Pablo Barriga, consultor independiente, quien había participado en el seguimiento a los proyectos de Chordeleg y Pablo Jaramillo.

Kenneth Farr y Jack Galloway de USAID también fueron consultados en esta etapa de la planificación de la consultoría. Igual que los anteriores, algunos de sus comentarios fueron incorporados al diseño de la reunión.

El diseño se ajustó a las necesidades

El consultor estima que los dos días asignados a esta actividad fue un tiempo demasiado apretado, pues era necesario tomar una serie de decisiones y, además, preparar los materiales de referencia y de capacitación. De todas maneras, el diseño resultó apropiado para los objetivos establecidos y las circunstancias que se presentaron. El consultor considera que se ajustó a las necesidades institucionales y, ojalá, de la población de usuarios.

La mejor evaluación de la pertinencia y eficiencia del diseño es el hecho de que se cumplió con una precisión de más del 90 por ciento. Naturalmente, queda por establecerse su eficacia. Esto se conocerá en la medida que los planes sean aplicados a cada una de las realidades que afronta cada ONG participante.

El mayor desafío en la preparación del evento fue lograr un equilibrio mínimo entre la gran tarea de producir un plan de MS para cada ONG y, a la vez, lograr que los participantes adquirieran ciertas destrezas para la implementación de dicho plan.

El consultor estima que la primera tarea, aunque sea en forma de borrador, fue cumplida. Los participantes concluyeron la formulación de sus respectivos planes. En cuanto a destrezas de ejecución del Mercadeo Social, el consultor piensa que todavía les queda bastante que aprender. Este aprendizaje puede ocurrir como parte de la implementación y el seguimiento que APOLO ha de ofrecer.

Conducción de la “REUNIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES DE MERCADEO SOCIAL”

Largas horas de trabajo y nuevos participantes

Con una duración de cinco días y un promedio de diez horas de trabajo por día, esta reunión puso a prueba la capacidad de concentración y dedicación de los participantes, de los organizadores y de los facilitadores.

El tiempo, que como se ha dicho antes estaba limitado desde el momento del diseño, se volvió aún más estrecho debido a que ninguno de los grupos trajo completa la tarea encomendada en el evento de febrero.

La tarea, que consistía en una investigación cualitativa, debió ser completada en este evento. Esta carencia se debió a varios factores, pero principalmente a que más de la mitad de los participantes originales habían sido remplazados por nuevos. En consecuencia, hablando en términos de eficiencia, podemos afirmar que el primer evento (mes de febrero, 1996) alcanzó un 45 por ciento, pues llegaron menos de la mitad de los participantes originales.

En estas circunstancias, hay que afirmar, que solamente el enorme entusiasmo del personal técnico de APOLO y el compromiso de los representantes de las ONG permitió la formulación de los planes de MS en el reducido tiempo de cinco días.

Como se puede comprender, el ordenamiento, procesamiento y análisis de información cualitativa proveniente de seis investigaciones de diferente temática, fue un reto para este consultor. Fortunadamente, con el apoyo del Ing. Gustavo Vizcaino, el Dr. Jaime Valencia y Ginna Cañar, se logró llenar las carencias de las investigaciones y culminar con la redacción (en borrador) de los planes de Mercadeo Social.

Análisis de Comportamiento, actividad crucial

El momento de mayor dificultad en cuanto a la metodología fue cuando se intentó pasar de los “comportamientos actuales” (provenientes de la investigación cualitativa) a la preparación de los “comportamientos factibles”, es decir, aquellos que servirían como fundamento de la estrategia de Mercadeo Social.

Aunque ninguno de los participantes tenía experiencia previa en esta innovación tecnológica, todos llegaron a comprender y aplicar la “Balanza del Comportamiento” una vez que se superaron las dificultades iniciales.

La “Balanza” es un instrumento desarrollado a lo largo de la última década con el apoyo de varios colegas especialistas en Mercadeo Social. Su aplicación consiste en seleccionar algunas variables entre las sugeridas y luego calificar numéricamente a cada uno de los comportamientos.

De esa manera, se obtienen los objetivos de comunicación con mayor potencial. Estos objetivos son luego convertidos en el insumo principal para el desarrollo de la “estrategia creativa”.

Un diseñador gráfico

Para visualizar mejor los pasos de la estrategia creativa, APOLO aceptó la solicitud del consultor y pudimos contar con el valioso aporte de un diseñador gráfico de alta calidad, el señor Lutring Palacios Borja (tel. 226424). Gracias a él, cada equipo pudo incluir una pequeña ilustración que, se espera, ayudará a los lectores de los documentos a entender mejor lo que se propone llevar a efecto su ONG en los próximos dos o tres años, tiempo de implementación de las estrategias diseñadas.

Perseverancia de los participantes

Con excepción de un brevísimo amago de descontento (el día jueves), los participantes exhibieron increíble capacidad de trabajo continuo bajo presión. Los propios facilitadores estábamos agotados y con la preocupación de que el tiempo (y la energía) para concluir con la tarea eran escasos.

El día jueves, con la carga acumulada de la semana, y de manera cordial, solicitaron tiempo libre. La solicitud era justa y todos merecían un descanso antes de concluir el evento. Desgraciadamente, era imposible tomar ese descanso y el consultor asumió la responsabilidad de seguir adelante. Aun así, el tiempo fue apenas suficiente. La reacción de los facilitadores y de los participantes fue favorable.

Clausura y Evaluación

La clausura se efectuó con la presencia de Iván Palacios y Leo Rosenthal de CARE. Se entregaron sendos diplomas de participación y se administró el instrumento de evaluación. En esta ocasión, el Dr. Palacios, en su calidad de gerente de APOLO, enfatizó que el Mercadeo Social ocupaba un lugar prioritario entre los apoyos técnicos que este proyecto brinda a las ONG participantes. Les aseguró que contarían con el apoyo financiero y la asistencia continua de manera que se materialicen las metas consignadas en los planes de Mercadeo Social que habían formulado durante la semana.

De la misma forma, el señor Leo Rosenthal, gerente del componente Salud de CARE, manifestó su complacencia por los logros alcanzados en este evento y reiteró la promesa de apoyo por parte de CARE a través de su proyecto APOLO.

Asistencia a la oficina de CEMOPLAF/Otavalo en la formulación de la investigación cualitativa que servirá de base para su Plan de Mercadeo Social

Un apoyo necesario

Una vez que ya se concluyó la Reunión para Formular Planes de Mercadeo Social, el consultor realizó, como estaba previsto en los términos de Referencia, dos visitas de asistencia técnica directa. La primera fue a la oficina de CEMOPLAF en la ciudad de Otavalo.

Este fue el grupo que no recibió apoyo durante la recolección de datos. Por esa razón el consultor sugirió que fuera seleccionado para una visita de asistencia técnica. Esta visita fue enfáticamente apreciada por el equipo de CEMOPLAF/Otavalo y requiere de seguimiento inmediato por parte de APOLO.

La meta: reducir mortalidad por neumonía

En las pocas horas dedicadas a este proyecto, se alcanzó a definir el tema de investigación y la guía de temas para efectuar, en mayo y junio, la investigación cualitativa requerida para la formulación del plan. El tema escogido fue "Percepciones y Prácticas en el Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas". Los datos generados por este estudio bien podrían crear la base para una intervención dirigida a reducir las muertes por neumonía.

Innovación con el potencial de combinar el propósito de incremento de atención médica y la prevención de la mortalidad

El consultor cree que el tema de la investigación tiene gran potencial tanto para la institución (CEMOPLAF), la cual desea incrementar su volumen de consulta, como para la comunidad, que persigue reducir la letalidad de sus infantes.

Para que ello sea viable, la innovación apoyada por APOLO en este proyecto se orientará a la prevención de la neumonía infantil. Esa prevención implica dos estrategias: a) lograr una participación activa de la comunidad en cuanto a la referencia oportuna de los infantes con señales de peligro; y, b) un mejoramiento de la calidad de atención por parte de CEMOPLAF.

Supuestos para la investigación

Se puede afirmar de antemano, y a manera de supuesto, que las altas tasas de mortalidad y morbilidad por neumonía en las aldeas que circundan a Otavalo se deben a fenómenos multicausales que van desde la desnutrición infantil hasta los bajos índices de escolaridad de las madres.

Sin embargo, para reducir el campo de análisis, podemos afirmar que el comportamiento de quienes cuidan a los infantes puede ser el elemento crucial. Uno de esos comportamientos puede

ser el hecho de que la neumonía, al momento, pasa desapercibida por los padres del infante enfermo. Esta falla en el reconocimiento de los signos de peligro, podría estar ocasionando un número alto de decesos.

La propia mortalidad por neumonía infantil pudiera estar parcialmente oculta debido a costumbres locales, tales como registrar el nacimiento solamente cuando el infante ha cumplido cierta edad, un año, dos años, ¿quién sabe? Por todo esto, la investigación inicial puede dar luces y guía para la preparación del plan de mercadeo social.

Manejo Integrado de Casos (MIC)

La investigación a realizarse puede develar comportamientos individuales, familiares y sociales. De esa manera, será factible diseñar una “estrategia del comportamiento” capaz de contribuir a la reducción considerable de la mortalidad infantil por neumonía y, a continuación, reducir la mortalidad por otras condiciones tales como diarrea, desnutrición, enfermedades inmonoprevenibles.

Una vez que CEMOPLAF y APOLO obtengan experiencia en el manejo del Mercadeo Social aplicado a una intervención de salud infantil, será viable que apliquen esta tecnología a otras intervenciones. De esa manera, paulatinamente, estarán en condiciones de diseñar e implementar intervenciones que se apoyen mutuamente, hasta llegar a un enfoque de Manejo Integrado de Casos (MIC). Dicho sea de paso, parece factible que una estrategia de intervenciones escalonadas ofrece buenas posibilidades para llegar paulatinamente al establecimiento de un enfoque de MIC.

Un plan tentativo que debe ser fortalecido

Es importante señalar que, pese a las limitaciones de información (su investigación fue modesta) el equipo de Otavalo alcanzó a formular un plan de Mercadeo Social durante el evento. De todas maneras, el consultor piensa que éste requiere ser fortalecido a través de un mayor número de datos y de mejor calidad, los mismos que serán recolectados ahora que las metas de investigación están más claras.

La formulación del plan se efectuará utilizando los mismos procedimientos que los participantes aplicaron durante la “Reunión para la Formulación de Planes”. Para esto, CEMOPLAF necesitará de apoyo puntual en las siguientes fases:

- Investigación
- Extracción de los comportamientos actuales de la comunidad
- Ordenamiento de los comportamientos descables
- Análisis de comportamiento
- Estrategia creativa
- Desarrollo de mensajes

- Combinación de medios
- Preparación de presupuesto
- Desarrollo de materiales prototipo
- Prensayo de conceptos
- Prensayo de materiales
- Estrategia gerencial

Mejorar el producto y, a la vez, incrementar la demanda

En este proyecto en particular, CEMOPLAF pretende usar el Mercadeo Social para introducir un nuevo servicio médico: atención infantil. Con el apoyo de APOLO está planeado complementar los servicios ginecológicos y de atención a la mujer con los servicios de atención a los infantes. Tomada esta decisión gerencial, el consultor piensa que aún antes de realizar la investigación cualitativa, se puede comenzar a dar forma al “nuevo producto”.

Para ello se recomienda que el personal de atención a pacientes se actualice de inmediato en Manejo Efectivo de Casos (MEC) de diarrea e infecciones respiratorias agudas. Este es un prerequisite para que funcione la estrategia de Mercadeo Social. En la actualidad los casos de infección respiratoria grave, y ante la sospecha de neumonía, son referidos al hospital.

Al estar capacitados para manejar **todas** las infecciones respiratorias agudas, CEMOPLAF de Otavalo no solamente incrementará de inmediato sus ingresos, sino que se comenzará a preparar para la “ofensiva” subsiguiente de Mercadeo Social. Esto es, desarrollar y consolidar los servicios de atención infantil.

Este proyecto puede convertirse, en corto plazo, en un buen ejemplo de mejoramiento del “producto” a un costo muy bajo. Igualmente importante, puede incrementar sustancialmente sus ingresos por venta de servicios de medicina infantil.

En búsqueda de una innovación replicable y sostenible

Como se ha indicado antes, una vez que se haya obtenido experiencia en el manejo del Mercadeo Social, será factible establecer, en este proyecto, una experiencia piloto de Manejo Integrado de Casos (MIC). Si estamos en pos de innovaciones replicables y sostenibles, el enfoque de Mercadeo Social, en este caso, podría contribuir a la viabilización práctica de una valiosa innovación de bajo costo y alta rentabilidad social y financiera.

La implementación de un enfoque de MIC en el proyecto Otavalo no debe prescindir de un componente serio de “estrategia del comportamiento”, pues de no obtener cambios en la visión y la conducta de la comunidad, difícilmente se ha de mejorar la salud infantil.

Por otra parte, hay que considerar que la “estrategia del comportamiento” ofrece a la propia institución la posibilidad de ir efectuando sobre la marcha ajustes discretos en el proceso de

prestación de servicios. Estos pequeños cambios, que requieren del mínimo sacrificio, pueden producir importantes mejoramientos en la cultura de la organización y, por ende, en el logro de las metas de APS. Recordemos que los cambios dramáticos en la organización producen resistencia, de manera que se sugiere la conducción de cambios paulatinos.

La investigación cualitativa dirigida a afinar el “producto”

Una vez que el personal de CEMOPLAF/Otavalo se haya actualizado en las normas básicas de tratamiento (MEC), se facilitará la conducción de la investigación cualitativa, la cual, a su vez, permitirá formular el plan de Mercadeo Social. También permitirá ofrecer servicios ajustados con las normas técnicas y optimizar el “nuevo producto” de CEMOPLAF en Otavalo. En resumen, crear servicios competitivos en el área de atención infantil.

Por otro lado, si se desea ampliar los servicios de CEMOPLAF hacia la atención pediátrica (además de la ginecológica) será indispensable que cambie la cultura de la organización. Como es conocido, el Mercadeo Social tiene posibilidades de funcionar cuando existe apertura para la readecuación de los servicios y no solamente la movilización de la demanda. Sin embargo, esto no sucede de manera espontánea, es necesario realizar intervenciones puntuales de Desarrollo de la Organización. Eso permitirá desarrollar un clima organizativo que favorezca la implementación del Mercadeo Social en su conjunto.

De esta manera, los esfuerzos de APOLO y CEMOPLAF tendrán más posibilidades de éxito en el corto y mediano plazo.

Asistencia a la Fundación Eugenio Espejo en la programación del Plan de Mercadeo Social sobre Planificación Familiar para el Centro de Salud de Chilibulo, Quito

A pedido del Gerente de APOLO, el consultor ofreció una corta asistencia técnica al Centro de Salud Eugenio Espejo ubicado en Chilibulo, una de las secciones más pobres de la ciudad de Quito.

El primer día el consultor se concentró en conocer más a fondo la problemática del área de cobertura y a aclarar algunos aspectos del mercadeo social como herramienta de los servicios de salud. El segundo día, el consultor, en compañía de la directora del centro, se reunió con el equipo de trabajo del centro, el cual está integrado por una doctora en medicina general, un laboratorista, una dentista, una enfermera profesional y una auxiliar de enfermería.

Falta de usuarios

El principal problema que afronta este proyecto es la falta de usuarios. En términos contables, se puede decir que está trabajando a pérdida. Esto, a su vez, ha ocasionado la baja de moral en el grupo de trabajo, el cual se mantiene unido, en cierta manera, debido a la expectativa creada por el apoyo prometido de APOLO.

Las personas más afectadas son la odontóloga y el laboratorista, quienes trabajan bajo la modalidad de “riesgo compartido”, es decir que sus ingresos dependen parcialmente del volumen de venta de servicios.

Cronograma

La tarea realizada fue un cronograma de las acciones de Mercadeo Social a ser realizadas en los próximos meses. Lo fundamental de esta programación es la implementación de una estrategia de voluntarias comunitarias que impulsarán los servicios de planificación familiar que ofrece el centro de salud de Chilibulo.

Para que esta estrategia sea viable es indispensable concluir con algunas decisiones de la estrategia de Mercadeo Social cuyo primer borrador fue preparado por Rocío, la enfermera que participó en el evento, y el apoyo de Jaime Valencia y Carlos.

Igual que en los otros proyectos que reciben asistencia técnica y financiera, APOLO ha desarrollado estudios de factibilidad que plantean una serie de acciones que serán ejecutadas en plazos fijos, una de ellas es la construcción de un nuevo local para el centro de salud. El predio ya ha sido obtenido a través de donación de la municipalidad.

El consultor considera que se debe encontrar la compatibilidad de estas acciones previstas en el proyecto con las actividades del plan de Mercadeo Social. Esa compatibilidad será muy útil al intentar ampliar la cobertura de servicios e incrementar la demanda.

Reuniones con el personal de APOLO para diseñar las actividades de seguimiento de la presente consultoría

A través de una serie de reuniones se ha ido perfilando el futuro del Mercadeo Social entre las ONG de APOLO. El consultor ha ofrecido su punto de vista varias ocasiones con el ánimo de maximizar el uso de recursos disponibles y alcanzar, con el apoyo del Mercadeo Social, las metas de generación de innovaciones en el sector salud del Ecuador.

El consultor también percibe que hay un número demasiado grande de actividades dirigidas a fortalecer los proyectos participantes. Si se mantienen tan amplias las tareas de APOLO, puede llegar un momento en que la energía institucional quede mermada y, en consecuencia, no se puedan cumplir con todas las acciones programadas.

Fortunadamente, existe mucha receptividad por parte del gerente y los técnicos de APOLO. Algunos de ellos están conscientes de la necesidad de concentrarse en un menor número de aspectos innovadores y llegar hasta el final con los aspectos seleccionados.

Naturalmente, el consultor ha abogado para que se dé mayor énfasis al Mercadeo Social o, mejor dicho, a la “Estrategia del Comportamiento”. Las razones esgrimidas se han descrito en las

páginas anteriores. Sin embargo, el principal argumento para adoptar el Mercadeo Social como estrategia prioritaria de asistencia a los proyectos es que éste realmente puede ofrecer los servicios requeridos a los segmentos poblacionales escogidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Planes formulados

Lo más importante ha sido, sin duda, la formulación de los planes de Mercadeo Social para cada una de las seis ONG participantes. Ellos constituyen una suerte de “carta de navegación” que les permitirá mantener el rumbo escogido hasta alcanzar los objetivos propuestos en los mismos planes. Su alcance puede ser de dos a tres años.

Estos planes, que todavía requieren ser editados en forma final, necesitan de atención por parte de seguimiento. Son como una pequeña plantita que acaba de nacer, si no reciben cuidadosa atención pronto dejarán de crecer.

Cada plan contiene, entre otras secciones, las siguientes: resumen ejecutivo, investigación formativa, análisis de comportamiento, objetivos/indicadores, análisis de Mercadeo Social, estrategia creativa, presupuesto, y componente gerencial.

El consultor insiste en el hecho de que estos planes todavía son frágiles. Necesitan de mucha atención para ser efectivos.

Personal capacitado en la formulación de planes

Doce personas procedentes de siete ONG han sido capacitadas en el uso de una metodología de comprobada efectividad. Naturalmente, esta efectividad depende de la convicción de APOLO. El personal capacitado apenas ha llegado a formular los planes usando algunas destrezas básicas de psicología, antropología, desarrollo de la organización y Mercadeo Social.

La consolidación de estas destrezas depende principalmente del apoyo que APOLO ha prometido ofrecerles. Realmente si el equipo técnico de APOLO tiene claridad y acuerdo sobre el poder del Mercadeo Social, entonces los resultados en la comunidad podrán observarse antes de finalizar el presente año calendario.

El equipo de APOLO expuesto a una nueva estrategia de trabajo con y para la comunidad

Aunque en esta consultoría no participaron más que dos profesionales de APOLO a tiempo completo, es evidente que existe avidez por aprender más sobre el MS entre todos los miembros técnicos. A veces el entusiasmo de manejar un proyecto de esta envergadura y la misma avidez

de hacer muchas cosas importantes, limitan la concentración en un área que podría producir grandes réditos.

El consultor pudo constatar cómo, el personal de finanzas por ejemplo, se encontraba ya usando algunos elementos de Mercadeo Social en los procesos de capacitación financiera dirigido hacia las ONG participantes. Esto es un buen indicador de impacto y resulta sumamente gratificante. Sin embargo, además de la apropiación particular de la nueva tecnología, se requiere que exista consistencia en la implementación de los planes de Mercadeo Social dirigidos a cambiar comportamientos de los individuos, de la comunidad y, por supuesto, de las propias organizaciones.

RECOMENDACIONES

Con relación a la consultoría

Concluir los planes de Mercadeo Social

Como se ha dicho antes, los planes han quedado en borrador. Los autores han tomado las decisiones más importantes sobre la estrategia del comportamiento. Sin embargo, aún faltan algunas determinaciones que deben ser tomadas pronto, ojalá con la ayuda técnica de APOLO.

Los aspectos que faltan de concluir en casi todos los planes son los siguientes:

- combinación de medios
- elaboración del mensaje
- etapas del mensaje
- fuente de información, y
- posicionamiento

Seguimiento y monitoreo para la ejecución de los planes

La primera etapa del plan tomará entre dos y tres meses. En este lapso, las ONG han de concluir la formulación de los planes, obtener el apoyo de sus respectivos gerentes y han de formular el presupuesto de operación. De manera inmediata han de comenzar la preparación de las piezas de comunicación. Estas piezas pueden ser impresos, de radio, juegos y simulaciones de aprendizaje, otros.

Para que se cumplan estos procesos durante los meses venideros, se requiere de seguimiento organizado y monitoreo diligente. El componente de Desarrollo de la Organización (DO) entra aquí de manera orgánica. No será necesario crear este componente de DO como una intervención separada o de manera independiente para cada proyecto. La coyuntura de MS debe ser aprovechada por APOLO. No habrá en el futuro cercano una mejor oportunidad para influir

en el ámbito gerencial y en la cultura de la organización, mientras se está influyendo en los clientes.

La secuencia de acciones de seguimiento puede ser la siguiente:

1. Visita para evaluar el último taller y para concluir el plan de MS. Para esta actividad se recomienda que el personal de APOLO se guíe en el documento “Cómo Formular un Plan de Mercadeo Social” escrito por este consultor.
2. Preparación del cronograma de actividades mayo-octubre, 1996. Éste ha de desarrollarse solamente cuando las principales decisiones sobre la estrategia creativa y el posicionamiento ya se hayan tomado. El cronograma será suficientemente flexible para ser modificado sobre la marcha.
3. Preparación de materiales educativos (“piezas de comunicación”) en forma cruda. Podemos llamarlos prototipos. Como se ha dicho, estos materiales pueden ser impresos, de radio, audiovisuales, etcétera. Se entiende que ésta es una de las actividades que habrán sido incluidas en el cronograma. El consultor aspira a que para junio y julio del presente año, estas piezas de comunicación hayan sido producidas.
4. Prensayo de prototipos. Cada formato merece un tratamiento diferente, dependiendo de los objetivos y de la función que van a cumplir en el proceso de cambio de comportamiento. Así, el material radial sería prensayado a través de grupos focales, los materiales escritos usando entrevistas en profundidad, etc. Se recomienda utilizar como referencia el documento entregado por el consultor: “Prepruebas de las piezas de comunicación” (Borrador).
5. La validación de las piezas de comunicación entre el personal institucional no debe ser descartada, pues la opinión de los colegas de APOLO, de CARE, de AID, del MSP, pueden ser muy valiosas. Sin embargo, hay que recordar que la población hacia la cual están dirigidas es la que tiene la última palabra. Las principales técnicas de prensayo (o validación) de material son de carácter cualitativo, es decir que los participantes de estos eventos de Mercadeo Social que BASICS ha dirigido con APOLO, ya poseen las destrezas para conducir prensayos.
6. Elaboración de un informe de la primera etapa de implementación. Este informe será presentado en las reuniones de evaluación que originalmente se iban a efectuar en agosto, pero que ahora están programadas para octubre de 1996.

El informe será una recolección crítica de las actividades y de los logros alcanzados en estos cinco meses de trabajo.

En relación a los servicios de asistencia técnica de APOLO

Dejar a un lado el concepto de asistencia social

Cualquier innovación en el campo de la APS, para garantizar un mínimo éxito ha de partir de diferentes premisas de las que parte en la actualidad. La principal es que este ya no es un servicio que se ofrece en forma altruista, caritativa. Los servicios tienen un precio y hay que pagarlo. Esto no quiere decir que se sugiere adoptar una actitud despiadada, no. Se sugiere usar el Mercadeo Social para determinar el precio adecuado para los servicios. Recordemos que, en el análisis de Mercadeo Social, este precio no siempre es monetario. Lo importante es valorar los servicios de manera que realmente sean apreciados y, por consiguiente, demandados.

Pareciera que esta es la clave del autosostenimiento de un programa de salud: respetar las leyes del mercado.

O sea las leyes de la oferta y demanda. Respetarlas es ser consecuente con la racionalidad de la oferta de servicio en esta sociedad. Ignorarlos es condenarse a subsidiarlos de manera indefinida y con escasas posibilidades de lograr un servicio de calidad.

Desarrollar una visión no medicalizada de la APS

Es necesario adoptar una visión capaz de ofrecer nuevas perspectivas en el campo de la protección y recuperación de la salud. Una visión que busque alternativas fuera del enfoque tradicional de la medicina. Solamente así será posible encontrar nuevos caminos que todavía no han sido recorridos. Esos caminos han de incursionar en empresas creativas y rentables. El concepto de la "medicina del comportamiento" podría ser uno de esos caminos. ¿Podrían otros ser la medicina natural, la homeopatía, la acupuntura, la medicina herbal, el chamanismo?

Participación de la comunidad

Esta trillada expresión debe ser redefinida. No se trata de la participación cosmética de la población ni se trata de su involucramiento como mano de obra en los servicios de salud. Se trata de conocer y entender a la comunidad. Eso es, conocer a la población es el fundamento para poder servirla.

Una vez más, la investigación sobre lo que las personas hacen, sus temores, anhelos, la manera como entienden la salud y la enfermedad es esencial para mejorar las condiciones del individuo, la familia, la aldea, la ciudad.

El Mercadeo Social es particularmente aplicable en este caso porque es capaz de modificar, no solamente la conducta individual y social, sino la conducta institucional, que tanta falta hace.

ANEXOS

ANEXO A: PRETEST

**ANEXO A: TALLER REUNIÓN DE TRABAJO SOBRE
TECNOLOGÍAS DE MERCADEO SOCIAL:
FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COMPORTAMIENTO**

PRETEST

Fecha: 6 de mayo de 1996

Lugar: Puenbo, Ecuador

1. ¿Por favor señale cuáles son sus principales expectativas (propósitos, objetivos, conocimientos esperados) para este evento.

1. Desarrollar destrezas para brindar siempre un mejor servicio a nuestros pacientes y a la sociedad.
2. Mi objetivo es desarrollar un plan de mercadeo, eficiente que ayude a los campesinos de Bolívar.
3. Mi objetivo es tratar de captar todo lo de este seminario para llevar unas mejores enseñanzas a la gente que necesita ayuda.
4. Ampliar conocimientos para aplicar en mi trabajo, cumplir metas.
5. Conocer técnicas para cambiar de comportamiento que se pueda aplicar a problemas reales de mi lugar de trabajo.
6. Interiorizar y vivenciar técnicas y estrategias orientadas a lograr un máximo de participación comunitaria en lo que es el desarrollo de la A.P.S. y de sus condiciones de vida.
7. Llegar a conocer sobre lo que significa mercadeo social y como puedo aplicarlo al desarrollo de un sistema de salud primario autosustentable.
8. Llegar a entender de mejor manera, el comportamiento de las personas a las que beneficiaría el proyecto. Qué se llegue a consolidar el proyecto.
9. Poder dar solución a los problemas encontrados en la investigación realizada.
10. Yo espero con este evento poder relacionarme más con la gente y seguir adelante con mis propósitos.
11. Adquirir nuevos conocimientos para aplicar en las comunidades.
12. Lograr conocimientos, para ampliar las expectativas de apoyo y de ayuda no solo a los pacientes de la Fundación, sino también de comunidades.

2. ¿Cuáles son las funciones de la investigación en el Mercadeo Social?

1. La Investigación permite conocer los haceres, pensares y sentires de la población para luego producir estrategias para llegar a un cambio de comportamiento.
2. El desarrollar técnicas que nos permitan recabar información importante para producir un cambio de comportamiento.
3. Es para poder llegar mejor a las personas y tener un mejor conocimiento y trato con ellas.
4. Llegar a la población.
5. Conocer la problemática desde el punto de vista del usuario.
6. Determinar las necesidades sentidas y reales de los sectores para su intervención.
7. Saber qué quiere conocer la comunidad, y no qué queremos darle a ella.
8. Conocer sus necesidades y requerimientos de las personas.
9. Desarrollar soluciones a partir de los pensares, sentires, haceres para dar servicios de salud de calidad y a menor precio.
10. La manera correcta de vender servicios óptimos y de esta manera cambiar el comportamiento.
11. Las funciones de la investigación del Mercadeo Social es aprender mucho para poder relacionarse con la comunidad.
12. Para visualizar el por qué de problemas que se presentan en el desenvolvimiento de un proyecto y luego en base a esto encontrar soluciones.

3. ¿A qué llamamos Medicina del Comportamiento?

1. A la Medicina que ve al individuo como un ser integral que hace, piensa y siente.
2. Es el estudio de hábitos, costumbres en relación a la salud.
3. Medicina de comportamiento es que la personas sepan compartir el uso de las medicinas entre sus comunidades.
4. A la que el hombre coopere con el médico.
5. A la aplicación de principios de Psicología, economía y otras normas tanto raciales como técnicas aplicadas a cambiar comportamientos, especialmente en el área de medicina social.
8. A como las personas reaccionan a determinadas problemas de salud.
10. Llamamos medicina del comportamiento, para que la comunidad en general sepa comportarse bien y poderles enseñar para que sigan adelantándose mucho.
12. A lograr estrategias para conseguir las respuestas requeridas.

4. ¿Recuerda qué significa las tres letras ces de la reingeniería corporativa?

1. Cliente, cambio, competencia.
2. Conceptualización, comportamiento, conocimiento.
3. Cambio, cliente y competencia.
10. Cambio, cliente y competencia.

5. En el proceso de cambio de comportamiento se habla de tres momentos, ¿recuerda cuáles son? Para ayudarle le damos las iniciales de cada uno de ellos: A-C-C.

1. Análisis, cambio.
2. Aprendizaje, conocimiento y comportamiento.

**6. ¿Cuáles son las etapas del cambio del comportamiento?
(Ninguno contestó)**

7. Señale tres variables para el “análisis de comportamiento”.

1. - Lo que se puede cambiar.
- La facilidad o dificultad para cambiar.
- Cuánto se puede cambiar.

8. Indique por lo menos dos técnicas de investigación cualitativa que usted conoce.

1. Grupos focales, entrevistas de profundidad.
2. Grupos focales, investigación, informantes claves.
3. En grupos focales e investigación profunda.
5. Grupos focales, entrevistas en profundidad.
9. Grupos focales, entrevistas a personas calificadas.
10. Hay que hacer una investigación profunda y en grupos focales.
12. Observación dirigida, grupos focales

9. ¿Cuáles son los ámbitos en los que se desarrolla el aprendizaje? Y qué son los aspectos que pretende descubrir la investigación cualitativa?

4. Haceres, pensares y sentires.
5. Hace, piensa y siente el usuario.
6. El hacer, el pensar y el sentir.
12. Hacer, pensar, sentir.

10. Por favor mencione al menos tres destrezas que requiere el investigador para obtener una buena entrevista en profundidad.

1. Conocer el tema, hablar con claridad, tener interés en lo que hace.
2. Conocer el tema, estar claro o contar con guía de preguntas, saber escuchar.
4. Amabilidad, claro en la expresión.
5. Observador minucioso, escucha con atención, aplica preguntas claves.
9. Sensibilidad, preciso.
11. Las preguntas sean claras.
12. Estar claro en sus objetivos, brinda confiabilidad al entrevistado, hacer de la entrevista una conversación de amigos.

11. ¿Al menos cuántos grupos focales han de efectuarse por segmento poblacional para que tenga validez la información obtenida?

Mínimo de grupos focales por segmento poblacional:

1. 3 - 4
2. 6
4. algunas
5. Hasta que la información se repita . 3
6. 3
9. 3
12. 3

12. ¿Hasta qué punto han de repetirse las mismas preguntas en los grupos focales que se van realizando?

1. Hasta que se empiecen a repetir las respuestas.
2. Hasta cuando la información sea la misma.
3. No importa el número a repetirse hasta poder sacar la información adecuada.
4. Hasta que se completen los objetivos de la investigación.
5. Se puede realizar las veces que sean necesarias, pero de tal manera que no se sientan presionadas.

ANEXO B: POSTEST

24

ANEXO B: POSTEST

Fecha: 10 de mayo de 1996 Lugar: Puenbo, Pichincha, Ecuador

1. Sobre la reunión

1.1. Por favor indique en qué medida se cumplieron las expectativas que usted traía para esta reunión.

1. ---
2. ---
3. 75%
4. Se cumplieron todas las expectativas.
5. Totalmente, se puede aplicar a nuevas formulaciones.
6. Desconocía lo valioso de las herramientas entregadas, por eso sobrepasó mis expectativas.
7. Sobrepasaron mis expectativas.
8. Estoy muy contenta de haber asistido a esta reunión, voy con mejores expectativas.
9. Yo puse un gran interés por aprender.
10. En gran medida ya que tengo una visión más amplia de la forma cómo podemos ofrecer un mejor servicio y mejorar la salud de la comunidad.
11. Sobrepasó mis expectativas.
12. Realmente se cumplieron mis expectativas porque aprendí a cómo realmente se debe hacer una investigación.

1.2. ¿Que le pareció el local?

1. Bueno
2. Muy Bueno
3. Muy Bueno
4. Adecuado
5. Agradable, aunque no lo pudimos disfrutar por falta de tiempo
6. Muy adecuado
7. Muy adecuado
8. Precioso
9. Muy hermoso
10. Muy bonito
11. Agradable
12. Excelente, sin interrupciones

1.3. ¿Qué le parecieron los instructores?

1. Muy bien
2. Muy buenos
3. Excelentes
4. Muy Buenos
5. Buenos, con mucha profesionalidad y apertura
6. Seguros de sus conocimientos y solidarios
7. Formidables!!
8. Estuvieron lo máximo
9. Nos dieron muy buenas instrucciones
10. Excelentes
11. Super agradables
12. Conocen mucho el tema y saben cómo uno debe aprender

25

1.4. ¿Qué le pareció la organización?

1. Buena
2. Buena
3. Muy Buena
4. Adecuada
5. Con muy pocas fallas
6. Apropiaada para la naturaleza del evento
7. Muy acertada
8. Muy bien organizada
9. Muy buena la organización, está bien capacitada para enseñarnos
10. Muy buena
11. Muy buena
12. Muy buena, excelente

1.5. Dénos su opinión sobre el contenido de la reunión

1. ---
2. Excelentes
3. Muy planificada y directa a lo que vinimos, objetivos claros y realizables
4. Se trataron temas de mucha importancia
5. Son contenidos necesarios para aplicaciones de cada ONG, seguir las necesidades de cada una
7. Herramientas adecuadas para hacernos aterrizar en la realidad
8. Es tecnología "de punta" que va a cambiar realmente comportamientos
9. Mi opinión sobre el contenido de la reunión que se aprovechó cada minuto
10. Un contenido claro
11. Temas diversos al igual que puntos de vista, pero 1 sólo objetivo
12. Existen muchas inquietudes

1.6 ¿Cuál es el tema que le llamó más la atención?

1. Todas
2. Grupos focales
3. Lago Agrio
4. Análisis de comportamientos
5. Cómo valorar los datos y extraer lo factible de cambio
6. La estrategia creativa
7. El mercadeo local
8. El que más me impactó es de Lago Agrio
9. El tema que más me llamó la atención fue el que nosotros escogimos el cáncer.
10. La estrategia creativa
11. El problema de Lago Agrio
12. Las mujeres que mueren por cáncer en Chordeieg

1.7. ¿Qué aspectos, de lo que usted aprendió, serán aplicables en su organización?

1. Grupos focales, H.P.S.
2. Grupos focales
3. Todos
4. Todos
5. Todos
6. Todos
7. Investigación formativa, mercadeo social
8. Ninguna
9. De organizarles mucho más a la comunidad

10. La parte de la formulación de acciones prácticas y realizables
11. Espero que todos
12. A cómo empezar a realizar la investigación y formular el proyecto

1.8. ¿Hay algo que no le gustó?

1. Nada
2. No
3. Falta de computadoras
4. Que no todos los grupos venían con el trabajo inicial terminado
5. Nada
6. No
7. No
8. Un poco la comida
9. No hay nada que no le guste a ninguna persona cuando viene con el fin de aprender
10. La comida, un poco grasosa
11. No
12. La comida

1.9. ¿Qué opina del apoyo administrativo durante la reunión?

1. Poca
2. Muy bueno
3. Muy bueno, una actitud positiva para estos eventos
4. Muy bueno
5. Estuvo bien, en medida de las condiciones
6. Técnicamente bueno y muy humano
7. Excelente
8. Estuvo magnífica
9. El apoyo administrativo durante lo recibido es muy buena porque todos nos apoyaron.
10. Muy bueno
11. Bueno
12. Excelente

1.10. ¿Qué recomendaría para próximos eventos?

1. Nada
2. Nada
3. Más computadores
4. Cuidar que todos los grupos tengan los trabajos para no perder tiempo
5. Un poco más de tiempo a que los temas no sean muy amplios
6. Ir sugiriendo Bibliografía sobre los diferentes temas
7. Garantizar que todos los participantes lleguen con igual cantidad de conocimientos básicos
8. Nada
9. Para el próximo evento se recomendaría seguir adelante como lo estamos haciendo
10. Que se nos permita tener de una manera rápida un curso de manejo de computadoras
11. Que la persona que nos de apoyo logístico, de ser posible, sea Gina
12. Tal vez un poco más tiempo

2. ¿Cuáles son las funciones de la investigación en el Mercadeo Social?

1. Conocer problemas
Producir cambios de comportamiento
2. Conocer los problemas de la comunidad
Planificar

3. Encontrar los problemas (H-S-P) de la población para dar soluciones en el cambio de comportamiento
4. Descubrir HPS y cambiar el comportamiento
5. Conocer las necesidades de los clientes y proveerlos en las mejores condiciones
6. Determinar los principales comportamientos y los problemas reales y sentidos por la comunidad
7. Cambiar comportamientos luego de identificarlos
8. Dar y aprender
9. Investigación es parender más uno, para llevar un mensaje a la comunidad
10. Obtener un conocimiento de MPS que llevarán a un cambio del comportamiento
11. Conocer los H.P.S. de una comunidad, institución, etc. (Necesidades, comportamientos actuales)
12. Conocer los haceres, pensares y sentires de la comunidad y poder trabajar en base a ellos

3. ¿A qué llamamos Medicina del Comportamiento?

1. Cambios de comportamiento
2. Conocer problemas, Mercadeo Social
3. En base de investigación cualitativa A-S-P poner en práctica la medicina social
4. El análisis para el campo de comportamiento
5. A la aplicación de principios sobre todo de la Psicología empírica para la retención de cambios del comportamiento
6. Aquella que permite la detección de los comportamientos sobre los cuales influir y cambiar para obtener un cambio
7. Aplicación de la Psicología Experimental sobre los comportamientos de un grupo social (Cuerpo Social)
8. A los H.S.P.
9. A los que son los H.P.S.
10. La que descubre los haceres, pensares y sentires
11. Es la búsqueda, a través de la investigación cualitativa; de una estrategia para conseguir un plan para lograr un cambio de comportamiento
12. Cambios de comportamiento en una comunidad que puede ser el éxito de la Atención Primaria de Salud

4. ¿Recuerda qué significan las tres letras ces de la reingeniería corporativa?

1. C= cambio C= cliente C=competencia
2. C= cambio C= cliente C=competencia
3. C= cambio C= cliente C=competencia
4. C= cambio C= cliente C=competencia
5. Cambio: Todo está en movimiento, es necesario
 Cliente: El ser humano no es solamente un usuario sino alguien que exige un buen servicio de salud en su casa
 Competencia: Si está en movimiento el accionar humano cada uno deberá ser lo mejor para ser requerido por un mayor número de clientes.
6. C= cambio C=competencia
7. C= cliente C=competencia
8. Competencia, Cambio, Cliente
9. Comportamiento, Cliente, Cambio
10. Cliente , Competencia, Cambio
11. Cambio, Cliente, Competencia
12. Cambio: Estamos viviendo en el mundo una revolución, es necesario el cambio y pienso que se lo está haciendo.
 Cliente: Se lo debe tomar en consideración como lo más importante.

Competencia: Debe existir una sana competencia, esto inclusive ayuda a mejorar la prestación del servicio al cliente.

5. En el proceso de cambio de comportamiento se habla de tres momentos, ¿recuerda cuáles son? Para ayudarle le damos las iniciales de cada uno de ellos: A-C-C.

1.	Antecedentes	Comportamiento	Consecuencia
2.	Antecedentes	Comportamiento	Consecuencia
3.	Antecedente	Cambio	Consecuencia
4.	Antecedentes	Conocimiento	Cambio
5.	Antecedentes	Conducta	Consecuencia
6.	Antecedentes	Comportamiento	Consecuencia
7.	Antecedentes	Comportamiento	Consecuencia
8.	Antecedentes	Cambio	Consecuencia
9.	Antecedentes	Cambio	Consecuencia
10.	Antecedentes	Comportamiento	Consecuencia
11.	Antecedentes	Conducta	Consecuencia
12.	Antecedente	Cambio	Consecuencia

6. ¿Cuáles son las etapas del cambio del comportamiento?

1. Investigación, Planificación, Monitoreo
2. Investigación, Planificación, Monitoreo
3. Adopten, conozcan, prueben
4. Experiencia, reflexión, conocimiento, cambio
5. Investigación, Planificación, Evaluación
6. Nada
7. Exposición, Comprensión
8. Qué acepten, qué conozcan y qué prueben
9. Adopten, conozcan y qué prueben
10. Experiencia, refuerzo, prueba
11. Investigación, Planificación, Evaluación, Ejecución
12. Investigación, Planificación, Evaluación, Ejecución y Monitoreo

7. Señale tres variables para el “análisis de comportamiento”.

1. Apoyo médico, Impacto del cambio, Recursos necesarios
2. Recursos necesarios
3. ----
4. Variables de impacto en salud, recursos, frecuencia con que se repite el cambio
5. Complejidad de las acciones
Aceptación en medios masivos de comunicación
Impacto que provocarían dichas acciones
Persistencia que se lograría
6. Sensibilidad a los medios de comunicación
Disponibilidad y accesibilidad de los recursos
Respuesta de comportamiento
7. Recursos, complejidad, sensibilidad a medios de comunicación
8. ----
9. ----
10. Apoyo médico, impacto en el cambio de comportamiento, recursos necesarios

11. Complejidad de comportamiento, impacto del comportamiento, persistencia del comportamiento.
12. Impacto, complejidad, persistencia

8. Indique por lo menos dos técnicas de investigación cualitativa que usted conoce.

1. Grupo focal, investigación en profundidad
2. Investigación, grupo focal
3. Grupos focales, entrevistas a profundidad
4. Grupos focales, entrevista a informantes claves
5. Grupos focales, entrevistas a profundidad
6. Investigación mercadeo social
7. Grupos focales, entrevistas a profundidad
8. Grupos focales, entrevistas a profundidad
9. Grupos focales, entrevistas profundas
10. Grupos focales, entrevistas de profundidad
11. Grupos focales, entrevistas en profundidad
12. Entrevistas claves ó a profundidad y grupos focales

9. ¿Cuáles son los ámbitos en los que se desarrolla el aprendizaje? Y qué son los aspectos que pretende descubrir la investigación cualitativa?

1. Haceres, sentires, pensares
2. Pretenden observar directamente al problema
3. ---
4. Los ámbitos HPS actuales
5. Pretende descubrir las causas de un comportamiento desde las manifestaciones más profundas
6. ---
7. Investigación, planificación, ejecución, evaluación
8. ---
9. ---
10. ---
11. Cuando se tiene contacto con la comunidad en la vida misma
Los porqués de los comportamientos humanos sociales
12. Los comportamientos que actualmente tiene la comunidad y cuales deben hacerse

10. Por favor mencione al menos tres destrezas que requiere el investigador para obtener una buena entrevista en profundidad.

1. Claridad, dar confianza, dirigir la reunión
2. El H.P.S.
3. Conocer el tema
Capacidad para realizarlo
4. Saber escuchar
Ser paciente
Saber sobre la guía de entrevista
5. Saber escuchar y observar
No hacer preguntas cerradas
No influir directamente sobre las respuestas
6. Trabajo en Equipo
Sentido Común para la selección
Interés por conocer a los quienes
7. Conocimiento del tema, saber escuchar

8. Saber una guía de preguntas.
 9. ----
 10. Conocer el tema
Demostrar mucho interés en la entrevista
Hablar claro
 11. Preguntar hasta tener una respuesta
Dar tiempo a que el entrevistado conteste
 12. Conozca el tema
Seleccionar al entrevistador y tener una guía de preguntas
- 11. ¿Al menos cuántos grupos focales han de efectuarse por segmento poblacional para que tenga validez la información obtenida?**
1. 3 grupos focales, no más de 10 personas.
 2. 3 grupos focales
 3. 2 a 3
 4. 2
 5. De 2 a 3
 6. 3
 7. 2
 8. Se realizó 4 grupos focales y 3 entrevistas informativas
 9. Al menos 4
 10. 2 a 3
 11. 2 a 3
 12. 3 grupos
- 12. ¿Hasta qué punto han de repetirse las mismas preguntas en los grupos focales que se van realizando?**
1. Hasta tener clara la información
 2. Hasta obtener en claro la información
 3. No se debe repetir varias veces
Una vez y la siguiente de forma distinta
 4. Hasta cuando la información comienza a repetirse
 5. Hasta que las respuestas se repitan
 6. ----
 7. Pueden cambiar conforme se vaya agotando el tema
 8. ----
 9. Hasta que los grupos entiendan de lo que estamos explicando.
 10. Hasta que los participantes empiecen a repetir la información
 11. Hasta obtener una respuesta
 12. Las veces que sean necesarias, hasta que las personas se ubiquen en el tema con el objeto de obtener lo deseado

**ANEXO C: ILUSTRE MUNICIPIO DE BOLÍVAR,
PROVINCIA DEL CARCHI**

ANEXO C: ILUSTRE MUNICIPIO DE BOLÍVAR, PROVINCIA DEL CARCHI

RESUMEN EJECUTIVO

PLAN DE MERCADEO SOCIAL SOBRE PREVENCIÓN DE INTOXICACIÓN POR MAL MANEJO DE AGROQUÍMICOS

Paulina Muñoz N.

Asistencia Técnica, Resumen Ejecutivo:
Patricio Barriga, BASICS

Puembo, Ecuador
10 de mayo de 1996

PLAN DE MERCADEO SOCIAL PARA EL CANTÓN BOLÍVAR PROVINCIA DEL CARCHI

Introducción y Antecedentes

Este documento plantea un plan de Mercadeo Social cuyo objetivo es lograr el cambio de comportamiento del agricultor bolivarense con relación a **la intoxicación de los agricultores por el mal manejo de agroquímicos**.

La elaboración de dicho plan ha sido el resultado de la aplicación exhaustiva de las diferentes fases del proceso de asistencia técnica sobre Mercadeo Social. Este proceso lo iniciamos con la participación en el primer evento de Mercadeo Social organizado por el proyecto APOLO del Ecuador y conducido con la asistencia técnica del proyecto de Apoyo Básico para Institucionalizar Supervivencia Infantil (BASICS).

Primer Taller: Investigación

En ese evento, que se efectuó en febrero de 1996, recibimos información sobre el tema de Mercadeo Social, su utilidad y aplicación. Además, elaboramos el **Plan de Investigación Cualitativa**, el cual incluye lo siguiente: definición del problema, grupo afectado (segmento primario), estrategias de investigación, y presupuesto.

Posteriormente, realizamos la investigación cualitativa usando grupos focales y entrevistas en profundidad a informantes claves. La información lograda fue sistematizada en un informe consolidado.

Segundo Taller: Planificación

Con este producto, la autora participó en el Segundo Taller de Mercadeo Social, en el que se definieron el Cuadro de Comportamientos, la determinación de los Haceres, Pensares y Sentires Actuales y Deseables de los agricultores en relación al uso de agroquímicos.

Luego se determinaron Variables de Análisis de Comportamientos, en base a los cuales se seleccionaron los Comportamientos Factibles de ser cambiados.

Con el resultado de este procedimiento se elaboró la Estrategia Creativa (Primera Fase), la misma que será aplicada desde esta fecha hasta octubre de 1996.

LISTADO DE HACERES, PENSARES Y SENTIRES DESEABLES

Cada uno de los HPS Actuales, han sido analizados cuidadosamente con la finalidad de establecer HPS Deseables, los mismos que representan los comportamientos que estamos esperando lograr.

HPS DESEABLES

1. Qué utilicen los agroquímicos de acuerdo a criterios técnicos
2. Qué fumiguen o menos posible, solo en casos extremos
3. Qué utilicen los agroquímicos con conocimientos sólidos
4. Qué aprendan en cursos de capacitación
5. Qué todos aprendan a través de técnicos especializados
6. Qué todos estén conscientes de los peligros del uso de agroquímicos y se cuiden
7. Qué conozcan las causas y efectos de los agroquímicos
8. Deben saber que los jóvenes también son susceptibles de enfermarse
9. Qué practiquen medidas técnicas de protección
10. Qué utilicen protección para evitar envenenarse
11. Qué sientan la necesidad de protegerse
12. Qué aunque se sientan incómodos se protejan
13. Qué todos conozcan los efectos adversos que éstos productos causan en su cuerpo
14. Qué se logre generalizar la utilización de productos naturales
15. Qué todos asistan a las capacitaciones
16. Qué todos se encuentren capacitados sobre el uso y manejo de los agroquímicos
17. Qué todos estén conscientes de esta necesidad

EL PROCESO DE ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO:

Dentro del análisis de comportamiento fue importante el proceso de selección de variables con la finalidad de dar un valor numérico a cada uno de los haceres, pensares y sentires deseables, para lo cual se procedió a dar un puntaje por cada uno de los comportamientos en forma individual. Posteriormente se procedió a confrontar los resultados individuales para obtener el puntaje final a través del **consenso** y argumentación, lo que enriqueció el análisis y la decisión de la calificación final.

Esto refleja la importancia de analizar y realizar consensos en equipo con la finalidad de lograr resultados más objetivos.

A continuación se presenta los comportamientos factibles de ser intervenidos de acuerdo al puntaje logrado en cada uno de los casos:

- Utilicen los agroquímicos con conocimientos sólidos
- Qué conozcan que causan problemas inmediatos
- Deben saber que los jóvenes también son susceptibles de enfermarse
- Qué practiquen medidas técnicas de protección
- Qué sientan la necesidad de protegerse

OBJETIVOS DE MERCADEO SOCIAL:

Objetivo General:

Disminuir la morbi-mortalidad por intoxicación con agroquímicos en los agricultores del cantón Bolívar.

Objetivos específicos:

1. Indicador de comprensión: Desde la fecha de inicio de este proyecto, hasta el 31 de diciembre de 1996, los agricultores comprenderán la relación entre el apareamiento de enfermedades con el mal manejo de agroquímicos.
2. Indicador de cambio de comportamiento (adquisición de destreza): Desde la fecha de inicio de este proyecto hasta el 31 de diciembre de 1996, 50 agricultores usarán en forma regular equipos de protección (mascarillas y guantes).
3. Indicador de exposición al mensaje: El 50 por ciento de los agricultores del cantón Bolívar habrán escuchado al menos un mensaje de radio haciendo referencia al manejo y uso adecuado de los agroquímicos.
4. Indicador del esfuerzo institucional: Desde la fecha de inicio de este proyecto hasta el 31 de diciembre de 1996, el

proyecto contará con 50 agricultores capacitados que promocionarán a su vez las medidas de protección entre los demás agricultores de la zona.

La segmentación de espacio - población:

En el presente plan de Mercadeo Social ha sido definido para los siguientes espacios poblacionales que intervendrán en la ejecución del mismo.

Población Primaria:

Nuestra población primaria estará constituida por 50 agricultores hombres cuyas edades fluctúan entre los 18 y 60 años y que pertenecen a las zonas de Bolívar (central), Los Andes y García Moreno. Este grupo será nuestra población objetivo a la cual está dirigido el desarrollo del plan.

Población Secundaria:

La población secundaria está formada por personas o instituciones que en forma directa o indirecta apoyarán la ejecución del plan de mercadeo, dentro de éste grupo constan:

Apoyo directo:

Personal de la unidad de salud, médico, enfermera y auxiliar de enfermería.

Apoyo indirecto:

Personal de PROMUSTA que nos podrá apoyar en talleres de capacitación y selección de agricultores. Personal del Ministerio de Agricultura para apoyo en capacitación. Departamento de difusión cultural del Municipio, cuyo aporte estará enmarcado en el asesoramiento para la elaboración de mensajes.

ANEXO 1

“Uso de Agroquímicos en el Cantón Bolívar”

CONSOLIDADO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA USANDO GRUPOS FOCALES CON AGRICULTORES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON LOS INFORMANTES CLAVES

La investigación cualitativa planteada fue el **Uso de Agroquímicos en el Cantón Bolívar**, para lo cual realizamos un plan de investigación en donde se definió la realización de tres grupos focales cada uno de los cuales contó con la participación de agricultores de la zona, el total de participantes en los grupos focales fue de 35 personas. Los lugares donde se realizaron los grupos fueron: Los Andes, San Joaquín y Bolívar.

Además se efectuó la entrevista de cuatro informantes claves:

- Dos vendedores de productos
- Un extensionista de PROMUSTA
- Un médico especialista Neurociólogo

Como resultado del trabajo realizado con éstas personas, se obtuvo información muy importante que se presenta a continuación.

Los 35 agricultores informantes utilizan agroquímicos en sus propiedades para lograr una mejor producción agrícola. La utilización, en cantidad y variedad de los productos, depende generalmente de algunos factores: “de acuerdo al bolsillo”, de acuerdo al tipo de cultivo, el clima predominante, las experiencias anteriores. Generalmente los agricultores fumigan sus sembríos en un promedio de cuatro veces desde el momento de la siembra hasta el momento que cosechan.

Los agricultores manifestaron que han aprendido a utilizar los agroquímicos, principalmente, por experiencias anteriores de, “agricultores más experimentados” “experiencia de nuestros mayores”. Sin embargo, un grupo reducido (cinco ó seis de ellos) lo aprendieron a través de consultas directas a los proveedores de los productos como Ecuaguímica, y muy pocos (tres) lo han aprendido a través de capacitaciones dictadas por técnicos de PROMUSTA.

Todos los agricultores están conscientes que los productos que utilizan causan problemas de salud, que aunque no son inmediatos “a la larga producen trastornos en la salud”.

“Las matamalezas ingresan al cuerpo y provocan daño en los huesos”

Todos los agricultores saben que deben utilizar equipos de protección sin embargo, la mayoría de ellos no disponen de estos: “somos descuidados”, dicen. “No disponemos de los medios económicos para adquirirlos”. En efecto, es difícil comprarlos. Además todos los agricultores coinciden que una gran desventaja en utilizar equipos de protección es por la escasa comodidad que éstos les brindan: “Las mascarillas provocan sofocación (asfixia), las gafas se empañan por los gases emanados del producto utilizado, la ropa especial para fumigar provoca mucho calor, sobre todo cuando hace sol, nos sentimos presos...”

Expresan que lo primordial para reducir el uso de los agroquímicos es incluir dentro de sus costumbres la utilización de productos naturales, como abonos orgánicos, etc. Para llegar a esta situación sugieren que exista un programa permanente de capacitación a los agricultores de la zona por parte de técnicos especializados. Hay una concordancia en el hecho de que los agricultores necesitan una educación no solo en el manejo de los productos sino y sobre todo en la forma en que los productos están afectando su salud: “Necesitamos más conocimientos sobre los efectos de estos productos”. Conciernen en la necesidad de contar con un proyecto en salud que les permita acudir a realizarse chequeos periódicos con la finalidad de controlar, por ejemplo, niveles de toxicidad en sangre por agroquímicos.

Finalmente, existe un acuerdo de todos los agricultores en utilizar equipos de protección siempre y cuando éstos sean de fácil acceso económico y logístico.

INFORMANTES CLAVE

En lo referente a los informantes claves los tres primeros, dos vendedores de productos y el extensionista de PROMUSTA, coinciden en que existe un uso masivo de productos químicos de diferente especie pero que principalmente se consumen productos como fungicidas como Antracol, Ditane, Daconil, cuya toxicidad varía desde leves hasta los muy fuertes. Su uso depende exclusivamente del tipo de cultivo, el estado de la planta, el dinero del que dispone el agricultor y el clima predominante. Coinciden con la opinión de los agricultores en decir que utilizan los agroquímicos en un promedio de tres a cuatro veces por siembra. Los informantes claves tienen una idea muy general sobre los problemas de salud que se producen por intoxicación por agroquímicos, sus afirmaciones surgen por referencia de sus usuarios que les han comentado que al usar los productos han sufrido de mareos, náuseas, dolores de cabeza. En los almacenes de expendio de agroquímicos se venden medidas de protección como mascarillas y guantes, los mismos que no cuestan mucho su valor está entre 1000 y 2000 sucres, pero afirman que los agricultores nunca compran estos insumos debido a las molestias que les causan.

El extensionista de PROMUSTA refiere que durante su trabajo de campo es usual observar a los agricultores manipular los químicos sin ninguna protección y refiere que esto se debe a una falta de concientización sobre los problemas que éstos productos causan.

Estas tres personas coinciden, además, en que hace falta un programa de educación continua que permita al agricultor contar con todos los conocimientos dándole la oportunidad de optar por un cambio en el cuidado de su salud. Finalmente, el último informante clave fue un médico especialista en neurocirugía. Él nos refiere que los agroquímicos están compuestos por fósforo orgánico como en el caso de los pesticidas, además del Paracuat, mientras que el nitrógeno, la urea constituyen químicos usados en los abonos.

En cuanto a los problemas que por mal uso de estos elementos se producen en números más importantes. Lo principal, según él, intoxicaciones agudas, subagudas y crónicas de acuerdo al tiempo de evolución del cuadro. Las exposiciones prolongadas, y tomando en cuenta las vías de entrada del tóxico, se pueden traducir en los siguientes problemas: por inhalación se producen cuadros de encefalitis metabólica con alteración del sensorio, alucinaciones, vómito, cefalea, convulsiones, pérdida de la conciencia, coma y muerte. En caso de contactos con la piel las quemaduras serán su manifestación más grave. Si es por ingestión se produce encefalopatía química y hepática. Las primeras manifestaciones de intoxicación son trastornos neurológicos como alteración del equilibrio, mareos, náuseas, alucinaciones, debilidad, amortiguamiento de extremidades, somnolencia y depresión de la conciencia.

ANEXO 2

LISTADO DE HACERES PENSARES Y SENTIRES

1. Uso de agroquímicos

- “La tierra no es la misma que hace 20 años, por eso utilizamos agroquímicos para producir más”
- “Utilizamos los agroquímicos de acuerdo al bolsillo”
- Generalmente fumigan 4 veces por siembra
- Utilizamos los agroquímicos de acuerdo a los “agricultores más experimentados”
- “La experiencia de nuestros mayores es importante para utilizar los productos”
- Aprende por consulta directa a los vendedores
- Pocos aprenden por capacitación con técnicos

2. Protección corporal en el uso de agroquímicos

- “Todos sabemos que debemos protegernos pero somos descuidados”
- “Si sabemos que producen problemas pero son a la larga”
- “Como todavía somos jóvenes fumigamos no más”
- “Nos cuidamos a la criolla”
- “Sabemos que nos estamos envenenando poco a poco”
- “Las matamalezas entran al cuerpo y dañan en los huesos”
- “Cuando fumigamos nos hinchamos”
- Si tuviéramos los equipos de protección a la mano los utilizaríamos”
- “No tenemos la situación económica para comprar equipos de protección”
- No ocupan el equipo de protección porque les es incómodo
- “Las gafas se empañan, la mascarilla sofoca (asfixia), la ropa para fumigar da mucho calor sobre todo cuando hace sol”
- “Con esos (equipos de protección) nos sentimos como presos”
- Todos los agricultores saben que los agroquímicos causan problemas de salud pero no saben con exactitud a qué les afecta más.

3. Formas para resolver el problema

- Expresan que lo primordial para reducir el uso de los agricultores es incluir dentro de sus costumbres la utilización de productos naturales, como abonos orgánicos
- Sugieren la existencia de un programa permanente de capacitación
- “Necesitamos más conocimientos sobre los efectos de estos productos”
- Concuerdan en la necesidad de contar con un proyecto de salud que les permita acudir a realizarse chequeos periódicos
- “Utilizaremos equipos de protección siempre y cuando se los compre fácilmente y a bajo precio”

ANEXO 3

CUADRO DE ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS DE ALGUNOS COMPORTAMIENTOS

H P S	ANTECEDENTES	BENEFICIO	PRECIO
“La tierra no es la misma de hace 20 años”	Utilizan agroquímicos para mejorar su producción	Mayor producción	Mayor inversión
Utilizan agroquímicos de acuerdo “al bolsillo”	Compran el producto que les dio mejor resultado	Efectivizan su inversión	Utilizan productos tóxicos
Utilizan agroquímicos en base a “la experiencia de los mayores”	Agricultores mayo-res tuvieron buena experiencia con esos productos	Buena producción	Abuso en la utilización de los agroquímicos
“Debemos protegernos pero somos descuidados”	“Nunca nos ha pasado nada”	Trabajan sin preocupación	Problemas de salud a largo plazo
“No nos cuidamos ahora por-que los agroquímicos solo producen problemas a la larga”	De algo vamos a morir	Se conforman con su destino	Se resignan a la enfermedad que puede darles con el tiempo
No ocupan el equipo de protección porque es incómodo	Han escuchado de otras personas que el equipo causa molestias	No sufrir las molestias del uso del equipo	Tal vez nos enfermemos pero quien sabe cuando
“Sabemos que nos estamos en-venerando poco a poco, pero como somos jóvenes...”	Los jóvenes difícilmente se enferman	Explotan su juventud	Sufren de complicaciones posteriores
“No tenemos para comprar equipos de protección”	Ingresos económicos reducidos	Hay dinero para invertir en otras cosas	Padecen enfermedades crónicas.
“El equipo de protección es molesto”	Las gafas se empañan, la mascarilla sofoca, la ropa es muy caliente	Trabajan cómodos	Se intoxican con frecuencia

**ANEXO D: CENTRO MÉDICO PARROQUIAL DE CHORDELEG
PROVINCIA DE AZUAY**

ANEXO D: CENTRO MÉDICO PARROQUIAL DE CHORDELEG PROVINCIA DE AZUAY

RESUMEN EJECUTIVO

PLAN DE MERCADEO SOCIAL SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN MUJERES

ARTESANAS

**Dra. Ximena Durán
Sra. Margarita Jara**

Asistencia Técnica: Patricio Barriga, BASICS

**Puembo, Ecuador
10 de mayo de 1996**

CONTEXTO INSTITUCIONAL

El "CENTRO MEDICO PARROQUIAL CHORDELEG" es una institución que se ha caracterizado por brindar ayuda médica integral a los pacientes que usan sus servicios. En el momento actual y con la presente Investigación hemos sentido la necesidad de incluir en la atención médica a los usuarios un servicio de capacitación, a los grupos de mujeres en particular y a la población en general.

Esto se efectuará mediante la implementación de "talleres de educación "con respecto al tema de Cáncer y la elaboración de "afiches educativos" para que la comunidad acuda en forma oportuna al CENTRO MEDICO para que se hagan el papanicolao y se realicen biopsias de los lunares nuevos, manchas y bolitas de la piel. Estas muestras serán enviadas a SOLCA y cuando reporten resultados positivos acudirá el paciente en compañía de un Promotor de Salud a SOLCA para recibir el tratamiento, le permitirá mantener un sistema de vigilancia y seguimiento necesarios para que el paciente no se sienta abandonado.

Se espera, además, que acudan al control los pacientes que presenten dolores crónicos del estómago para que mediante un trabajo conjunto con el apoyo de la Fundación Pablo Jaramillo que contará con el servicio de endoscopías se puedan remitir a los pacientes a dicha Fundación.

Primero, la investigación formativa:

Antecedentes y logística

La presente Investigación se la inicia luego de haber realizado un estudio en el Registro Civil de los certificados de Defunción de Chordeleg del año 1995. En el cual se encontró que la primera causa de mortalidad general es el CÁNCER, y la mayor tasa de mortalidad es en mujeres.

Se procedió a la elaboración de la guía de temas realizándose una reunión con la Dra. Ximena Durán y, por parte de APOLO, el Lic. Pablo Barriga, para encontrar los HACERES, PENSARES, SENTIRES, de las mujeres artesanas de la zona urbana del Cantón, ya que esta enfermedad ha causado mucho pesar en algunas familias y son las artesanas las que están directamente expuestas además a sustancias tóxicas.

Se determinó la fecha para realizarse los GRUPOS FOCALES, para el día 18 de abril de 1996, en donde participaron las artesanas de 25 a 40 años, que trabajan en la joyería, participando de MODERADORA la Srta. Margarita Jara y de ANOTADOR el Lic. Pablo Barriga.

La información de los Grupos Focales se recabó durante tres reuniones en un local del Convento Parroquial, y las Entrevistas de Profundidad en los hogares de las entrevistadas.

Hallazgos

Con la investigación se pudo encontrar que los participantes tenían algunos conocimientos erróneos con respecto al cáncer y que les producía ciertos temores que fueron notorias en sus expresiones. Además se encontró que las Señoras tenían conocimientos del Papanicolao, pero la gran mayoría no se realizaban éste examen.

HACERES PENSARES Y SENTIRES SOBRE EL CÁNCER

1. Por qué da cáncer

1. La mayoría desconoce las razones por las que da cáncer.
2. Algunas afirman que existen varias razones por las que puede dar cáncer.
3. "Depende de las tragedias que ha tenido la mujer, como golpes y caídas en la niñez, que se complican después, o por desgarres".
4. "Cuando le operan, por descuido del médico, puede infectarse y dar cáncer".
5. Algunas consideran que es hereditario.
6. Están de acuerdo en que el cáncer se ha ido desarrollando poco a poco por el descuido, por no haberse hecho tratar rápido.
7. Creen que el cáncer, por lo general, da a personas mayores de 30 años.
8. Afirman que el cáncer es provocado por una infección.
9. El cáncer es una infección, como algo que se pudre adentro y baja las defensas del organismo".
10. Dicen que el cáncer "puede dar a los cuarenta en la época de la menopausia o después de tener un hijo".
11. Todas están de acuerdo en que el cáncer es hereditario.
12. Todas afirman que el cáncer es contagioso.
13. "El cáncer se puede contagiar cuando se tiene una herida".
14. Para todas las participantes, la alimentación puede provocar cáncer.
15. Se usa puro químico en las plantas y no hay nada natural, además, el agua también está contaminada".
16. "Con lo que comemos hasta los bichos de la barriga se mueren".
17. Algunas afirman que el cigarrillo puede provocar cáncer porque algunas personas fuman algunas cajetillas diarias mientras trabajan.
18. El cáncer es frecuente entre la comunidad.
19. "Está como de moda, todo da cáncer".
20. La mayoría afirma que todos tienen cáncer, pero las personas que están sanas no lo han desarrollado todavía.
21. Algunas participantes piensan que el cáncer es muy contagioso.
22. "Se puede transmitir el microbio que contagia a los demás".
23. "Se transmite por los alimentos y por la contaminación del medio ambiente".
24. Afirman que "el cáncer se presenta no más, no depende de la edad".
25. Piensan que cuando se tiene cáncer hay que cuidarse con las comidas, no hay que comer carne de choncho, enlatados, licor y aguacate.
26. Dice además, que "las inflamaciones y las heridas que no se curan a tiempo dan cáncer".
27. Afirmar que "el cáncer es contagioso porque es una infección".
28. Expresan que "todos tenemos el cáncer pero no se desarrolla en todos".
29. "Si pica un insecto y me rasco, queda el cáncer".
30. "De cualquier mancha viene a infectar el cutis y da cáncer".

Cómo se presenta el cáncer

31. Todas afirman que el cáncer viene en distintas formas.
32. Entre otros síntomas se afirma que "decaimiento, dolores intensos o con bolas en la espalda".
33. "Comienza por el dolor de estómago".
34. Los síntomas son dolores vaginales, bolitas y pérdida del pelo.
35. "Con el cáncer como la leucemia se pierde el pelo".
36. Coinciden en que el síntoma predominante del cáncer es el dolor intenso.

Sobre el Papanicolaou

37. Todas saben qué es el Papanicolaou.
38. Todas coinciden en que el Papanicolaou es importante para prevenir el cáncer.
39. Afirman que hay que hacerse el examen cada año.
40. Conocen al menos un lugar en donde se realizan dichos exámenes.
41. Ninguna se hace el examen por descuido, por falta de recursos económicos y por vergüenza.
42. Afirman que se debe hacer cada seis meses o mínimo una vez al año.
43. La mayoría no se ha hecho el examen por "descuido".
44. "No más nos hacemos ver hasta que el mal está haciendo estragos".
45. Algunas dicen que no se hacen el examen "porque les da vergüenza".
46. Una afirma que el examen es malo para su salud.
47. "No me hago porque voy sanita y vuelvo bien enferma".
48. Ella acude al Centro de Salud, porque le da más confianza que le trate una doctora.
49. Conoce para qué sirve y cada cuanto hay que hacerse este examen.
50. "El Papanicolaou ayuda a saber a tiempo si se tiene el cáncer, y hay que hacerse una vez cada seis meses".
51. No se hace el Papanicolaou porque "usan las mismas máquinas en todas las pacientes, y se puede contagiar del cáncer".
52. Ha oído hablar sobre el Papanicolaou, pero no sabe para que sirve.
53. Nunca se ha efectuado este examen.

Sobre la relación entre enfermedad y los materiales usados en el trabajo

54. Conocen y están de acuerdo en que los materiales que usan son tóxicos y pueden provocar ciertas enfermedades.
55. "El ácido nítrico, el ácido sulfúrico, el cianuro y el agua oxigenada afectan a las amígdalas y a las vías respiratorias".
56. "En el trabajo afecta el riñón por la posición en la que trabajamos, además duele la cabeza, arde la garganta y da bastante sinusitis".
57. "El trabajo también afecta a la vista".
58. No tienen conocimiento sobre un reemplazo para los materiales tóxicos que usan en la elaboración de las joyas.
59. Ninguna piensa que las artesanas se enferman más de cáncer que las otras mujeres.
60. La mayoría afirma que las mascarillas no funcionan para protegerse de los gases.
61. Dicen que los acabados de las joyas son los más peligrosos.
62. En los acabados "es cuando más se usa el cianuro y es el más tóxico porque entra por los poros de la piel".
63. "A un señor le dio hipertensión y otro se murió, una señora abortó".
64. Todas se oponen a la libre venta de los materiales tóxicos.
65. "Ahora hasta un niño puede comprar ácidos y cianuro, hasta a ellos les venden, y se consigue en cualquier lado".
66. Todas están de acuerdo en que el ácido nítrico y el ácido sulfúrico que usan en la elaboración de las joyas, son tóxicos.
67. Dicen que los tóxicos afectan principalmente a la cabeza y a la garganta.
68. Afirman que "el cianuro y el agua oxigenada marean por los vapores".
69. No conocen sobre la existencia de materiales sustitutos para realizar su trabajo.
70. No estarían dispuestas a trabajar en otra cosa.
71. "Es el mejor trabajo, así nos den otro no lo cambiaríamos".
72. "Las mascarillas no son efectivas".

73. "Las mascarillas protegen poco y hay personas que hacen en cuarto cerrado".
74. Todas afirman que no hay relación entre el cáncer y los materiales tóxicos que usan en su trabajo.
75. "No se ha oído que los químicos que usamos den cáncer, pero sí otros males como dolor de cabeza, afecta a los pulmones, y arde la vista".
76. Todas piensan que el cáncer da igual a todos, independientemente de la ocupación.
77. "Es en general que da cáncer, no sólo a los joyeros".
78. Todas reconocen que los el ácido nítrico, el ácido sulfúrico, el cianuro, el "Sello Rojo" y el agua oxigenada son tóxicos.
79. "A mi me da una tos seca por los vapores".
80. Todas dicen que las mascarillas no son usadas mientras se trabaja.
81. "Son contados los que usan las mascarillas, serán los que tienen amor a la vida".
82. Afirman que los artesanos no toman las debidas precauciones en el manejo de los químicos.
83. "Tienen botado al alcance de los niños".
84. Afirman que los vendedores de los químicos "se desesperan por vender, aunque sea a los niños".
85. Reconoce que el humo expedito por el plomo y el cobre son tóxicos.
86. Afirma que "no existen personas que hayan muerto de cáncer por utilizar estos químicos"
87. Afirma que "no existe ningún cambio posible para mejorar las condiciones en las que se trabaja".
88. No relaciona los materiales que usa en el trabajo con el cáncer.
89. "El plomo que usamos afecta a los pulmones, a los dientes, y a la vista, pero no da cáncer"
90. Dice que los alfareros de la comunidad no se protegen de ninguna forma de los gases de plomo que emiten los hornos.
91. Afirma que el plomo se puede cambiar por el vidrio, pero esto resulta muy costoso.
92. Afirma que el área de trabajo no incide en un mayor porcentaje de casos de cáncer.
93. "No importa el oficio que se tenga, las que trabajamos en cerámica no nos enfermamos más de cáncer que otras".
94. "Mis bisabuelos han seguido este oficio y han muerto ancianitos".
95. Expresa que es necesario usar mascarillas pero no lo hace por "incomodidad" y "descuido".

HACERES, PENSARES Y SENTIRES DESEABLES EN RELACIÓN AL CÁNCER

1. Qué conozcan qué es el cáncer.
2. Qué no tengan conceptos errónea acerca del cáncer.
3. Qué la comunidad conozca que el cáncer se desarrolla pero que no está latente en el cuerpo.
4. Qué la mayoría conozcan que el cigarrillo puede dar cáncer.
5. Qué la comunidad sepa que el cáncer no es una infección.
6. Qué se sepa que el cáncer no es contagioso.
7. Qué conozcan las causas por las que da cáncer.
8. Qué conozcan señales de alarma que puedan indicar la posibilidad de que se trate de un cáncer.
9. Qué acudan al médico cuando aparecen manchas, lunares o nódulos en la piel.
10. Qué acudan al médico cuando se de pérdida de peso inexplicable.
11. Qué acudan al médico cuando están pálidos.
12. Qué acudan al médico cuando hay ardor del estómago en forma crónica.
13. Qué acudan al médico cuando presenten hemorragias vaginales después de la menopausia.
14. Qué acudan al médico cuando tengan un nódulo en el seno.
15. Qué las mujeres se hagan su autoexamen del seno.
16. Qué acudan al médico cuando presenten alguna bolita en la lengua, boca, labio o paladar.
17. Qué acudan, al presentar las primeras señales de alarma de cáncer, al médico y no al curandero.
18. Qué el curandero remita al paciente, que presenta síntomas de cáncer, al médico tradicional.
19. Qué toda la comunidad sepa lo que es el papanicolao.
20. Qué las mujeres en edad fértil se hagan el PAP cada seis meses.
21. Qué las mujeres con vida sexual activa se realicen el PAP cada seis meses.
22. Qué las mujeres, después de la menopausia, que hayan tenido o tengan vida sexual activa, se realicen el PAP cada seis meses.
23. Qué la comunidad sepa los efectos de las sustancias tóxicas en la salud.
24. Qué no utilicen sustancias tóxicas en su trabajo.
25. Qué utilicen otros métodos de trabajo que no afecten la salud ni el medio ambiente.

26. Qué no realicen las explosiones con cianuro en lugares cerrados.
27. Qué usen mascarillas adecuadas para trabajar.
28. Qué mantengan los materiales tóxicos en un lugar seguro fuera del alcance de los niños.
29. Qué exista control en la venta de los tóxicos.

POSIBLES OBSTÁCULOS PARA LA ADOPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Podrían darse algunas limitaciones para adoptar éstos comportamientos, limitaciones que tiene que ver con el aspecto económico ya que los ingresos que perciben en las comunidades son bajos y la realización del papanicolao y de biopsias reportan gastos, sin embargo es posible que podamos conseguir que las Instituciones como SOLCA, APOLO, establezcan un sistema de subvenciones a los pacientes de escasos recursos económicos.

En el proceso de "detección oportuna de cáncer gástrico" serán necesarias las endoscopías digestivas que significa un costo oneroso para lo cual se procedería de manera similar a la anterior y se contaría con el apoyo de la Fundación Humanitaria "Pablo Jaramillo" que ofrecerá próximamente éste servicio.

COMPORTAMIENTOS FACTIBLES

1. QUÉ CONOZCAN QUE ES EL CÁNCER, PARA QUE PIERDAN EL MIEDO.
2. Qué tengan conceptos certeros acerca del cáncer. Que sepan que el cáncer es curable cuando se detecta a tiempo.
4. Qué la mayoría conozca que el cigarrillo puede dar cáncer.
7. Qué conozcan las causas por las que da cáncer.
9. Qué acudan al médico cuando aparecen manchas, lunares, o nódulos en la piel.
13. Qué acudan al médico cuando presenten hemorragias vaginales después de la menopausia.
14. Qué acudan al médico cuando tengan un nódulo en el seno.
15. Qué la mujeres se hagan un autoexamen del seno.
16. Qué acudan al médico cuando presenten alguna bolita en la lengua, boca, labio o paladar.
17. Qué acudan, al presentar las primeras señales de alarma de cáncer, al médico y no al curandero.
19. Qué toda la comunidad sepa lo que es el Papanicolao.
20. Qué las mujeres en edad fértil se hagan el Papanicolao cada 6 meses.
21. Qué las mujeres con vida sexual activa se realicen el Papanicolao cada 6 meses.
22. Qué las mujeres después de la menopausia, que hayan tenido o tengan vida sexual activa, se realicen el Papanicolao cada 6 meses.
23. Qué la comunidad sepa los efectos de las substancias tóxicas en la salud.
28. Qué mantengan los materiales tóxicos en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños.

SEGMENTACIÓN DE ESPACIO POBLACIÓN

POBLACIÓN PRIMARIA

- Las mujeres del Cantón Chordeleg que han iniciado una vida sexual activa, incluyendo las señoras que han pasado la menopausia, todo este grupo comprende amas de casa, artesanas en la joyería, cerámica, empleadas.
- Los pobladores del cantón que presenten lunares nuevos, manchas, bolitas en la piel. Los pobladores del cantón que presenten dolor crónico del estómago. El personal que labora en el CENTRO MEDICO PARROQUIAL CHORDELEG. La COMISIÓN DE SALUD del cantón Chordeleg. Los Promotores de Salud de las comunidades. El Rvdo. Padre Hernán Serrano Vega, Párroco del Cantón. El Presidente del Municipio de Chordeleg.

POBLACIÓN SECUNDARIA

- Los jóvenes de los colegios.
- Los niños de las escuelas.

- El personal de Instituciones.
- Los jóvenes miembros de los clubes barriales.
- Las socias de la Asociación de Toquilleras.

POBLACIÓN TERCIARIA

- SOLCA de Cuenca.
- APOLO
- Fundación Pablo Jaramillo.

OBJETIVOS DE LA COMUNICACIÓN

- Aumentar la información y el conocimiento sobre el cáncer, en la población, que estén conscientes que es una enfermedad tratable siempre que acudan a tiempo al médico.
- Brindar una atención médica con preferencia a los pacientes que presenten las señales de alarma: manchas, lunares nuevos y bolitas en la piel.
- Aumentar a un 80 % la realización de los papanicolaos.
- Realizar un 80 % de biopsias.
- Disminuir la mortalidad por cáncer en el Cantón, debido a la detección tardía de ésta enfermedad y al desconocimiento de muchos factores cancerígenos.

ESTRATEGIA CREATIVA

1. TALLERES DE REFLEXIÓN.

MENSAJE.. "El cáncer es curable, hay que hacerse ver a tiempo".

El problema que se da en Chordeleg, es que hay un temor generalizado por ésta enfermedad. Necesitamos que la población tenga un lugar de reuniones, en el Centro Médico, donde sus dudas y temores encuentren una respuesta, y acuen en forma correcta frente a los primeros síntomas que se presenten.

Los TALLERES DE REFLEXIÓN se realizarán invitando primero a las señoras que participaron en los Grupos Focales, ya que se detectó que ellas sienten mucho temor y necesitan apoyo inmediato. Ellas ya solicitaron ayuda para aclarar sus dudas.

Luego, se invita a los Promotores de Salud, que son personas de las diferentes comunidades y que se mantienen en reuniones permanentes con el Personal del Centro Médico, a los Animadores de las comunidades, que son líderes. Se beneficiarán, igualmente, de la transmisión de mensajes a la comunidad. Esta transmisión se efectuará con la mayor claridad que sea posible.

También se realizarán reuniones con las señoras de los diferentes barrios.

2. ELABORACIÓN DE UN AFICHE. "POR AMOR A LA VIDA".

PRIMER MENSAJE: "Acudir al médico si se presentan lunares, manchas, bolitas".

SEGUNDO MENSAJE: " Toda señora debe hacerse el Papanicolao cada 6 meses".

Los afiches serán colocados en lugares de más afluencia de personas, como las escuelas, iglesias, parques, boticas, mercados, canchas deportivas, colegios. Serán repartidos los afiches para colocarlos en las diferentes comunidades.

3. LAS SEÑORAS ACUDEN AL MÉDICO.

- La mayoría de mujeres se realizan el Papanicolao cada 6 meses.
- La población acude al CENTRO MÉDICO, por presentar alguna mancha, bolitas lunares.
- La población acude al CENTRO MÉDICO, por presentar dolores crónicos del estómago.

4.

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER Y TRATAMIENTO ADECUADO.

- Es necesario que en nuestro medio y contando con la implementación en el CENTRO MÉDICO de instrumentos adecuados se proceda a obtener biopsias de manchas, bolitas, lunares, etc.

- Se realizarán tomas de muestras de Papanicolao.

- Una vez detectada la enfermedad se le remite al CENTRO DE ESPECIALIDAD (SOLCA), pero con la compañía de un Promotor de Salud de su zona o comunidad realizando un seguimiento al paciente y a su caso.

ANEXO E: FUNDACIÓN EUGENIO ESPEJO

**ANEXO E: PLAN DE MERCADEO SOCIAL: RESUMEN EJECUTIVO
FUNDACIÓN EUGENIO ESPEJO**

PUEMBO, 10 DE MAYO DE 1996

Definición del Problema

El problema definido para la realización de la investigación formativa fue el de Planificación Familiar, debido a que en el barrio Chilibulo existen familias jóvenes con un promedio de cinco hijos por familia, determinando problemas económicos y sociales en su estructura.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, se observa que el centro de salud de la FEE, no ha logrado una cobertura aceptable en el programa de Planificación Familiar, siendo necesario ampliar su cobertura y lograr cambios de comportamientos en Planificación Familiar de la población del barrio, que repercutirán en el bienestar de las familias.

Epidemiología del problema

El problema de PF a nivel del barrio de Chilibulo, representa un alto índice de embarazos en mujeres jóvenes, alta frecuencia de períodos intergenésicos cortos, alta frecuencia de recién nacidos con peso bajo, anemia en el embarazo, destete precoz, problemas que inciden directamente en la salud de los niños añadiéndose casos de desnutrición, EDA, IRA que agravan la situación de salud.

Definición de los objetivos de la investigación

- Conocer los haceres, pensares y sentires de los distintos grupos de población del barrio.
- Identificar las necesidades de la comunidad respecto a Planificación Familiar.
- Determinar las expectativas que tienen de un servicio de Planificación Familiar.
- Encontrar las causas de la falta de conocimiento sobre Planificación Familiar.

Hallazgos

1. Conocimientos de Planificación Familiar

La Planificación Familiar para los participantes constituye un acuerdo mutuo de las parejas o una serie de consejos, que sirven principalmente para determinar el número de hijos que desea tener una familia, asegurando su situación económica, el futuro de los hijos y disfrutar de una vida plena.

El grupo de mujeres solteras aclara que la Planificación Familiar, debe estar dirigida en especial a los grupos de escasos recursos ya que "los ricos sí saben".

Conocimientos sobre los métodos de Planificación Familiar

Los métodos de Planificación Familiar conocidos por los participantes son: La T de cobre, ritmo, pastillas, vasectomía, ligadura, inyecciones, implantes en piel llamados "hilos en el brazo, cápsulas en el brazo y algo que se coloca en el brazo".

En el grupo de mujeres casadas se advirtió que existen pastillas a la vena, pastillas para hombres e inyecciones semanales para hombres.

En el grupo de mujeres solteras afirman que las inyecciones se colocan en el ombligo cada tres meses y otra mensual.

En el grupo de hombres cabe señalar que conocen el diafragma y el espiral.

Utilización de métodos en Planificación Familiar

De las experiencias vertidas en los grupos focales se concluye que la práctica más común es el uso de la ligadura y los preservativos.

En las mujeres casadas, se destaca el uso de la T de cobre y pastillas y vasectomía en un caso.

En las mujeres solteras no ha existido ninguna experiencia en el uso de métodos.

En el grupo de hombres los métodos más usados son el coitus interruptus, abstinencia y uso de óvulos.

Donde se recibió la información

La mayoría de participantes ha recibido información en los hospitales (del Sur, Baca Ortíz, Maternidad) centros de salud (la Magdalena, Cotocollao, del Centro del Colegio de Obstetricas) y subcentro de Salud de Jesús del Gran Poder.

En el grupo de mujeres casadas CEMOPLAF y APROFE.

En el grupo de mujeres solteras a través de charlas dadas por el médico del plantel, profesores de biología, psicóloga, y en la casa a través de sus cuñadas y hermanas.

En el grupo de hombres recibieron información a través de libros, televisión y en los cursos prematrimoniales.

Conocimientos positivos sobre Planificación Familiar

Los participantes opinan que la Planificación Familiar da seguridad a nivel de la familia, se puede planificar el número de hijos y asegurar la situación económica.

En las mujeres casadas se destaca la coincidencia del concepto de relaciones sexuales satisfactorias, sin el miedo a quedar embarazadas, lo que conlleva a tener armonía en el hogar y desarrollar mayores opciones para otras actividades (estudios, trabajo) para la mujer específicamente.

Conocimientos negativos sobre Planificación Familiar

Las participantes coinciden en que la T de cobre y las pastillas producen problemas varios como: estéticos (manchas en la piel), dolores de cabeza, inflamaciones y hemorragias.

En el grupo de mujeres casadas sostienen que las inyecciones con el tiempo producen cáncer.

En el grupo de mujeres y hombres casados coinciden en afirmar que los métodos no son seguros y que producen cambios en la personalidad. Particularmente los hombres sostienen que se producen daños en el feto.

Participación en la Planificación Familiar

En general la participación es reconocida como importante con la pareja, siendo importante la difusión de conocimientos a nivel de familia y del barrio.

En el grupo de mujeres casadas les preocupa el machismo y los celos.

Expectativas de un servicio de Planificación Familiar

Los participantes coinciden en que el servicio debe ser eficiente, estar bien dotado de equipos, se realice programas de información con métodos audiovisuales y otros medios de comunicación.

Las mujeres, tanto solteras como casadas, coinciden en que es importante involucrar a los hombres en la Planificación Familiar. Las mujeres casadas sostienen que es importante aprovechar de las oportunidades en la atención del servicio para captar usuarias y dar educación. Además, manifiestan que es necesario el uso de perifoneo y videos como medios óptimos para difusión de la Planificación Familiar..

Los hombres generalizan que la Planificación Familiar debe realizarse en las escuelas y colegios, pero no la participación conjunta de la pareja. Afirman que es mejor la atención de Planificación Familiar con una doctora (antes que un doctor) por el nivel de confianza, teniendo una posición contraria a la de las mujeres casadas.

Apoyo de la pareja

Los tres grupos concuerdan en que la Planificación Familiar es una decisión de la pareja y debe haber el apoyo mutuo.

Las mujeres solteras opinan que debe realizarse antes del matrimonio y que el nivel cultural influye; en población de nivel socioeconómico bajo se vuelven mas acentuadas las manifestaciones de machismo y rechazo a la Planificación Familiar.

Los hombres son los únicos que establecen la relación entre infidelidad y uso de Planificación Familiar.

Alcance económico de los métodos

Los grupos coinciden en general que los métodos son accesibles.

Los grupos de mujeres casadas y hombres concuerdan en que debe existir mayor difusión del servicio y de los precios ofertados por el centro de salud de la Fundación.

Sistematización de Haceres, Pensares y Sentires

Conocimiento de Qué es Planificación Familiar

Es cuidarse mutuamente
Tener hijos de acuerdo a situación económica
Es la utilización de métodos para tener los hijos que se desee
Ponerse de acuerdo para tener hijos
No necesariamente debe haber un acuerdo mutuo
Hay esposos que no permiten utilizar métodos
Ellas lo hacen a escondidas
El dinero no alcanza para tener muchos hijos
Es una manera para saber cuántos hijos tener y en qué tiempo
Es necesaria la proyección a muchas madres para que tenga conocimiento y no tengan muchos hijos
"Son consejos para planificar cuántos hijos tener, se debe indicar en especial a la gente pobre, porque los ricos sí saben."
"Igual a no tener hijos y evita la sobre población"
Es ahorro
Es un objetivo desde cuando uno se casa
Es disfrutar de una vida plena, ver por los hijos y saber el número que se desea tener
Es asegurar el futuro de nuestros hijos, pero se ven familias con 6 a 8 hijos.

Si, me gustaría participar con mi pareja
Hay hombres que no les gusta escuchar de eso y es importante que participen
Antes de casarse deben las parejas conversar y planificar su familia
Depende del nivel cultural
A la mujer no le entienden
Hay falta de educación en el hombre
Mujeres y hombres tienen el mismo derecho
Se debe tener confianza en las mujeres
Hay mujeres que traicionan a sus maridos

2. Uso de Métodos de Planificación Familiar

Clasificación

T de cobre, ritmo, pastillas (pastillas en la vena),”
 Vasectomía” (tres), Ligadura, inyecciones
 (inyecciones mensuales) (inyección semanal para
 los hombres)
 (inyección cada tres meses en ombligo), hilos en el
 brazo, cápsulas en el brazo, condón,

Mujeres adolescentes

T de cobre se chequea cada mes,
 sin chequeo se encarna y puede quedar embarazada

La T tiene un oxidante que mata a los espermatozoides

98% de efectividad

Con la T algunas personas las engorda y otras enflaquecen

Pastillas hay de dos colores. unas en la menstruación y otras se otro color para tomar todos los días

Se tienen cinco días de menstruación, tres días después no se es fértil y se pueden tener relaciones y después se es fértil y se es riesgoso tener relaciones

Ligadura en los hombres y mujeres,

Debe ser a los 30 años en las mujeres

Se debe pedir permiso a la pareja

En la ligadura hay corte de las trompas y amarramiento

Cuando se les amarra pueden volver a tener hijos

En los hombres no sé como será

Cápsulas, se hace un corte y se colocan en el brazo

“Abstinencia”

“Diafragma” “Espiral” “Óvulos”

2. a. Uso de métodos de Planificación Familiar

Las solteras no han utilizado métodos.
Pastillas por dos años
T cobre por cuatro años
T de cobre por 1 año
Preservativos

Método del ritmo
Ligadura
T cobre por algunos meses
Vasectomía para mi esposo
Mi esposa está ligada, es la mejor decisión
Mi esposa no se cuida por nada, tiene desconfianza de los métodos
Yo practico, como se dice, interrumpir el acto o acabar afuera
Evitar tener relaciones la mayoría de veces y terminar afuera

2.b. Problemas encontrados al aplicar los métodos de Planificación Familiar

T de cobre produce dolor de los ovarios
Adelgaza o engorda
Dolor de barriga con el espiral
La T de cobre produce irritaciones e infecciones
Las pastillas producen dolor de cabeza
La ligadura cambia el genio a las mujeres
El uso de preservativos es como no hacer nada
A la mujer no le gusta, no se siente nada
es como hacer con otra persona
al terminar da una sensación fea de quemante
el diafragma no es eficaz
Todos los métodos a la larga o corta tienen contra
Los niños salen deformados para ver, caminar
Usando cinco a seis años afectan al organismo
Embarazos a pesar de utilizar la T de cobre y las pastillas
Inseguridad en la utilización de métodos
Salen manchas en la cara
Dolor de cabeza, piernas y se sugestionan por el uso de las pastillas
Fallaron las pastillas, pensaba tener dos y tuve cuatro
La T de cobre da bastante hemorragia
Las pastillas me afectaron a la cabeza, pasaba mareada y se me olvidaban las cosas
La T de cobre se encarna y se quedan embarazadas
Las inyecciones manchan la cara y con el tiempo dan cáncer

2.c. Aspecto económico en el uso de métodos de Planificación Familiar

Los precios están al alcance de todos
Los precios varían de acuerdo al sector
Hay mas confianza en Cemoplaf, se paga más y es mejor
Voy a Aprove porque primero me hacen exámenes
En el Centro de Salud Espejo no se conocen las tarifas

Los preservativos no son caros
La ligadura en el Patronato cuesta 400.000
Difundir los precios en los folletos
Depende de la situación laboral
Si hay trabajo es accesible
Especialmente la T de cobre y las pastillas están al alcance
Las inyecciones cuestan 200.000
La T de cobre cuesta 50 sucres en la feria libre

3. Necesidades o expectativas de servicios de planificación familiar

Deber ser eficiente
Especializado
Orientado a los hombres
Debe partir de cero
Charlas individuales a las parejas
Informar con folletos y videos
Con video se capta mejor
Cuando acudan al centro de salud el médico debe incentivarles a utilizar algún método
“Utilizar el perifoneo”
Visitas a varios sectores y que vaya el médico porque a él si se le creen
Adecuando una área específica
Utilizando carteles y propaganda
Aprovechar de las reuniones en las escuelas para que participen los hombres
Orientar desde la niñez, escolares de quinto y sexto grado
Ampliar el Centro de Salud, con equipos modernos, mas médicos, sala con videos, instructores, qué hablen las consecuencias de la no planificación en embarazos no deseados
No hay comunicación por eso se desconocen los servicios en el barrio
Contar con una doctora por las tardes hay más confianza de mujer a mujer

CUADRO DE COMPORTAMIENTOS

Comportamientos	Por qué	Beneficio	Precio
Ponerse de acuerdo para tener hijos	De acuerdo a la situación económica El dinero no alcanza	Es asegurar el futuro de los hijos. Es disfrutar una vida plena.	Ahorro

54

Ellas lo hacen a escondidas	Hay esposos que no permiten utilizar métodos. No entienden a las mujeres, por falta de educación. Hay mujeres que traicionan a sus maridos.	No se embarazan	Inseguridad de la pareja
El uso del preservativo es como no hacer nada	A la mujer no le gusta, no se siente nada, y al terminar una sensación quemante	Se tiene relaciones placenteras	
Ampliar el centro de salud con equipos modernos, sala con videos, instructores que hablen de las consecuencias de la no planificación de los embarazos no deseados	No hay comunicación y se desconocen los servicios en el barrio. Debe ser eficiente y especializado	Mejorar el servicio, aumentar los conocimientos sobre los beneficios de la PF	Monetario
Aprovechar las reuniones en las escuelas para que participen los hombres	Se debe orientar desde la niñez (Porque los hombres no acuden a las reuniones de PF)	(Mejorar el futuro de la comunidad)	Tiempo
Todos los métodos a la larga o la corta tienen contra	Ejemplos de problemas en el uso de los métodos	(Rechazo a los métodos anticonceptivos)	(Embarazos no deseados, multiparidad)

4. Análisis del Comportamiento

Para el análisis de los comportamientos se realizó una selección de los comportamientos más frecuentes en el consolidado de los HPS, obteniéndose de esta forma los HPS actuales, que se presentan a continuación.

ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO: HPS ACTUALES

HPS ACTUALES
1. Es la utilización de métodos para tener los hijos que se desee
2. Hay esposos que no permiten utilizar métodos, por problemas de machismo y celos
3. Ellas lo hacen a escondidas, por desconfianza de la pareja
4. Planificación familiar en especial a la gente pobre "porque los ricos sí saben"
5. "PF es igual a no tener hijos y evita la sobre población"
6. La PF significa ahorro para la familia
7. Se puede tener relaciones satisfactorias porque no se queda embarazada
8. Hay hombres que no les gusta escuchar de eso y es importante que participen
9. Antes de casarse deben las parejas conversar y planificar su familia
10. La aceptación de la PF depende del nivel cultural
11. Mujeres y hombres tienen el mismo derecho

12. Inyecciones cada tres meses en el ombligo (error de conocimiento)
13. La T de cobre tiene un oxidante que mata a los espermatozoides
14. Se tiene cinco días de menstruación, 3 tres días después no se es fértil y se pueden tener relaciones y después se es fértil y es riesgoso tener relaciones
15. Cuando se les amarra pueden volver a tener hijos
16. La ligadura en los hombres no sé como será
17. Las solteras no han utilizado métodos
18. Pastillas, T de cobre, preservativos, ligadura, ritmo, vasectomía, coitus interruptus y abstinencia (falta de conocimiento sobre indicaciones y prácticas)
19. Todos los métodos a la larga o a la corta tienen contra
20. En el centro de salud Espejo no se conocen las tarifas
21. (La accesibilidad a la PF depende la situación económica)
22. Ampliar el centro de salud, con equipos modernos, más médicos, sala con videos, instructores que hablen de las consecuencias de la no planificación en embarazos no deseados
23. No hay comunicación por eso se desconocen los servicios en el barrio

Los HPS deseables se formularon en base a los HPS actuales, pensando cuales podrán ser los cambios de comportamiento inducidos por la aplicación de las estrategias. A continuación se muestra el listado logrado.

ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO: HPS DESEABLES

HPS DESEABLES
1. Nosotros utilizamos la PF como método para tener el número de hijos que deseamos, de acuerdo a la situación económica y por acuerdo mutuo.
2. Nuestros esposos participan en PF, sin machismo ni celos
3. Nosotras utilizamos libremente el método que seleccionamos porque tenemos confianza con nuestras parejas
4. Todos (ricos y pobres) utilizamos la PF
5. "PF es igual a no tener hijos y evita la sobre población"
6. Nosotros usamos la PF como una forma de ahorro para la familia
7. Tenemos relaciones satisfactorias sin temor a quedarnos embarazadas
8. Los hombres participan y están interesados en PF
9. Antes de casarse las parejas acuden al médico para conocer de PF
10. Todas las personas de nuestro barrio aceptan la PF
11. Mujeres y hombres tienen el mismo derecho en PF
12. Yo utilizo las inyecciones de acuerdo a lo que me indica el médico
13. La T de cobre es un método adecuado que contiene una sustancia que mata a los espermatozoides
14. Yo no tengo relaciones entre los días 11 a 17 del ciclo
15. En la ligadura se amarra y se corta ambas trompas
16. En los hombres se ligan y cortan los conductos para no tener hijos.
17. Los adolescentes conocemos los métodos y los utilizamos cuando iniciamos nuestra vida sexual
18. Conocemos las indicaciones y los usos de los métodos anticonceptivos

19. Yo evito los problemas del uso de los métodos con un control adecuado
20. Yo conozco las tarifas de PF de la Fundación
21. La mayor parte de métodos están al alcance de nuestro bolsillo
22. La buena difusión de los servicios nos permiten acceder al centro de salud

HPS FACTIBLES

Para la determinación de los HPS factibles se utilizaron tres variable de la balanza de evaluación de comportamiento:

- I. Complejidad del comportamiento
- II. Requerimiento de recursos
- III. Consecuencias positivas del comportamiento

Estas variables nos ayudan a comprender los elementos que pueden actuar en el cambio de comportamiento, desde el punto de vista de quienes van a recibir las acciones frente a quienes van a entregarlas.

Utilizando las variables descritas se procedió a la calificación y puntuación década HPS deseable por cada analista (tres), para posteriormente realizar una valoración en consenso. Con estos valores se realizó una sumatoria horizontal para obtener los puntajes, cuyos máximos determinan los HPS factibles, que en el presente caso fueron los siguientes:

Cabe señalar que los HPS se circunscribieron a los que están relacionados con los usuarios potenciales.

1. Nuestros esposos participan en PF, sin machismo ni celos
2. Nosotras utilizamos libremente el método que seleccionamos porque tenemos confianza con nuestras parejas
3. Nosotros usamos la PF como una forma de ahorro para la familia
4. Tenemos relaciones satisfactorias sin temor a quedarnos embarazadas
5. Antes de casarse las parejas acuden al médico para conocer de PF
6. Yo utilizo las inyecciones de acuerdo a lo que me indica el médico
7. La T de cobre es un método adecuado que contiene una sustancia que mata a los espermatozoides
8. Yo no tengo relaciones entre los días 11 a 17 del ciclo
9. En la ligadura se amarra y se corta ambas trompas
10. En los hombres se ligan y cortan los conductos para no tener hijos.

5. Segmentación de Espacios- Población

5.1 Población Primaria

La población definida para realizar el cambio de comportamiento está representada por los siguientes grupos:

- I. Parejas en edad reproductiva
- II. Adolescentes
- III. Escolares

5.2 Población Secundaria

Dentro de este espacio poblacional se encuentran las siguientes personas:

- I. Personal del centro de salud
- II. Voluntarias de salud
- III. Líderes comunitarios
- IV. Maestros

6. Objetivos

- a) Desarrollar una red de voluntarias y promotoras capacitadas que inicialmente trabajarán en PF, con la proyección de ampliar su ámbito de acción a la salud comunitaria en APS.

b)

a)

Ampliar el conocimiento de PF en la zona de influencia del centro de salud de la FEE, en todos los estratos sociales.

a)

- a) Concientizar al grupo de hombres sobre la importancia de planificar la familia, logrando: ahorro familiar, protección de la salud de la mujer, mejor atención a los hijos deseados, etc.

b)

a)

Concientizar a los adolescentes en prácticas de sexo seguro y PF, en especial a las parejas jóvenes.

a)

- a) Procurar cambios en los comportamientos erróneos de la población, respecto a diversos tópicos como:
- b) machismo, celos, vergüenza por uso de PF, falsos temores y riesgos sobre el uso de la PF, tabúes sociales, etc.
- c)

a)

Aclarar a los usuarios potenciales sobre el uso correcto, posibles problemas y beneficios de los distintos métodos de PF.

7. ANÁLISIS DE MERCADEO SOCIAL

Producto:

El producto preparado para el cambio de comportamiento en PF obedece a dos elementos. Uno de capacitación dirigida al grupo de voluntarias como catalizadoras del proceso y capacitación a los grupos objetivo (parejas, adolescentes y escolares).

Dentro del producto está considerado otro elemento, que es la dotación de métodos anticonceptivos, para lo cual el centro de salud asegurará de la suficiente dotación de estos insumos.

Precio:

En la implementación de las estrategias de cambio de comportamiento en PF para el barrio Chilibulo, se ha considerado que el precio se ubica tanto en la oferta, es decir en el servicio a través de los recursos dedicados para la implementación, como en la demanda o población cuyos actores sociales voluntarias, parejas, escolares, involucrados dentro del proyecto de PF, su participación representa un precio.

Dentro de los servicios que brinda el centro de salud de la FEE, el de PF representa un precio dedicado a la consulta y a la obtención del método, que de acuerdo a la política de la FEE se considerará un precio accesible para los usuarios de PF.

Plaza:

El mercado general para los productos considerados constituyen el barrio Chilibulo. Como proveedor de servicios de salud en esta plaza, el centro de salud de la FEE será eje de la distribución de los métodos y de la capacitación hacia los grupos objetivo.

Promoción:

La promoción en el desarrollo de cambio de comportamiento de PF es la base de las estrategias a implementarse. Su desarrollo se realizará a través de una red de voluntarias que se perfilarán como promotoras de salud y del personal del equipo de salud.

Tanto las voluntarias como el equipo estarán en condiciones de brindar mensajes adecuados en PF reforzados por diferentes medios de comunicación. La transmisión de experiencias a las parejas será el punto de seguimiento y captación de usuarias potenciales.

8. ESTRATEGIA DE COMPORTAMIENTO

La Fundación Eugenio Espejo para lograr el cambio de los comportamientos identificados en Planificación Familiar, desarrollará las siguientes estrategias:

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN DE "VOLUNTARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR"

Captar del grupo poblacional y de las usuarias de planificación familiar del centro de salud, "voluntarias de PF". Esta captación se realizará a partir de las señoras que asistieron a los grupos focales, esta decisión sea ha tomado porque estas usuarias potenciales participaron sin cohibirse y demostraron su deseo de colaborar con el proyecto.

Así mismo del grupo de usuarias actuales de PF del centro de salud de FEE, se realizará una convocatoria general en la cual se definirá el grupo de voluntarias que participarán en el desarrollo de la estrategia. Se requiere un mínimo de dos por barrio.

ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN

Las voluntarias de PF captadas recibirán un adiestramiento básico en:

- I. Aprendizaje de metodologías de comunicación
- II. Trasmisión de experiencias propias sobre PF
- III. Promoción de métodos de PF, su uso, controles, errores en la concepción y problemas más frecuentes
- IV. Involucramiento y participación de las parejas

Para desarrollar esta estrategia el equipo de salud definirá los objetivos para cada actividad, con la metodología e instrumentos necesarios. El equipo podrá contar con el apoyo multidisciplinario de ser requerido.

Los temas se organizarán y ampliarán de acuerdo a las necesidades que las voluntarias y el equipo de salud detecten en la marcha del proceso.

ESTRATEGIA DE PREPARACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Como un complemento a la estrategia anterior, se ha previsto la utilización de medios de comunicación (mensajes, afiches, folletos, adhesivos,) que se prepararán para promocionar los comportamientos.

La preparación de estos medios será desarrollada a través de pruebas de ensayo de su contenido, entendimiento y promoción.

ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN A TRAVÉS DE CONTACTOS PERSONALES

Para el desarrollo de esta estrategia se asignarán sectores para cada voluntaria. En estos sectores las voluntarias realizarán visitas domiciliarias con doble objetivo, captar usuarias potenciales de PF, difundir comportamientos deseables y seguimiento a las usuarias del centro de la FEE.

Las voluntarias contarán con el apoyo de instrumentos de trabajo de campo "diario de campo", en el cual se registrarán las actividades cumplidas durante las visitas domiciliarias. El mismo que servirá para realizar el seguimiento y retroalimentación de las acciones que cumplirán las voluntarias

La información obtenida será sistematizada semanalmente para que al finalizar el mes este producto sirva de insumo para definir nuevos contenidos y refuerzos en la capacitación y medios de comunicación.

ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO

El equipo de salud del centro de la FEE realizará un análisis de los registros diarios para determinar la eficacia de las estrategias aplicadas.

La estrategia de seguimiento servirá para determinar las necesidades de insumos para cada uno de los métodos y programar un stock adecuado para garantizar su disponibilidad.

El seguimiento de las actividades realizadas por las voluntarias permitirá evaluar su producción y eficacia. Esta base permitirá seleccionar voluntarias, que continuando con su formación podrán desempeñarse como promotoras comunitarias de salud, cuyas funciones serán bonificadas.

ESTRATEGIA A LARGO PLAZO

Una vez evaluadas las estrategias implementadas, se ampliará el proceso de cambio de comportamiento hacia los otros grupos objetivos detectados en la investigación formativa, es decir adolescentes, escolares y hombres.

ANEXO F: GRUPO DE TRABAJO CEMOPLAF LAGO AGRIO

**ANEXO F: GRUPO DE TRABAJO CEMOPLAF LAGO AGRIO
COMO IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA**

**DRA. CECILIA FABARA
PATRICIO SARAVIA
LCDA. IRMA ROBALINO**

NUEVA LOJA, MAYO 1996

COMO IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD:

Problemática Psico-Médico-Social derivada por el embarazo de mujeres de 12 a 18 años en el cantón Lago Agrio.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DEL PROBLEMA DE SALUD

La gravedad del problema radica en la pertinaz frecuencia de embarazos en mujeres que no alcanzan el desarrollo adecuado físico y psicológico para concebir y criar un hijo; a lo cual se suman diferentes factores: falta de soporte emocional y económico dada muchas veces por la ausencia de un padre, irresponsabilidad del mismo, falta de solvencia económica y/o moral de la mujer y su pareja; lo anterior se agrava debido al poco o ningún apoyo de sus familias, el rechazo a la mujer con esta problemática de los componentes familiares y de la sociedad en general.

Si analizamos lo anterior podemos visualizar el grave problema en el que se encuentran sumidas este grupo de mujeres, que, de seguro, no se alimentan bien, no acuden al control prenatal, sufren depresiones constantes lo que desemboca en gran porcentaje en aborto, abandono, rechazo, regalo del recién nacido y hasta suicidio.

Para aclarar el espectro epidemiológico, en el siguiente cuadro presentamos las diferentes manifestaciones perinatales, y de parto que se reportan en el Hospital Regional de Lago Agrio.

Análisis del Cuadro.- En el período de 1995, en el Hospital Regional de Lago Agrio nacieron vivos 668 infantes, de estos, el 19.46 por ciento corresponden a mujeres de 12-18 años, el 21.53 por ciento de niños cuyas madres corresponden al grupo estudiado nacieron con bajo peso, el 13 por ciento presentaron partos prematuros, de estos el 68.9 por ciento se encuentran entre la semana 32 y 36 de embarazo.

De total de cesáreas realizadas en el hospital, el diez por ciento corresponde a mujeres de 12 a 18 años, mientras que de todos los partos realizados, el 29.3 corresponde a este grupo de madres.

No existen datos estadísticos sobre abortos inducidos y sus consecuencias, igualmente de complicaciones en partos y cesáreas, con lo que se complica aun más nuestro campo de estudio pues en estas circunstancias pueden estar escondidos factores mucho más agravantes que los aquí presentados.

PREVALENCIA

La población del cantón Lago Agrio es, en un alto porcentaje, joven, (mayoritariamente entre 10 y 25 años) lo que produce el apareamiento de necesidades (educación, recreación, salud, entre otras) casi siempre insatisfechas, esto agrava la situación social de la región como el apareamiento de pandillas juveniles, abandono de hogar a temprana edad, prostitución infantil, y, por supuesto, embarazos no deseados, etc.

La problemática psico-médico-social derivada por el embarazo de mujeres de 12 a 18 años en el cantón Lago Agrio, si bien no se presenta como un fenómeno generalizado, ni mucho menos uniforme, conlleva en sus entrañas una lacra social que se ha mantenido de manera ascendente, como referencia, en 1995, en el Hospital Regional de Lago Agrio fueron atendidas 135 mujeres (en partos normales o cesáreas) comprendidas entre 12 a 18 años de edad (que corresponde al 25 por ciento del total de

atención en partos y cesáreas en esta institución), mientras que la cifra referida para estos casos en el año 1994 no sobrepasaba 15 por ciento.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

La región Amazónica Ecuatoriana representa aproximadamente la mitad del territorio del país (130.760 Km²), lugar donde se asientan étnicas milenarias y cuyo entorno es una selva profundamente heterogénea.

A partir de la década de los 70 experimenta un cambio radical como fruto de la explotación del petróleo, que junto a la construcción de carreteras de penetración constituyen los ejes de una ocupación desordenada de sus áreas de influencia, por olas de migraciones rurales de pequeños agricultores como consecuencia del deterioro de las condiciones de la vida observadas principalmente en la región interandina.

La provincia de Sucumbíos fue creada mediante Ley No. 008 del 11 de Febrero de 1989, publicada en el Registro Oficial No. 127 del 13 de febrero de 1989. La provincia de Sucumbíos se ubica al noroeste del Ecuador, entre las coordenadas 0°45' Latitud sur y de los 75° 25' de longitud oeste, siguiendo la línea de frontera con Colombia, hasta los 75°50' de longitud este.

Se localiza en el sector norte de la región Amazónica del Ecuador limitado al: Norte.- ríos San Miguel y Putumayo, límites fronterizos con Colombia. Sur.- Límites con la provincia del Napo que recorre los siguientes puntos importantes en dirección al sur-oeste: volcán Reventador, curso alto del río Coca, el río Eno, el río Jivino, un tramo del río Napo aproximadamente en su curso medio, para luego por el río Juanillas tomar el curso del río Aguarico hasta la línea del Protocolo de Río de Janeiro. Occidente.- Límites provinciales de Carchi, Imbabura y Pichincha. Oriente.- Límites fronterizos con Colombia y la línea demarcatoria del Protocolo de Río de Janeiro con el Perú.

La provincia tiene una extensión de 18.612 km², según el Censo de Población de 1990, distribuida en los cantones de la siguiente manera: Lago Agrio 7.323 km²; Gonzalo Pizarro 2.284km²; Putumayo 3.741 km²; Shushufindi 2.432 km²; Sucumbíos 1.561 km²; Cascales 1.271 km².

El cantón Lago Agrio está localizado en el centro de la provincia de Sucumbíos limitando al norte con Colombia, al sur el cantón Shushufindi y la provincia del Napo; al este la línea fronteriza de protocolo de Río de Janeiro y el Cantón Putumayo, y al oeste el cantón cascales. Según el INEC Lago Agrio está habitada por 41.254 personas, de los cuales 22654 son hombres y 18600 mujeres (Censo 1990).

¿QUÉ ESTÁ PASANDO, DONDE, CUÁNDO, CON QUÉ EFECTOS?

La población de la provincia de Sucumbíos es de 76.952 habitantes según el V Censo de Población de 1990, de los cuales un 55.1% son hombres y un 44.9% son mujeres. El 26.6% del total de la población provincial vive en el área urbana y el 73.4% en el área rural. El Cantón Lago Agrio es el más poblado pues en él habitan el 53.6% de la población total de la provincia.

La población del cantón en un alto porcentaje proviene de procesos migratorios de la sierra y de la costa. El mayor número de inmigrantes corresponden a las provincias de Loja, Bolívar, Pichincha y Manabí, con el 10.9%, 7.9% y 5.1% respectivamente.

El 28.1% de la población urbana y el 51.4% de la población rural. La orientación de la población migrante es la ocupación del espacio rural debido a la dinámica de exportación de los recursos naturales.

En términos generales, no se han modificado sustantivamente los procesos migratorios y sus flujos de origen. La mayor parte de inmigrantes de la región serrana y predominantemente de Loja, Bolívar y Pichincha. De acuerdo a datos compilados en la investigación para este estudio, en Lago Agrio, el 70% son de origen serrano especialmente de Loja y Bolívar.

Según el Censo de 1990, la población de la provincia comprendida entre los 10 años y más, es de 52,738 habitantes (68.5%), de los cuales el 90.3% tiene la condición de alfabeto.

La población comprendida entre 6 y más años, según el Censo de 1990, corresponde al 80.5% de la población total, de los cuales el 9.5% no tiene nivel de instrucción alguno; 1.1% a centros de alfabetización; 63.8% a centros de instrucción escolar o primaria; 17.6% al nivel secundario; 2.26% educación superior; 0.1% post-grado; y, 5% no declararon su nivel de instrucción.

En general, se puede observar que el nivel de instrucción de la población de Sucumbíos ha mejorado en el intervalo intercensal. Sin embargo la situación de la mujer sigue en desventaja en relación a la del hombre.

Además hay que considerar las particularidades del área de trabajo. Así tenemos que Lago Agrio como centro de explotación petrolera presenta un alto grado de población flotante, información que no ha sido recogida por el censo, mayoritariamente masculina, ocupada por las compañías petroleras, hombres solos con hogares constituidos en su lugar de origen, que al terminar la jornada de trabajo establecen un nuevo hogar dentro de los límites del cantón, creando una familia paralela con una gran inestabilidad.

Además, su posición fronteriza con el vecino país de Colombia, que la convierte en una región potencialmente violenta, presentándose delincuencia común, narcotráfico, secuestros y otras lacras sociales como la prostitución de mujeres nacionales y extranjeras que vienen buscando prosperidad económica y estabilidad.

Todos estos factores con llevan a lo siguiente:

- El ingreso mensual económico es insuficiente para satisfacer las necesidades primarias como alimentación, vivienda, educación, vestuario y otros; esta calamitosa condición provoca desnutrición materno infantil, desnutrición simétrica, asimétrica intraútero y del neonato.
- La realidad social de las mujeres motivo de esta investigación esta impregnada en una constante inestabilidad emocional, que al calor de la desesperación busca soluciones inmediatas como el aborto, el suicidio y el abandono al recién nacido.
- La falta de conocimientos sobre salud reproductiva favorece la presencia de embarazos a repetición y enfermedades de transmisión sexual (Condiloma, HPV, y como resultado Displasias Cervicales, etc.).
- Las fuentes de trabajo se limitan para las mujeres de 12 a 18 años que son rechazadas por su compañero o por sus padres y que se ven obligadas a sobrevivir solas, muchas de ellas terminan de empleadas domésticas, salonerías o como trabajadoras sexuales.

1.2 ¿POR QUÉ SE HA ESCOGIDO ESTE PROBLEMA Y NO OTROS PROBLEMAS DE SALUD DE ESTA REGIÓN?

El 9 de enero de 1995 Cemoplaf abrió sus puertas en el cantón Lago Agrio, desde ese tiempo, y como parte de esta prestigiosa Institución hemos palpado la calamitosa realidad que vive esta provincia, pero más aún, nos ha sobrecogido hondamente la situación de la mujer: explotada, humillada, maltratada, impedida para capacitarse y obtener fuentes de trabajo. Sin embargo, y a pesar de la situación antes descrita, es la mujer de 12 a 18 años, con problemas psico-médico-sociales, derivados del embarazo, muchas veces no deseado, la que sufre en mayor grado todo el peso de la injusta realidad.

Por otro lado, deseamos cumplir con los fines y objetivos de Cemoplaf que son:

- Promover la salud familiar, especialmente de la madre y el niño.
- Concientizar a la población a través de la educación. el alto riesgo que representa para la salud y vida de la madre la práctica de aborto inducido.
- Conseguir hacer realidad que todo niño que nace sea un hijo bienvenido y que pueda gozar de un mañana mejor.

Y deduciendo el número de consultas ginecológicas 766 al realizar la anamnesis de antecedentes génico-obstétricos, descubrimos que 552 (72.06%) mujeres tuvieron su primer embarazo dentro de los 12 a 18 años, el 51% presentan abortos inducidos dentro de los 12 a 18 años, de este porcentaje el 20% estaban dentro de los 12 a 15 años. Con esto se confirma la situación de mayor riesgo que este grupo poblacional presenta en lo concerniente al conocimiento y responsabilidad de la practicas sexuales y sus consecuencias a temprana edad.

1.3.- ¿A QUIÉN AFECTA MÁS Y CÓMO?

- A mujeres de 12 a 18 años.
- A mujeres embarazadas de 12 a 18 años

- Al núcleo familiar
- Al neonato

¿Cómo?

- Los jóvenes de esta edad ven como normal este tipo de comportamiento y lo asumen como algo natural. En muchos de los casos sin responsabilidad alguna.
- La mayoría de embarazos se da con el primer compañero sexual.
- Adquieren responsabilidades no propias de su edad.
- Su desarrollo fisiológico se ve alterado.
- Se restringen sus posibilidades de instrucción.
- Desequilibrio emocional.
- Vergüenza ante la vecindad.
- Desprecio de sus familia.
- Al interior de la familia hay un cambio en la educación del resto de hermanas de la afectada, la educación se vuelve represiva.
- Su desarrollo de formación física y psicológica se ve afectado debido a que el embarazo cambia su ritmo de vida.
- Como las condiciones fisiológicas de la mujer no son las óptimas, en ciertos casos se presentan los partos prematuros.
- Como no hay una alimentación suficiente se presenta una desnutrición intra-útero lo que trae como consecuencia a niños con bajo peso al nacer y complicaciones neurológicas.
- Los niños son propensos a infecciones y a enfermarse continuamente.
- Enfermedades de transmisión sexual reiteradas.

1.4 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE USTED CREE QUE CAUSAN ESTE PROBLEMA DE SALUD?

- Ausencia de educación sexual en el hogar y en las instituciones educativas.
- Falta de orientación a la juventud en actividades recreativas en tiempo de ocio.
- La relación entre hombre y mujer a esta edad es prejuizada por los padres y los mayores en general convirtiéndola a la misma en clandestina de escasa duración y de efectos inmediatos .
- Inocencia, ingenuidad, curiosidad, influencia negativa de la televisión en el comportamiento sexual.
- Población flotante mayoritariamente masculina y con disponibilidad económica provoca uniones de hecho, que frecuentemente terminan con la procreación de hijos y el posterior abandono del hombre
- Violaciones, abuso sexual de padres a hijas, de padrastros, de hermanos y más hombres cercanos.

1.5 ¿CUÁLES SON LOS HACERES, PENSARES Y SENTIRES ACTUALES (POBLACIÓN Y PERSONAL DE SALUD) QUE CONTRIBUYEN AL PROBLEMA DE SALUD O A LA(S) POSIBLE(S) SOLUCIÓN(ES)?

Población:

Haceres:

- Inicia la práctica sexual muy tempranamente por inocencia, ingenuidad, curiosidad, influencia negativa de la televisión en el comportamiento sexual.

Sentires

- Engaño de su compañero
- Soledad
- Rechazo fuera de casa
- Culpabilidad
- Sienten al hijo como a una carga, un estorbo
- En pocos casos aceptan el embarazo y se sienten felices

- Resignación
- Frustración

Personal de Salud

Haceres

- Controles de embarazo
- Vacunación
- Atención a la madre y al niño
- Práctica de medicina curativa
- Prácticas de aborto

Pensares

- Es normal esta situación, las cosas no van a cambiar
- Los programas de Ministerio de Salud no son aplicables al medio
- En la comunidad el sexo es un mito
- Educación sexual debe ser impartida desde la instrucción primaria

Sentires

- Sociedad machista
- Limitación en el trabajo al no existir los medios adecuados
- El estado no se preocupa por este sector de la población
- No hay una verdadera inquietud para educar a los maestros

Posibles soluciones

Población

Haceres

- Informarse, educarse, motivarse
- Controles de embarazo
- Vacunación

Pensares

- Conocimiento de cómo planificar
- Otras posibilidades para el desarrollo intelectual. (bachillerato, universidad, educación técnica)
- Fuentes de trabajo

Sentires

- Piensan que si hubieran recibido orientación, educación sexual no estarían en el estado actual

Personal de Salud

- Formación teórico práctica como proveedores de información y consejería
- Atención a la embarazada, orientación e información sobre planificación familiar y paternidad responsable

Sentires y pensares

- El estado destina pocos recursos para el sector salud
- Apoyo del Estado para que los sectores involucrados en adecuada para proporcionar una atención de salud integral y una educación orientada a la sexualidad

1.6 SI YA SE HA RATIFICADO QUE ESTE SERÁ EL PROBLEMA DE SALUD SELECCIONADO, ENTONCES, ¿CUÁLES SON SUS FACTORES DE RIESGO?

- El carácter de la investigación que se dirige a un espacio íntimo y muy sensible de la vida del adolescente
- La intencionalidad de la investigación puede ser mal entendida, mal interpretada o rechazada debido por una desmotivación y/o falta de capacidad, divergencias la aptitud y actitud del personal de salud
- Reticencia del grupo meta al aceptar, primero, su estado y luego cooperar con su información, reforzada por postura negativa de los padres o compañero

1.7 ¿QUÉ LIMITACIONES, EN CUANTO A SERVICIOS Y SUMINISTROS, EXISTEN COMO PARTE DEL PROBLEMA DE SALUD?

La cobertura de los servicios de salud son insuficientes. Desatención estatal en servicios y suministros, existen en el Hospital Regional de Lago Agrio 15 camas distribuidas de la siguiente manera: seis maternidad, tres clínica, tres pediatría, tres cirugía; el porcentaje de ocupación camas disponibles es de 87.1 por ciento según cifras del INEC para 1994, según esta información la capacidad real del hospital es de 13 camas, sin embargo constatando la realidad se observa pacientes alojados en camillas en los corredores evidenciando una calamitosa situación que los médicos no pueden solucionar debido a la gran demanda pues, solo para muestra, existen seis partos diarios y tres cesáreas promedios por día.

Por otra parte, la consultas pre-natales y de planificación familiar tienen un horario de atención de cuatro horas diarias y es realizada por un solo profesional, durante este lapso de tiempo se atienden: de 10 a 12 -promedio diario- pacientes embarazadas, además, inserción y controles DIU, prescripción y enseñanza de anticonceptivos orales, y enfermedades propias de la mujer. El personal de planta designado para cubrir estas necesidades dedican su tiempo en actividades conexas con hospitalización y emergencias.

Por su parte, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social posee un dispensario de salud en Lago Agrio, donde no existe hospitalización ni atención de partos.

Los servicios que prestan las clínicas privadas y médicos particulares en atención prenatal y de partos es inaccesible para buena parte de la población debido a los altos costos, sin olvidar los onerosos precios de los fármacos.

Falta de material didáctico-educativo y de servicios de educación y consejería.

2. ¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS QUE PODEMOS ANTICIPAR PARA LA CONDUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?

2.1 Económicos

Sucumbíos debido a que es la más joven provincia del país cuenta con un sinnúmero de limitaciones para poder trabajar en este proyecto, uno de los aspectos que deben tomarse en cuenta es la falta de transporte y vías de acceso a las diferentes comunidades rurales dispersas por toda la selva, hay que tomar en cuenta que el cantón Lago Agrio es el más grande y poblado de la región amazónica, para enmendar este problema se deben designar recursos económicos que cubran los gastos de movilización de los profesionales, además deben implantarse campañas de difusión y de ser posible realizar programas educativos que lleguen al grueso de la población.

2.2 Sociales

Los niveles de instrucción de la población y la falta de accesibilidad de las mujeres de 12 a 18 años provoca dificultades para conseguir información que ayude a la presente investigación

La discriminación, agudizada por el machismo reinante en la zona de investigación, de la que son víctimas las mujeres imposibilita el trabajo directo y mancomunado del personal a cargo.

La doble moral social que encubre a la mujer con problemática psico-médico-social derivada por el embarazo temprano dificulta el arribo del investigador.

Los altos índices de violencia e inseguridad ponen en peligro la integridad física del personal.

2.3 Culturales

La diversidad cultural derivada del origen étnico de cada comunidad (mestiza, indígena, negro, etc.) hace laboriosa la tarea del personal, así en el sector indígena las mujeres en el período de edad estudiado son madres de familia con el consentimiento y en muchos casos la ayuda de los padres, en la comunidad mestiza casi siempre son rechazadas por los padres y en la comunidad negra son abandonados los hijos; con esto queremos demostrar que la actuación del personal debe ir acorde a la realidad y cosmovisión de cada comunidad intervenida.

Derivado de lo anterior, hay que tener en cuenta: el idioma, creencias y prácticas medicinales (anticoncepción natural por brebajes) diferentes.

2.4 Institucionales

Falta de apoyo de las instituciones del Estado

3 DEFINICIÓN DE LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 ¿QUIÉN (QUIENES) SUFRE(N) MÁS EL PROBLEMA DE SALUD?

- Mujeres embarazadas de 12 a 18 años
- Neonatos
- Mujeres de 12 a 18 años

3.2 ¿QUÉ GRUPOS SON MÁS SUSCEPTIBLES DE CAMBIAR DE COMPORTAMIENTO?

- Las mujeres de 12 a 18 años de la zona rural y urbana que no están embarazada
- Las madres de 12 a 18 años con cierto grado de instrucción
- Mujeres embarazadas de 12 a 18 años con cierto conocimiento de planificación familiar

3.3.- ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS MÁS ACCESIBLES?

- Las mujeres de 12 a 18 años que están en escuelas y colegios
- Las mujeres de 12 a 18 años que no están embarazadas con cierto grado de escolaridad
- Las mujeres de 12 a 18 años embarazadas de la zona urbana

3.4.- ¿QUIENES PUEDEN APOYAR AL GRUPO PRIMARIO EN LAS NUEVAS PRÁCTICAS?

- Maestros y educadores
- Padre y madre de familia
- Personal del Ministerio de salud y del Seguro Social Campesino
- Parteras o comadronas de la comunidad

HACERES PENSARES Y SENTIRES.

HACERES, PENSARES Y SENTIRES.	
INICIACIÓN EN LA PRACTICA SEXUAL	
Por qué nos enamoramos.	
Por qué busco compañía mayor, me da comida.	
Por qué mi mamá lo hizo.	
Mi tío me violó	
Mi madre nunca me dijo que al acostarme con un hombre me podía quedar embarazada.	
A la profesora le consultábamos y nunca nos dijo nada.	
(Excepcionalmente), por influencia de la televisión y de otras sociedades.	
Es normal casarse a los 12 a 18 años, por que termino la escuela y no hay que hacer.	
(Excepcionalmente) por estar solas a escondidas con el enamorado.	
CÓMO EVITAR EMBARAZOS	
Coito interrumpido, le saco antes que me moje	
Solo uso pastas (pastillas) cuando estoy con el	
Practico 8 días después de la regla	
No hacemos nada para evitar	
CONSECUENCIAS	
Nos toca casarnos	
Me echaron de la casa	
Me gusto que en 10 minutos me gane 10.000	
Abandono al niño	
Regalo al niño cuando nace	
Nunca hablaron de sexualidad con los padres	
Se suicidan ante el embarazo	

GUÍA DE PREGUNTAS

Grupo Focal

Nombre

Edad

Donde vive

Con quién vive

Estado Civil

¿Cuántos hijos?

¿Qué edad tenían cuando tuvieron su primer embarazo?

¿Qué edad tenía cuando nació su primer hijo?

¿Cómo se sintió al saber que estaba embarazada?

¿Cómo se sintieron sus compañeros?

¿Qué dijeron sus padres?

¿Cómo actuaron sus padres?

¿Qué tal el embarazo?

¿Cómo fueron los controles del embarazo?

¿Cuántos fueron?

¿Se vacunaron?

¿Dónde dio a luz?

¿Cómo estuvo el parto?

¿Después de que tiempo tuvieron su segundo hijo?

¿Cómo se cuidaron para no tener más hijos?

¿Conocen algún método de planificación familiar?

¿Qué piensa su marido?

¿A qué edad piensa que una mujer debe embarazarse?

¿Por qué?

¿Qué piensa de las mujeres que se embarazan de 12 a 18 años?

¿Por qué creen que se da esto?

¿Cómo creen que se sienten?

¿Conoce usted algún caso?

¿Cómo podemos ayudarlas?

¿Qué creen que piensan sus padres?

¿Qué ha hecho usted?

¿Cómo cree que CEMOPLAF debe ayudar?

ENTREVISTAS

Datos personales

¿Cuáles son las condiciones en que vive la mujer en este sector?

¿Usted conoce a qué edad las mujeres se embarazan por primera vez?

¿Cuáles son los motivos?

¿Cuáles son las consecuencias?

¿Cuáles casos conoce?

¿Qué se puede hacer ante esta situación?

¿Quién debería intervenir?

¿Cuál es el comportamiento ante esta situación y métodos de planificación familiar?

¿Qué tipos de enfermedades presentan este grupo de mujeres?

¿Vienen a los controles y en qué porcentajes?

¿Vienen acompañadas de sus compañeros?

¿Qué conocimientos tienen de planificación familiar y paternidad responsable?

¿Cuál es la relación con sus hijas?

¿Habla de sexualidad con ellas?

¿Dónde se localizan más?

¿Qué apoyo reciben de su compañero y familia?

¿Qué está haciendo el Ministerio de Salud Pública?

¿Cuántos casos conoce que luego de quedarse embarazado se han dedicado a la prostitución?

¿Conoce casos de abortos provocados?

¿Conoce casos de suicidios o intentos?

Se realizaron cuatro grupos focales y uno de prueba, ocho entrevistas personales.

a: a la hermana Inés, Misionera Carmelita
doctora Isabel Quishpe, Directora S.C.S. Lumbaqui
señora Mirian Hernández, Presidenta del F.M.N.
señora Ana Castro, Secretaria del F.M.N.
señora Edith Zapata, Trabajadora Social
paciente NN
paciente NN
Director de S.C.S San Francisco

Localidades

Lumbaqui

Nueva Loja

Diario de Campo

Al primer taller asistió la Dr. María Cecilia Alarcón, lo que dificultó la realización del trabajo por el desfase en conocimientos. La última semana de marzo, CARE INTERNACIONAL, visita el Centro en Lago Agrio para el reconocimiento del área física en construcción, en donde refiere el adelanto del trabajo de investigación (en ese momento nos enteramos del tema).

El 3 de abril Proyecto Apolo entrega la documentación del Primer Taller para ser analizado.

El 6 de abril se reparte la información a los promotores rurales para un análisis del mismo.

Del 7 al 10 de abril, se estudia el documento del cual se entiende el 50%.

El 10 de abril, el Ing. Gustavo Viscaíno, designa la responsabilidad del Proyecto a la Dra. Fabara y se forma el grupo de investigación con los promotores Patricio Sarabia e Irma Robalino.

Del 11 al 16 de abril, se elabora un documento prueba, el cual fue evaluado por Gustavo Viscaíno.

El 17 y 18 de abril, se recibe capacitación y nos ayudan a limitar el problema.

Del 19 al 23 de abril, se dedica a realizar grupos focales en Nueva Loja, dos en CEMOPLAF en días ordinarios, teniendo la participación de la población urbana; uno en domingo, participando la población rural y colombianos; se realiza también un grupo focal en Lumbaqui con mujeres de 12 a 18 años.

Las entrevistas personales se realizan en este espacio de tiempo

El 24 de abril se revisa la documentación y notamos que falta más información para verificar los datos observados.

El 25 y 26 de abril, se solicita información a clínicas privadas, la cual es negada.

El 27 de abril, se acude al hospital al departamento de Estadística para recoger datos, los mismos que fueron negados.

El 28, 29 y 30 de abril, nos dedicamos a sustraer datos y en la noche el seguimiento de las trabajadoras sociales.

Notas Breves

Los entrevistadores estuvieron muy dispuestos al tema, pero se observó ira al contestar y al mismo tiempo descontento, se preguntó por qué esta actitud y la respuesta fue, incapacidad de solución.

Se observa población masculina flotante (carros de compañías) en busca de compañía femenina.

Se decide hacer el seguimiento a trabajadoras sociales jóvenes, porque pensamos que había varias alternativas para que lo sean, en las que están: les gusta, desviación psicológica, a consecuencia de que (embarazo temprano).

Se decide que Cecilia no intervenga como facilitadora en grupos focales porque la información no es la correcta.

Un grupo focal fracasa, porque no se distribuye bien el tiempo, se interrumpe muy seguido y se vio que el médico influye en las respuestas.

Se observa mujeres casadas y cansadas de vivir, enamoradas de un sueño o de un mejor compañero.

Las violaciones de familiares "es muy norma".

Consolidado de Hallazgos Planificación Familiar

Un grupo no conoce el tema y nada sobre métodos de anticoncepción.

Una parte contestaron que los conoce, pero que las pastas no dan resultado porque se olvidan y se quedan embarazadas.

La Tcu no les gusta porque da mucho dolor de las partes y los maridos dicen que sale pegada en el pene.

Prefieren el coito interruptus aunque no es seguro, no sienten nada y ya no tienen ganas de estar con el marido.

Cuando los usamos nos pegan, porque dicen que tenemos amantes.

La ligadura trae males para el cuerpo, engorda, nos ponemos flacas y se pierden las ganas.

Embarazo

Cuando se quedan embarazadas, un porcentaje les toca casarse.

No les gusta realizarse los controles de embarazo por ahorrar dinero, tiempo, pereza y además porque el médico todos los meses hace lo mismo.

Un porcentaje practica el aborto.

Otro porcentaje se mata en intenta suicidarse, porque son rechazadas por su familia y desprotegidas por su compañero y es la solución más rápida.

El aborto

Lo hacemos porque es más barato que criar un niño.

Nos sentimos mal luego de hacerlo, pero es lo correcto.

Porque nos quedamos solas ya que a él no le importa el niño.

Los padres

Sienten vergüenza porque su hija les hace quedar mal, porque los vecinos dicen que son unas malas mujeres (prostitutas).

Tienen miedo de hablar con sus hijas de sexualidad, porque nadie habló con ellas.

Tienen que casarse, porque ya metió la pata y él tiene que hacerse cargo.

Tristeza profunda porque ve que su hija le espera lo mismo que a ella.

Un grupo dice que es normal que se quede embarazada y se case a los 12 a 18 años, porque ya terminó la escuela y no tiene nada que hacer.

Personal de Salud

Lo ven muy normal, porque están en una sociedad machista y no existen los medios adecuados en planificación familiar y paternidad responsable.

Se practican abortos por ser muy rentables y lo hacemos porque nos piden, además que van a hacer luego con el que nace, mejor ahora que "lo maten de hambre".

Mujeres de 12 a 18 años

Lo hacemos porque nos enamoramos y luego nos enteramos que son casados, pero ya es tarde, porque ya están con el niño adentro.

Yo busco compañía y mayor que yo, porque me trae comida o me da el diario.

Mi mamá hizo lo mismo y no se ha muerto.

Cuando estuvimos me acordé de los métodos que me dieron en el colegio, pero como fue tan rápido que todo entendí mal y aquí está el método (señala a su hijo).

Mi tío me violó cuando tenía 14 años y luego tuve que casarme, pero ahora no quiero más hijos porque estoy pensando irme a Loja con un amigo, porque él es muy cariñoso y no me pega.

Me acuesto con tres, cuatro en la noche, porque es la única manera de dar de comer a mis dos hijos, sí tengo 16 años, pero es lo único que sé hacer; me quedé embarazada y me echaron de la casa.

Trabajé de salonera en un bar y me gustó que en 10 minutos me dieron diez mil sucres, fue más fácil que trabajar todo el día, además no hago mal a nadie, todas lo hacen, todas mis amigas.

Mi madre nunca me dijo que al estar con un hombre era duro y que me iba a poner guagua, si lo hubiera sabido no lo hubiera hecho, "ahora que lo saco antes de que me moje me va muy bien".

A la profesora le preguntábamos y nunca nos dijo nada y como teníamos profesores "hombres" preferíamos preguntar a la amiga.

Atrás del colegio hay "el matadero", ahí vimos como lo hacían y tuvimos esas funditas tan largas.

Si sabemos, pero no lo hacemos porque queremos casarnos, porque cuando al hombre se le dá ya no quiere nada.

La Dra. me indicó el método, pero se me olvidó la fecha y no me puse, no entendí bien, como no me dio confianza, me puse una vez y al mes siguiente ya me quedé embarazada.

PROBLEMÁTICA PSICO-MEDICO SOCIAL DERIVADA DEL EMBARAZO EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN EL CANTÓN LAGO AGRIO.

Objetivo

1. Implantar métodos de anticoncepción en mujeres de 12 a 18 años.
2. Disminuir el índice de problemas médicos, psicológicos y sociales como consecuencia del embarazo temprano.

ANEXO G: INFORME CENTRO #16 OTAVALO

**ANEXO G: INFORME CENTRO #16 OTAVALO
GUÍA DE GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**

1. PRESENTACIÓN:

Cuando la gente estaba reunida procedimos a saludarles y darles la bienvenida, posteriormente nos identificamos, especificamos nuestros nombres, de dónde veníamos, cual era el propósito de nuestra presencia en el lugar.

Procedimos a explicarles el objetivo de la investigación de la siguiente manera:

Si a la comunidad le interesa el incremento del servicio de pediatría que ofrece CEMOPLAF.

GUÍA DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES:

Qué pasa cuando los niños se enferman con IRA?.

Por qué cree que los niños se enferman mas con tos y gripe?

Qué hacen cuando el niño está con tos o gripe?

A dónde llevan a los niños cuando están con gripe?

Están contentos con la atención que brinda el hospital, centro de salud o subcentro?

Cree usted que se debe evitar estas enfermedades?

Se hicieron cuatro grupos focales. dos en el área urbana y dos en el área rural.

GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD:

Fueron las mismas preguntas.

Se hicieron dos entrevistas en profundidad a un líder y al Teniente Político.

TEMA DE INVESTIGACIÓN: INCREMENTO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA QUE OFRECE CEMOPLAF

SUBTEMAS:

EDA, IRAS,

SERVICIOS QUE RECIBEN.

CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO.

CONSOLIDADO DE GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD. (Hallazgos).

INCREMENTO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA QUE OFRECE CEMOPLAF

Mencionan que las enfermedades están en función del tiempo, por ejemplo en San Juan hace mucho viento y polvo.

No le dan importancia al control pediátrico, por que el niño muchas veces se empeora.

No le dan importancia a la vacuna, por que dicen que es los niños a pesar de la vacuna se enferman.

Por la falta de agua potable se enferman.

La diarrea es lo último que se presenta en las comunidades menor porcentaje.

SERVICIOS QUE RECIBEN Y CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO.

Los servicios que reciben son malos, no tienen confianza en el MSP, la persona que va al hospital muere.

No cumplen a cabalidad las indicaciones médicas, por el idioma, no entienden las indicaciones.

Acuden a su médico de confianza, por la fe que le tienen, por que este cura a toda la familia.
 Es preferible que sufra la plata y no la persona.
 En los subcentros faltan medicamentos, eso depende del médico, que no esta allí para hacer el pedido.
 Hay facilidad para llegar a subcentro, el tiempo de espera es muy largo.

CUADRO DEL COMPORTAMIENTO

H.P.S.	ANTECEDENTE	BENEFICIO	PRECIO QUE PAGAN
En las fiestas no se cuida a los niños.	Siempre se dedican a la cosecha y a tomar.	Obtienen cosechas y se divierten en las fiestas.	Niños enferman más, gastamos en medicina.
No se vacuna a los niños menores de 5 años.	Porque aunque estén vacunados enferman de eso.	No perdemos el tiempo yendo al centro de salud.	(Que los niños sufren de eruptivas)
Los niños se enferman menos de diarrea que en otros lados.	Siempre reciben el seno materno, no hay biberones.	Los niños aparentemente sanos.	Los niños no comen otra cosa que el seno. (desnutrición).
No les llevan a los Hospitales del MSP.	Mala atención medica, mal trato.	No pierden tiempo yendo al hospital.	Niños enfermos y hasta muertos.
No les llevan donde el médico	No hablan el mismo idioma.	No entiendes la instrucciones que da el médico	Los niños se enferman mas fácil.

**CONSOLIDADO DE LA INFORMACIÓN
LAS MADRES DEL ÁREA RURAL**

Se logra resumir la información y se llega a conclusiones que la enfermedad más común en los niños es la gripe, tos, problemas de garganta, bronquitis.

Además manifiestan que influyen las enfermedades propias de la infancia, el problema de la contaminación del medio ambiente es causa de la enfermedad de los niños (Cementos Selva Alegre).

Tenemos en un menor número que los niños se enferman por diarrea.

El esposo es el que permita que asista o no al médico pero si la atención es con una mujer (caso de CEMOPLAF) no existe problema.

El horario de atención pediátrica, información, orientación a la comunidad debería ser a la tarde porque en la mañana son muy ocupadas por sus labores diarias.

CONSOLIDADO DE LA INFORMACIÓN DE LAS MADRES DEL ÁREA URBANA

Manifiestan que el temporal es el causante para que enfermen los niños, como son problemas de tos, garganta, fiebre.

Los niños son llevados a consultas particulares y no permiten que empeore el niño.

El problema del medio ambiente no consideran importante.

Tienen mucha confianza en los servicios que presta CEMOPLAF.

Personas Claves.- Se realiza al Teniente Político y líder de la comunidad, manifiestan que es importante que se les haya tomado en cuenta, que se preocupen por la comunidades que la información, orientación se lo haga en forma sencilla, entendible, se haga realidad y no sea un servicio temporal para los niños.

Conclusión General.- Se comprometen a difundir este nuevo servicio que CEMOPLAF incrementa, esperando que se inaugure lo más pronto posible, el servicio de pediatría, con un especialista debido a que muchos médicos generales se hacen pasar por pediatras.

RESUMEN DE GRUPOS FOCALES

Los grupos de las comunidades de Iluman, Quichinche, estuvieron conformados por madres de 18 a 25 años, su lugar de residencia habitual es el sector de las comunidades, la ocupación de las madres es quehaceres domésticos, estrato social bajo, analfabetas y primaria incompleta. El grupo tiene la característica común es que todas tienen niños y se encuentran en edad reproductiva, el grupo focal se desarrolló en la tenencia política el ambiente fue bueno.

El grupo de madres de las escuelas de Otavalo se conformó por madres que fluctúan sus edades entre 25 y 40 años, su residencia habitual Otavalo, la ocupación quehaceres domésticos, vendedores ambulantes y personas que tienen trabajos fijos. La característica del grupo es que tienen hijos escolares.

El grupo focal se realizó en unas de las aulas de la escuela el ambiente fue bueno y contamos con privacidad, se motivó la participación activa de cada madre de familia.

LISTADO DE HACERES, PENSARES Y SENTIRES DEL INCREMENTO DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN CEMOPLAF

Comportamientos Actuales

Percepción de las madres de los infantes

Cuando se enferman con la tos en la noche, es más seguid, también vomitan y por si lloran.

1. Me doy cuenta que la tos es seca, da calentura, escalofrío y no comen.
2. No pueden tragar la saliva ni la comida, porque le duele la garganta.
3. No los llevan a ningún lado porque mi marido aún no viene del trabajo.
4. Se enferman más en época de cosecha por el polvo y el viento.
5. No les saco a la calle, ni le baño cuando están con sarampión porque es contagioso.
6. Cuando están enfermos no dejan hacer nada.
7. Mi hijo tiene la pancita hinchada y está sanito.
8. Mi hijo tiene cuicas porque come mucho dulce.
9. Cuando está con diarrea, se hunde la mollera.
 - a)
 - b) Tratamiento casero que reciben los infantes
 - c)
10. Otros llevan al curandero a curar el mal aire y el espanto.
11. Otro porcentaje de madres dan bebetina y aguas de remedio a los niños.
12. Cuando están con cuicas se dá pepas de sapallo y agua de berbena.

Señales de peligro o gravedad de infantes

1. El ronquido del pecho.
2. Los granos en el cuerpo y la calentura.
3. El escalofrío, decaimiento y dolor de cabeza.
4. Duermen mucho.

A donde acuden en ayuda

1. Cuando es lo peor lo llevan al centro de salud, subcentro, hospital.
2. Llevan al curandero a curar el mal aire, el espanto.
3. Acuden al médico particular porque le tienen fe.

COMPORTAMIENTOS DESEABLES

1. Conocer que el sarampión puede ser prevenido con la vacuna
2. Conocer como cuidarle al niño cuando tiene sarampión.
3. Saber que la vacuna tiene mucha importancia.
4. Saber manejar la tos en el hogar, mediante la aguas aromáticas (manzanilla, eucalipto, etc).
5. No dar pastillas de ningún tipo a los niños, a menos que recomiendo el profesional de salud.
6. Qué la madre aprenda a identificar signos de alarma (desnutrición, deshidratación).
7. Capacitar a los curanderos en el manejo de infecciones respiratorias agudas y referir en caso de neumonía.
8. Ofrecer servicios de salud a precios accesibles para la comunidad
9. Qué el médico dé explicaciones en un lenguaje entendible para los usuarios.

SEGMENTACIÓN DE ESPACIO POBLACIONAL

Están consideradas por las madres de familia de las comunidades que se determinaría por sectorización del área, implementación de medicamentos pediátricos en farmacia de CEMOPLAF.

Población Primaria

Estará conformada por todas las mujeres que tengan niños, en donde aprenderán a identificar por lo menos dos signos de alarma de la tos y diarrea, la utilización de remedios caseros y la importancia del control pediátrico.

Esto estaría apoyado por el personal de salud CEMOPLAF # 16 Otavalo, líderes comunitarios, médicos y enfermeras que atenderán en las comunidades seleccionadas, y obtención de vacunas.

Población secundaria

Estaría conformada por los distribuidores comunitarios que están instalados en sus respectivas comunidades, profesoras de escuelas, iglesia, parteras y de usuaria a usuaria.

Nos apoyaremos con estrategia de folletos, tarjetas de dirección, material didáctico que dispones, radio y charlas.

Población terciaria

Directores de escuelas, médicos del área (carnet de salud).

Objetivos de la comunicación

Se puede lograr la incorporación del servicio de pediatría para atender los servicios básicos materno-infantil:

- Con la motivación e información tendrán las madres conocimiento de la gravedad de la enfermedad.
- Concientizar a utilizar los tratamientos caseros (suero oral, aguas aromáticas) como medio preventivo.
- Importancia del control pediátrico (control de crecimiento y desarrollo del niño).
- Captación de usuaria para la atención pediátrica materno-infantil de la comunidad.

Análisis del Mercadeo Social

Producto

Precio

Punto de distribución

Promoción

Producto.- La oferta de servicios médicos pediátricos, con un enfoque preventivo beneficiará con la disminución de defunciones por IRA-EDA, la atención materno-infantil y el control pediátrico (control de crecimiento y desarrollo del niño) las vacunas deben ser comprendidas que no son malas y que son necesarias.

Precio.- El servicio pediátrico va a ser accesible a la comunidad con precios cómodos a fin de que todos los niños tengan controles preventivos.

La madre se beneficiará en no tener gripes en el niño y no permitir agravar la enfermedad.

Promoción.- Por medio de la información y motivación, se logrará la captación de usuarias.

La utilización del incremento del servicio de pediatría logrará concientizar la importancia del control pediátrico y vacunación.

La madre podrá tener conocimiento de por lo menos 2 signos de alarmas en las enfermedades de los niños por IRA-EDA.

Combinación de los Medios de Información

Las cuñas radiales sean transmitidas en un horario en que las usuarias puedan escuchar los mensajes durante un tiempo establecido (horas claves) la entrega de folletos, tarjetas de dirección de los servicios clínicos, varios.

Observación: Todo lo mencionado anteriormente se realizará en seis meses a partir del mes de julio resultados que se observarán la captación de usuaria materno-infantil.

**ANEXO H: FUNDACIÓN HUMANITARIA PABLO JARAMILLO
CUENCA, ECUADOR, 1996**

ANEXO H: PLAN DE MERCADEO SOCIAL: INCREMENTO DE LA ASISTENCIA DE USUARIOS A CHARLAS DE CAPACITACIÓN

FUNDACIÓN HUMANITARIA PABLO JARAMILLO

CUENCA, ECUADOR, 1996

RESUMEN DE ACTIVIDADES DE COMUNICACIONES

Luego del proceso de investigación cualitativo realizado en Cuenca a partir del 23 de abril con la participación de: Pablo Barriga por CARE, Gustavo Vizcaíno por APOLO, Mariana Brito, Dalia Zúñiga y Carmen Martínez por la Fundación Pablo Jaramillo Crespo de la ciudad de Cuenca como participantes del proceso.

El paso siguiente es la participación en el Taller "Formulación de la Estrategia del Comportamiento", para realizar un plan con el objetivo de conseguir un aumento de asistencia de las madres a los Talleres de Capacitación; como parte del programa de prevención que se está implementando en la Fundación.

Este taller se llevó a cabo del 6 al 10 de mayo del año en curso con la participación de varias ONGs del país incluida la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en representación de la cual asistieron Carmen Martínez y Dalia Zúñiga, para en base a la investigación anterior realizada, trabajar para formular un plan de acción para lograr los objetivos propuestos.

En el primer día luego de la presentación de los participante, los mismos expusieron sus expectativas respecto de este taller en base a las experiencias en la investigación cualitativa realizada, para buscar herramientas que permitirán conseguir los cambios de comportamientos deseados (cambio intrainstitucional, cambio extrainstitucional).

En el segundo día cada ONG realizó una evaluación del proceso de investigación, elaborando el consolidado sobre HPS (haceres, pensares y sentires) resultado de la investigación cualitativa utilizando técnicas de trabajo grupal.

en tercer día se realiza una exposición de todos los grupos participantes sobre haceres, pensares y sentires, como resultado del trabajo del día anterior. Luego en base a los comportamientos actuales se identifican los comportamientos deseables y aplicando el instrumento "balanza del comportamiento" se seleccionan las variables factibles.

En el día cuarto todos los grupos exponen los resultados del análisis del comportamiento factible con las variables escogidas. Dentro de un marco teórico de mercadeo social, se visualizan los planes que vamos a seguir para el cambio de comportamiento y se procede a formular una estrategia creativa.

DIARIO DE CAMPO

INVESTIGACIÓN: BAJA ASISTENCIA DE USUARIOS A CHARLAS DE CAPACITACIÓN

La propuesta para la investigación inicialmente fue sobre el tema lactancia materna. Para tratarlo se reunieron el día 9 de abril las siguientes personas: Mariana Brito por parte de la Fundación Pablo Jaramillo y Pablo Barriga por parte de CARE. El día 10 se dialogó con el personal médico de la Fundación quien no estuvieron de acuerdo en implementar la estrategia de Hospital Amigo, y que en todo caso lo que se podía investigar era lactancia materna. El 11 de abril se realiza una sesión de capacitación con la duración aproximada de seis horas en la que participaron Pablo Barriga, como facilitador, y personal de la Fundación: Marcia Carpio, Esperanza Ortiz, Dalia Zúñiga, Carmen Martínez. El tema fue "Moderación de Grupos Focales".

El martes 23 de Abril, con la presencia de Gustavo Vizcaíno, Pablo Barriga, Mariana Brito, Dalia Zúñiga y Carmen Martínez, se discutió sobre la importancia de continuar y mejorar una actividad de la Clínica que ya se venía realizando y que era reconocida como un buen método para apoyar la labor médica. Es así que se decidió por el tema propuesto, planteándose ocho hipótesis sobre la causa de la escasa asistencia de las usuarias a dichas charlas.

Como fuente de la investigación se tomó a los usuarios que asisten a la consulta externa de la clínica, personal médico que participa como facilitador en estas charlas, voluntariado y personal del departamento de Trabajo Social.

Las técnicas de investigación aplicadas fueron: reuniones con grupos focales, entrevistas a profundidad y observaciones dirigidas.

Grupos Focales

Se realizaron tres, con la participación de 19 madres, que asistieron a la consulta externa durante los días 24 y 25 de abril. Obtuvimos una buena colaboración por parte de ellas, observándose una gran predisposición para asistir a dichas charlas de las cuales no conocían su existencia.

Entrevistas a Profundidad

Se realizaron con los doctores José Arízaga y Rubén Orbe, médicos de la clínica; señora Margarita de Fernández, voluntaria; señora María Loja, señora Julia Campoverde, señora Zoila Cabrera, asistentes regulares a los grupos de madres.

Igualmente obtuvimos una excelente colaboración de estas personas quienes coincidieron en la importancia de mejorar esta actividad que era fundamental para cambiar el comportamiento de las usuarias y su familia, respecto a la salud.

FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO

PROBLEMA A TRATAR: BAJA ASISTENCIA DE USUARIOS A CHARLAS DE CAPACITACIÓN

HIPÓTESIS

- a. Los usuarios no asisten si no tienen un incentivo material.
- b. Inadecuados horarios, por trabajo y otras actividades.
- c. Metodología de capacitación no adecuada: Recursos humanos, pedagógicos, materiales.
- d. Asisten con niños que distraen la atención.
- e. Cuestiones culturales como: machismo, atención curativa, no ven beneficios tangibles.
- f. El trabajo social no ha sido el encargado oficial de motivar la participación de usuarios.
- g. El método coercitivo es más efectivo.
- h. El tema de charla no es atractivo.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Usuarios:
 - Todas las mujeres que asisten a ginecología, clínica y pediatría.
 - Todos los hombres - esposos que asisten a clínica y pediatría.
 - Usuarios de más escasos recursos.
- Trabajo social:
 - Procedimientos de motivación e invitación.
 - Comunicación con el usuario.
 - Capacitadores.
- Voluntarias, médicos de la Fundación y Coordinadora de Capacitación, Trabajadores sociales.

COMO OBTENER INFORMACIÓN PARA COMPROBAR O DESCARTAR HIPÓTESIS:

- a. Grupo focal: usuarios
- b. Grupo focal: usuarios
- c. Grupo focal: usuarios + entrevista profundidad Capacitadores + observación dirigida proceso.
- d. Grupo focal: usuarios + observación dirigida.

- e. Grupo focal: usuarios
- f. Observación dirigida.
- g. Grupo focal: usuarios
- h. Grupo focal: usuarios

GUÍA DE GRUPO FOCAL:

INTRODUCCIÓN: MOTIVO DE REUNIÓN:

Investigación sobre charlas a madres en la Fundación Pablo Jaramillo.

REGLAS DE GRUPO (PARTICIPACIÓN)

Introducir al Apuntador y resaltar la importancia de la participación de todos.

- Charla Informal
- Confidencial.
- Todas respuestas válidas.
- Todos tienen derecho a opinar.
- Todos tienen derecho a estar o no de acuerdo.
- Deje hablar a quien tiene la palabra.
- No es necesario pedir permiso para hablar.
- Se estima que durará 45 minutos.

CREACIÓN DE CONFIANZA:

Presentación del facilitador y participantes.

Nombre, edad, número de hijos, ocupación. ¿Cuántas veces han venido a la Fundación Pablo Jaramillo?

Ha asistido a charlas de salud con anterioridad?

¿Qué, dónde, con qué organización, qué tema, qué le gustó, qué le disgustó?

PROFUNDIZACIÓN:

MOTIVACIONES PARA ASISTIR A LAS CHARLAS:

1. ¿Sabían que la Fundación Pablo Jaramillo da charlas?
2. ¿Cómo se enteraron?
3. ¿Quién de la F.P.J. le habló sobre estas charlas?
4. ¿Qué le dijeron sobre estas charlas?.
5. ¿Qué provecho sacarían ustedes de estas charlas?
6. ¿Sobre qué le gustaría tratar en esas charlas.
7. ¿En dónde le gustaría recibir la charla?
8. ¿Qué día y hora es más adecuado recibir las charlas?
9. ¿Con quién asistió o asistiría a las charlas?
10. ¿Quién y cómo debería ser la persona que da la charla?

FACTORES CULTURALES:

11. ¿Qué piensan en su casa de que asista a estas charlas?
12. ¿Para qué puede servir estas charlas?
13. ¿Cómo podríamos ayudarle para que usted asista a estas charlas?
14. ¿Qué otra cosa haría que usted venga a estas charlas?

CIERRE:

Pequeño resumen dejando en claro algunos puntos de acuerdo y de desacuerdo.

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD CON CAPACITADORES:

1. ¿Qué opina usted sobre las charlas que da la F.P.J.?
2. ¿Qué puntos positivos encuentra en estas charlas?
3. ¿Qué puntos negativos encuentra a estas charlas?
4. ¿Qué temas se deberían tratar en esas charlas?
5. ¿Cómo se puede mejorar la asistencia a estas charlas?
6. ¿Cree usted que este método de capacitación es el más adecuado?
7. ¿Quién debería decidir los temas a ser tratados?
8. ¿Quiénes deberían ser los capacitadores?
9. ¿Cuáles cree usted que son sus fortalezas como capacitador?
10. ¿Cuáles son sus debilidades como capacitador?.
11. ¿Cómo podríamos fortalecer el proceso de capacitación?
12. ¿Qué materiales, instrumentos, mecanismos se deberían utilizar para la capacitación?

OBSERVACIÓN + ENTREVISTA A TRABAJO SOCIAL.

CONSOLIDADO DE INFORMACIÓN DE GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

PRIMERA HIPÓTESIS: LOS USUARIOS NO ASISTEN SI NO TIENEN UN INCENTIVO MATERIAL.

Los tres informantes claves informaron que:

La gente que asiste a las charlas siempre espera un incentivo material (arroz, azúcar)

De las tres entrevistas en profundidad a las madres que asisten regularmente a las charlas, dos de ellas dijeron que vienen porque les gusta "saber de todo" y la tercera manifestó que la mayoría viene por incentivos materiales y que ella viene por "las charlas en sí".

En los tres grupos focales realizados ninguna menciona que los incentivos económicos fuera un factor importante para asistir a las charlas.

SEGUNDA HIPÓTESIS: LOS HORARIOS SON INADECUADOS POR TRABAJO Y OTRAS ACTIVIDADES.

Los informantes claves dijeron que el horario era inadecuado porque la gente trabaja o vive lejos, "la falta de tiempo es un factor negativo".

Dos de las entrevistadas en profundidad contestaron que preferían el sábado por la tarde y una dijo que el martes por la tarde o el domingo por la mañana.

Los tres grupos focales manifestaron que el mejor horario para las charlas es por las tardes "y mejor si se realiza el fin de semana a las tres o cuatro de la tarde porque ya dejamos haciendo todo".

TERCERA HIPÓTESIS; METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN NO ADECUADA.

Los tres informantes claves manifestaron que hacía falta material didáctico, como videos, slides etc.

- "Hace falta una persona que cuide a los niños, para poder dar la charla con tranquilidad".

- El capacitador no dispone de tiempo suficiente.

- Dos de los informantes claves dijeron que hay poca participación debido a que el método de comunicación que se utiliza es vertical.

En las tres entrevistas a profundidad expresaron que les gustó la metodología utilizada: “repiten hasta que todas entendamos”.

Una de ellas dijo que le agradó que el expositor utilice dibujos y que con ello logró perder la vergüenza para hacerse el pánico.

En los tres grupos focales manifestaron que los capacitadores deben ser “expertos” en el tema, inspirar confianza, utilizar distintos materiales como videos, haber estado en el mismo caso del tema que se está tratando, es decir “tienen que saber más que nosotros”.

CUARTA HIPÓTESIS: ASISTEN CON NIÑOS QUE DISTRAEN LA ATENCIÓN.

Dos de los tres informantes claves dijeron que las madres asisten a las charlas con sus hijos y éstos no los dejan atender.

Las tres participantes de entrevistas a profundidad no tocaron el tema.

Un grupo focal expresó que vendrían con los hijos más pequeños porque a los más grandes sí se les puede encargar “me sentiría más tranquila si mis hijos están conmigo”.

En otro grupo focal se expresó: “se les puede traer a los niños; si hubiera algo para que ellos jueguen, estaríamos tranquilas”.

QUINTA HIPÓTESIS: CUESTIONES CULTURALES COMO MACHISMO.

En dos entrevistas a profundidad manifestaron que los esposos si vendrían si ellos tuvieran tiempo.

Una dijo no conversa con su marido de las charlas debido a la falta de comunicación.

La mayoría pide permiso a su esposo para asistir a la charla y piensan que sería interesante la asistencia de ellos a las charlas, pero esto estaría condicionado al tema que se trate y al horario.
“Eso nos beneficiaría porque ellos entenderían el problema”.

SEXTA HIPÓTESIS: TRABAJO SOCIAL NO HA SIDO EL ENCARGADO OFICIAL DE MOTIVAR LA PARTICIPACIÓN DE USUARIOS.

Los tres informantes claves dijeron que hace falta motivación por parte del personal de la Fundación Pablo Jaramillo. No especificaron que debería ser el departamento de trabajo social.

Los informantes de entrevistas a profundidad una de ellas dijo que de las charlas se enteró mediante la oficina de información de la clínica.

Otra dijo que conoció de las charlas a través de su madre, quien asistía regularmente.

Los participantes de los grupos focales manifestaron no haber tenido ninguna información respecto de estas charlas.

SÉPTIMA HIPÓTESIS: EL MÉTODO COERCITIVO ES MÁS EFECTIVO.

Una de los informantes claves dijo que “lo que les damos no les interesa”, por ello hay que decirles que si no asisten a las charlas, el departamento de trabajo social no les ayudará.

Dos de las tres entrevistadas a profundidad expresaron que no es necesario que se les obligue de alguna manera a venir, pues les es suficiente con una invitación, porque los temas tratados en las charlas les interesa.

En los grupos focales están de acuerdo en que la invitación a las charlas debe ser personal.

Todos piensan que la asistencia a estas charlas no debe ser obligatoria, dicen: “el venir a las charlas depende de cada uno”.

OCTAVA HIPÓTESIS: EL TEMA DE LA CHARLA NO ES ATRACTIVO.

Una informante clave expresó que no es verdad porque en parte los temas de las charlas escogen los usuarios.

Otro informante clave manifestó: “ cuando vienen a mi consulta me doy cuenta que aplican los consejos impartidos”.

En las entrevistas a profundidad se dijo que los temas tratados son interesantes y aclaran las dudas que ellas tienen.

En otra entrevista a profundidad sostiene que se dan temas que les interesan cómo: “cómo cuidar a los niños, cómo cuidarles los dientes, educación sexual”. Pero también opinan que les gustaría que hablaran de temas médicos tales como la forma de curar enfermedades que siempre les están dando a los niños en nuestro medio como las bronquitis.

En los grupos focales las madres esperan que no solamente se les dicte charlas de salud sino que también se organicen talleres prácticos y entretenidos.

Se motivan se reciben consejos e ideas.

HACERES PENSARES Y SENTIRES SOBRE EL TEMA

1. "Otras (señoras) vienen por el incentivo material".
2. "Voy con los más pequeños porque no tengo con quien dejarles".
3. "Estoy más tranquila si están conmigo".
4. "Se pide permiso al marido para asistir a charlas".
5. "Mi marido vendría si no trabaja ... y dependiendo del tema".
6. "Los conocimientos recibidos son suficiente estímulo para venir".
7. "Los estímulos materiales son importantes".
8. "No hemos sabido que se daban charlas en la Fundación".
9. "Supe pero no fui porque no me invitaron".
10. "Yo fui porque pregunté en información".
11. "La mayoría no asiste" (Capacitador).
12. Asiste con sus hijos.
13. Un grupo pequeño asiste regularmente.
14. "Los esposos deberían venir".
15. No tienen con quien dejar a los hijos.
16. Si no le da permiso (el marido) "igual asisto".
17. "Es conveniente que se haga el sábado en la tarde".
18. "Cualquier día pero (en la tarde) tarde".
19. "El venir depende de cada uno".
20. "Para venir solo tienen que invitarnos personalmente".
21. "Se debe buscar a algo para que los niños jueguen durante las charlas".
22. "Vino a las charlas porque su madre le comunicó".
23. "No es necesario que nos obliguen, nos gustaría venir...".
24. "Vengo para aprender, y entonces puedo contarles a mis vecinas".
25. "Vengo porque la casa me molesta todo, me llena...".
26. "Vengo porque me gusta saber de todo".
27. "Que la capacitadora inspire confianza antes que tenga un gran conocimiento del tema".
28. "Me gusta por que se da a conocer de lo que podemos estar enfermos".
29. "A nosotros no había quien nos diga nada de eso".
30. "Nos hacen comprender bien cómo vivir".
31. Asisten porque vienen en familia y les hace compartir un momento con ellas.
32. "Si es que hubiera sabido de planificación familiar no hubiera tenido este hijo".
33. "Premiar con incentivo material, por que desgraciadamente es necesario al menos para comenzar".
34. "Lo que no me gusta es que asisten cuando dan cosas, cuando ya no dan asisten 4 o 5". (Capacitador).
35. "Se aprende a educar a los hijos y comprenderles mejor".
36. "Habiendo esto, ¿cómo no vamos a venir? Si no sirve para nuestros hijos, sirve para nuestros nietos.
37. "Los usuarios ponen el tema de la charla". (Capacitador)
38. "Los temas no son atractivos". (Capacitador)
39. "Los temas no deben ser solo de salud"
40. "Deben incluirse talleres prácticos y entretenidos" (Capacitador)
41. "Los temas de las charlas no les interesan". (Capacitadora)
42. "Nos gusta las charlas con dibujos".
43. "Las charlas deben ser dadas por alguien que sepa del tema o que haya pasado por el problema"
44. La utilización de videos es mejor porque ellas (madres) se sienten como en el cine".
45. "En las charlas los capacitadores repiten las veces que sean necesarias hasta que uno entienda".
46. "El personal femenino de la Fundación debería ser quien dé las charlas porque son mujeres, han sido madres y también inspiran confianza".
47. "El horario debería ser conocido con anterioridad para planificar ocupaciones".
48. "Además se debería clasificar a las madres de acuerdo a algún factor de salud común entre ellas.
49. "Cuando había voluntarias que cuidaran a los niños era mucho mejor por que se podía dar la charla con más comodidad". (Capacitadora).
50. "Falta capacitación a capacitadoras". (Capacitadora)
51. "Qué nos enseñen a hacer cosas que si se venden bien o si no ya quedan para la casa, ya se aprende algo".

52. "Yo vendría a las charlas si es que me dan consejos y responden mis preguntas".
53. "Qué se enseñe y se entretenga, que las cosas que se aprendan tienen que ser prácticas y útiles".
54. "No debe ser charla dirigida sino más bien informativa".
55. "Debería haber talleres de bordado, tejido, pastelería y manualidades en general".
56. "No hemos sabido que se daban charlas en la Fundación".
57. "Supe pero no fui por que no me invitaron".
58. "Es conveniente que se haga el sábado en la tarde".
59. Considera que se debe motivar al personal para que dé las charlas.
60. "Debe existir una mejor organización a nivel interno, todos debemos saber cuándo participar, parece ser que es al azar, con alguien de buena voluntad y nada más..." (Capacitador)
61. "Con las charlas el médico establece contacto con la gente y esto es importante". (Capacitador)
62. La falta de tiempo es un factor negativo.
63. "Alguien de administración debe ser responsable de la organización, como se hacía antes en trabajo social".
64. "La participación es poca porque el método de comunicación es vertical, estamos verdes..."

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO

HPS DESEABES

65. "Asistimos porque no conocemos de eso y por esto nos interesaba".
66. "Vengo porque me gusta saber de todo".
67. "Todas vienen sin incentivo material".
68. "Si voy con los más pequeños, sé que ellos están bien allá".
69. "Estoy más tranquila si están (los hijos) conmigo".
70. "Mi esposo está de acuerdo en que asista a charlas".
71. "Mi marido viene porque es en un horario que no interfiere en su trabajo y el tema le interesa".
72. "Los conocimientos recibidos son suficiente estímulo para venir".
73. "Conocemos que se dan charlas en la Fundación".
74. "Supe y fui aunque no me invitaron".
75. "Yo fui por que pregunté en información".
76. "La mayoría asiste".
77. "Es conveniente que se haga el sábado en la tarde".
78. "Cualquier día pero tarde".
79. "El venir depende de cada uno".
80. "Para venir solo tienen que informarnos".
81. Los niños se entretienen durante las charlas.
82. Vino a las charlas porque que se comenta bien de ellas.
83. "Vengo para aprender, y entonces puedo usar lo aprendido y contarles a mis vecinas".
84. "Vengo porque cambio de actividad y me ayuda a estar mejor en la casa".
85. "Vengo porque me gusta saber de todo".
86. "Que la capacitadora inspire confianza y sabe muy bien del tema".
87. "Me gusta porque se da a conocer cómo puedo evitar enfermarme y como actuar frente a la enfermedad".
88. "Ahora tenemos bastante información sobre distintos temas".
89. "Nos hacen comprender bien como vivir".
90. Asisten porque vienen en familia y les hace compartir un momento con ellas.
91. "Ahora que sé sobre planificación familiar tengo los hijos cuando quiero".
92. "Se aprende a educar a los hijos y nietos para comprenderles mejor".
93. "Los usuarios y capacitadores participan en la orientación del tema de la charla".
94. "Todos los temas son atractivos".
95. "En las charlas también hay talleres prácticos y entretenidos".
96. "Los temas de las charlas son interesantes".
97. "Las charlas se hacen con dibujos".
98. "Las charlas deben ser dadas por gente que sabe del tema y con experiencia".
99. "Los videos son buenos y nos sentimos como en el cine".
100. "En las charlas los capacitadores repiten las veces que sean necesarias hasta que uno entienda".
101. "El personal de la Fundación debería ser quien de las charlas porque son mujeres han sido madres y también inspiran confianza".
102. "El horario se determina con anterioridad y nos permite planificar ocupaciones".
103. "Los asistentes son clasificados de acuerdo a factor de salud común".
104. "Hay capacitación a capacitadoras".
105. "Que nos enseñen hacer cosas que en ocasiones se venden y en otros casos quedan para la casa, siempre se aprende algo".
106. "Yo vengo a las charlas por que me dan consejos y responden mis preguntas".
107. "Las charlas son mas informativa que dirigidas".
108. "Hay incluso talleres de bordado, tejido, pastelería y manualidades en general".
109. "Se conoce a la Fundación por sus charlas".
110. "Aunque no me invitaron, fui porque me interesa".
111. "Es conveniente que se haga el sábado en la tarde".
112. "El personal esta motivado para dar las charlas".

113. "Con las charlas el médico establece contacto con la gente y esto es importante".
 114. "Organizamos adecuadamente el tiempo y por eso podemos dar las charlas".
 115. "Todos los de la organización somos responsables de las charlas, contando con el motivación de trabajo social".
 116. "La participación es activa porque el método es participativo, estamos bien".

En base a este cuadro se realizó el análisis de comportamiento de acuerdo a la "Balanza de Evaluación del Comportamiento", tomando para éste dos variables:

1. Complejidad del Comportamiento,
2. Impacto del Comportamiento de la Salud.

TABLA DE ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO

Nombre: Carmen Martínez, Dalia Zúñiga
Institución: Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Tema: Baja asistencia de usuarias a charlas de capacitación
Fecha: 8 de mayo de 1996

HPS	V	B	F	Total				
1		3	3	6				
2		3	3	6				
3		4	4	8				
4		3	3	6				
5		3	3	6				
6		4	3	7				
7		4	3	7				
8		3	3	6				
9		3	3	6				
10		3	3	6				
11		3	3	6				
12		3	4	7				
13		5	2	7				
14		3	3	6				
15		3	3	6				
16		3	3	6				
17		1	4	5				
18		3	3	6				
19		3	3	6				
20		5	3	8				
21		3	4	7				
22		3	3	6				
23		2	3	5				
24		3	3	6				
25		3	3	6				

26	2	4	6				
27	3	3	6				
28	3	4	7				
29	3	2	5				
30	2	3	5				
31	3	3	6				
32	3	3	6				
33	3	3	6				
34	3	3	6				
35	3	3	6				
36	3	2	5				
37	3	3	6				
38	2	3	5				
39	3	2	5				
40	1	3	4				
41	3	3	6				
42	3	3	6				
43	1	4	5				
44	2	4	6				
45	4	4	8				
46	2	3	5				
47	3	4	7				
48	3	3	6				
49	3	3	6				
50	2	4	6				
51	3	3	6				

COMPORTAMIENTOS FACTIBLES

De estos "comportamientos deseables" se extrajeron 10 que fueron considerados factibles.

HPS	POR QUÉ	BENEFICIO	PRECIO
1. Todas vienen por un incentivo material.	Con lo que se recibe se da de comer siquiera un día..	Comida para la familia.	Invierte tiempo y dinero de los pasajes..
2.-Los esposos deberían venir .	Deberían oír para que aprendan.	Sabríamos como tratar juntos ciertos problemas.	Abandonar las otras actividades de recreación.
3.-Mi marido viene si el horario es conveniente.	No interfiere en su trabajo y los temas le interesan.	Aprendería a solucionar los problemas de sus hijos.	Tendría que dejar su trabajo .
4.-No converso con mi esposo de las charlas	Es alcohólico.	Tal vez dejaría de beber.	Tendría que obligarle a venir.

5.-"Vengo porque me gusta saber de todo".	Se habla de temas interesantes.	Saber que hacer frente a los problemas.	Dejo a mis hijos con una vecina.
6.-No tuvieron información.	En la clínica no les invitaron.	Puede quedarse en casa atendiendo a la familia.	No tiene la oportunidad de adquirir conocimientos.
7.-"Nos explicó el Papanicolau con dibujos".	Es más fácil entender.	Después de que el doctor explicó así, yo me hice el Papanicolau.	Costo del examen.
8.-Se debe coaccionar para que asistan (capacitadora).	"Lo que se les dice no les interesa".	Reciben a cambio servicios (Trabajo Social)	Si no hay éstos no asisten.
9.-Asisten con sus hijos.	No tienen con quien dejarles.	A la vez pueden cuidar de ellos.	No captan lo suficiente.
10.-No es necesario que nos obliguen.	Nos interesa.	Conocemos de como cuidar a nuestros hijos cuando ellos están enfermos	Ninguno