

PD-AAZ-296
61324

PROYECTO DE SALUD PRIMARIA

Resumen de Evaluación Externa

**MAP Internacional
Febrero 1989**

PRESENTACION

I. PERFIL DEL PROYECTO

- 1. Propósito**
- 2. Area Solanda**
- 3. Area Marcabelf**
- 4. Resultados Esperados**
- 5. Proceso**
- 6. Rol de MAP**

II. SITUACION ACTUAL EN SOLANDA

- 7. Participación Comunitaria**
- 8. Organización Comunitaria**
- 9. Educación Comunitaria**
- 10. Acciones de Salud**
- 11. Evolución del Modelo**

III. SITUACION ACTUAL EN MARCABEJI

- 12. Participación Comunitaria**
- 13. Organización Comunitaria**
- 14. Educación Comunitaria**
- 15. Acciones de Salud**
- 16. Evolución del Modelo**

IV. EVALUACION

- 17. Visión Global de lo realizado**
- 18. Visión global del Futuro**

V. LECCIONES APRENDIDAS

VI. REFLEXIONES

VII. ANEXOS

El Documento de Evaluación
Gráficos Explicativos

PRESENTACION

En los contratos de los proyectos de desarrollo, las evaluaciones a mitad del proyecto suelen ser un elemento común de estos. Pero, lamentablemente estas evaluaciones suelen desperdiciarse; sea porque el evaluado no la considera apropiada la evaluación o porque la rapidez de la acción ha quitado el tiempo necesario para ponderar lo que en la evaluación se presenta. Y, así, reflexionar, dar los pasos para ejecutar los cambios y hacer los ajustes necesarios que toda evaluación recomienda. Empero, organismos afines o involucrados en proyectos similares son los que más suelen beneficiarse de estos estudios y evaluaciones de los programas y proyectos.

En el caso presente, MAP Internacional encargó su evaluación a una empresa de Mercadeo Social, la misma que la ejecutó durante los meses de Noviembre-Diciembre de 1988. Inmediatamente volvió a encargar a la misma compañía la redacción de este resumen con la finalidad de tener un documento que resume lo más significativo de lo encontrado en la evaluación. Esto, para poder ofrecerlo a consideración de otras instituciones particulares y públicas con la intención de que puedan aprovechar de esta experiencia.

Así pues, el propósito de publicar este sumario de la evaluación de MAP Internacional en Ecuador no es otro que el de compartir a niveles más amplios que los de la propia Institución involucrada todo lo que hasta el momento se ha desarrollado con la concurrencia de sus promotores y las comunidades.

No se ha buscado presentar un modelo del Proyecto ni este sumario ha pretendido entresacar sólo lo más positivo y valioso del mismo. Este acercamiento a las experiencias de Solanda y Marcabell, en Ecuador, es una experiencia que puede ofrecer al lector un campo de estudio en el que se encuentre algunas respuestas a diversas inquietudes, como: a dónde conducen los diferentes esfuerzos que se están haciendo?, dónde se han presentado los más difíciles escollos?, dónde se ha encontrado el camino cerrado y dónde hay perspectivas abiertas en esta área específica de salud manejada por la comunidad.

MAP Internacional agradece la atención que el lector dé a este resumen que compendia el estudio de evaluación de 280 páginas. Al mismo tiempo pone a disposición de quien estuviere muy interesado en conocer más detalladamente este proyecto el estudio de evaluación completo, el mismo que se encuentra en la oficina de MAP Internacional, Rumipamba 815 y Av. República, Quito - Ecuador.

Finalmente, es también un propósito de esta publicación el ofrecer a las dos comunidades de Marcabell y Solanda, así como a las diversas organizaciones involucradas en estos sectores, un resumen adaptado a sus intereses, fácil de leer y en el que se vean de alguna manera reflejadas sus actividades y su participación durante este tiempo en el que las comunidades han permitido a MAP aportar con sus diferentes recursos y capacidades en la construcción de esta dinámica de autogestión y participación comunitaria.

Quito, 27 de Febrero de 1989
MAP INTERNACIONAL-ECUADOR

I. PERFIL DEL PROYECTO

1. PROPOSITO

MAP Internacional es una organización cristiana, privada, sin fines de lucro, que facilita programas de salud integral, orientados a alcanzar el bienestar total de la persona y la comunidad. Este objetivo involucra la participación en programas de desarrollo multidimensionales e integrados.

En el año 1987 inició trabajos a nivel comunitario en dos áreas geográficas del país: "Solanda", barrio periférico del Sur de Quito y "Marcabell", cantón nuevo de la Provincia de El Oro cerca de la costa ecuatoriana. Estas áreas ofrecieron, según estudios, perspectivas favorables para realizar un proyecto que tiene como propósito principal: "Mejorar el status de salud mediante una organización comunitaria de salud, desarrollar y ensayar alternativas de financiamiento privado para las actividades de salud primaria."

2. AREA SOLANDA

Solanda es un barrio en formación del Sur de Quito, con 2.100 casas ya habitadas por 14 000 personas. Esta población habitacional corresponde al 35% de las 5.600 casas planificadas. El barrio tiene un crecimiento demográfico promedio, semanal, de 20 familias incorporándose en la comunidad. Por ser un barrio nuevo no tiene historia de relaciones personales o familiares, ni una estructura social establecida. En su formación inicial no existían servicios públicos en la comunidad. Sólo se hallaba un Sub-Centro del Ministerio de Salud Pública, a un kilómetro distante; y a tres kilómetros de distancia se encuentra el hospital más cercano. Por estas razones, las personas no tenían mayor atención de salud; y las enfermedades que padecían podían ser prevenibles. Estas características particulares convirtieron a esta concentración humana urbana en un lugar adecuado donde aplicar el proyecto de salud primaria con todas sus características.

3. AREA MARCABELI

Marcabell es un cantón de la Provincia de El Oro, aproximadamente a cuarenta kilómetros del Sur de Machala. Contiene una población rural concentrada y dispersa, de características tropicales a 600 metros de altitud. En total son 6.000 personas que viven en el sector, con un alto índice de analfabetismo y condiciones marginales acentuadas. La comunidad posee un Sub-Centro de Salud en la zona donde hay más concentración poblacional, y una clínica del Seguro Social Campesino pero más alejado. Estas condiciones generales hicieron posible que se trate de aplicar un plan de desarrollo organizacional comunitario, con perspectivas de altos beneficios.

4. RESULTADOS ESPERADOS

El principal resultado que se espera de estos proyectos es: El establecimiento de organizaciones comunitarias que sean auto-gestionadas y que conduzcan actividades de salud primaria con independencia de recursos externos. El enfoque principal de este proyecto estará dirigido a las actividades promocionales de salud así como actividades preventivas que se conocen como efectivas para mejorar el status de la salud.

.H'

5. PROCESO

Se ejecutará en dos fases:

PRIMERA: Se desarrollará una infraestructura social y organizacional que permita a la comunidad asumir las actividades de autogestión; esto se logrará con una movilización social y educación comunitaria.

SEGUNDA: Se animará y apoyará a una organización comunitaria de salud con personería y bases legales, que permitan el uso adecuado de la infraestructura instalada mediante la autogestión.

6. ROL DE MAP

El rol que MAP Internacional desarrollará durante el proceso será el de ser un catalizador y, así, facilitará la promoción inicial y la organización comunitaria para el proyecto. Entrenará al personal local de los comités en técnicas organizativas comunitarias. Estudiará y establecerá sistemas administrativos y efectuará transferencia de tecnología.

Con este esquema, MAP Internacional inició en los meses de mayo y agosto de 1987, primero en Solanda y luego en Marcabell, las actividades tendientes a llevar adelante sus proyectos. Los fondos provinieron de la Agencia Internacional para el Desarrollo (A.I.D.) y el Ministerio de Finanzas. El proyecto contaba en su inicio con un equipo de seis personas, que trabajaban directamente en las zonas, todas ellas contratadas localmente y una persona más que coordinaría a nivel central las actividades administrativas y directivas del proyecto. El involucramiento de MAP está programado hasta el año 1990.

II. SITUACION ACTUAL EN SOLANDA

El trabajo en el sector se encuentra a medio camino. Se ha efectuado una evaluación de tipo cualitativo que refleja lo siguiente en los diferentes aspectos:

7. PARTICIPACION COMUNITARIA

Se ha logrado una participación comunitaria bastante cercana a lo esperado. Ocho de un total reconocido de doce organizaciones primarias orientadas a atender las necesidades básicas de la nueva comunidad forman parte de un comité de salud que está activo y está en proceso de obtener su personería jurídica. Si no se ha llegado a la conformación permanente de este comité, se debe, específicamente, a que el ritmo de trabajo de MAP ha sido desfasado por las oleadas de nuevos moradores que diariamente llegan, ajenos a toda organización y que forman bloques nuevos semi-independientes; por lo que se desconoce su composición, sus niveles de organización, y sus intereses de colaboración y participación. Cada año se estima que la población se incrementa en un 15%.

La participación de la comunidad ha sido muy visible y concreta, como se ve en las siguientes actividades: Talleres de Salud - Encuesta CAP 3 - Un Bingo - Boletines - Periódicos Murales - Campañas del Niño Sano - Exposiciones de los talleres, etc.

Se considera que la participación aún no ha llegado al punto culminante, por cuanto el sector masculino de Solanda no está suficientemente representado y por cuanto un significativo porcentaje de la comunidad (nuevos vecinos) no pueden incorporarse a medida que llegan. Esta situación plantea la necesidad de buscar estrategias diferentes a las utilizadas para nivelar estos desfases.

8. ORGANIZACION COMUNITARIA

De acuerdo a la planificación de la primera fase, se ha logrado crear nuevos grupos con una organización más dirigida (mural, encuestadoras, boletín, ayuda comunitaria, jardinería, etc). Estos grupos se inician con elementos capacitados mediante talleres. Al mismo tiempo se ha logrado aglutinar a los grupos existentes en una junta coordinadora la cual está conformada por los líderes de los grupos existentes y los nuevos que forman la Junta de Salud.

La Junta de Salud ha llegado al nivel de autoregulación y está formalizando su status jurídico. Esta Junta no es aún muy conocida en el barrio y, por eso mismo, no ha sido totalmente reconocida como la encargada de la coordinación general de las distintas actividades barriales de salud. En ella, se detectan aún dinámicas internas de lucha entre líderes. La evaluación señala la urgente necesidad de detectar y formar sistemáticamente líderes y de reorientar o incluir en los temas de los talleres áreas de capacitación en organización comunitaria y no sólo temas ilustrativos de educación complementaria.

La organización comunitaria en Solanda está algo retrasada debido a la dificultad de transferir técnicas organizativas. Se siente el efecto de la, ya señalada, escasa presencia masculina, lo cual polariza el liderazgo hacia los grupos femeninos más estructurados. Estos grupos existentes se formaron para encontrar soluciones inmediatas a problemas enfocados a metas específicas (ej: canchas, jardín, intereses femeninos, etc.). Por eso, no ha sido fácil lograr un trabajo multidimensional orientado a labores más integradas. Esta situación ha dado lugar a duplicación de esfuerzos y cierto tipo de rivalidades entre los grupos.

Se ha podido palpar que los miembros de la Junta de Salud tienen un alto nivel de conocimiento sobre sus roles; este ha sido muy bien logrado y asimilado. Prueba de ello es que hablan de su compromiso con la administración, selección de personal, división de los horarios de trabajo, control de costos, priorización de necesidades de salud, planificación y ejecución general.

Esta área organizativa comunitaria va a exigir, en la segunda fase del proyecto, una aceleración y un gran esfuerzo para alcanzar la meta propuesta de autogestión

9. EDUCACION COMUNITARIA

La educación comunitaria es considerada por MAP como un elemento básico de la organización y la participación comunitaria en el proceso de autogestión de salud. El programa de educación en salud se enfoca en la creación de un ambiente positivo de formación y capacitación que permita a la gente lograr sus metas de salud, a través de sus propias acciones y esfuerzos, con la utilización máxima de sus propios recursos y capacidades.

Hay un definitivo testimonio mayoritario de los asistentes a los talleres sobre la excelente calidad de la metodología y materiales de apoyo. Aunque los sistemas de convocatoria y técnicas de ejecutivos que ha desarrollado MAP deben mejorarse. La evaluación recomienda buscar estrategias que permitan afectar a una población mayor para maximizar este factor. Y apoyará, a través de estos, la formación de líderes comunitarios. Los habitantes del sector han pedido que se dicten talleres con temas de mayor interés para los jóvenes y hombres especialmente. Señala, además, que se debe solucionar el problema de la transferencia social de lo aprendido. De modo que no esté orientado y recibido exclusivamente como utilidad individual o para el hogar, sino orientados al bienestar de la comunidad. Es decir, que la capacitación debe tener un enfoque y un efecto multiplicador.

Sobre esto y en la mitad de camino de su trabajo, MAP debe despejar algunas inquietudes que surgen, así:

-Cuánta población puede y debe educar?

-Puede llegar con este sistema de talleres a los nuevos habitantes que continuamente llegan?

-Debe abrir otras temáticas o repetir las dadas?

-Con el sistema interpersonal y participativo de educación se está llegando al punto crítico de compromiso de los participantes, o debe utilizar sistemas masivos de educación?

10. ACCIONES DE SALUD

En este área, los resultados concretos son los ya mencionados: 1) La Junta de Salud; y, 2) La Educación en Salud. Además de éstos, Solanda puede mostrar los servicios médicos-curativos instalados recientemente y manejados por la Junta mediante la nominación del personal y los planes de financiamiento estudiados.

Hay un positivo reconocimiento de los estudios previos de factibilidad realizados por MAP en el área de salud y que han arrojado una gran credibilidad del modelo. Igualmente es bien comentado el concepto de "Salud Integral" presente en el programa. Así mismo se ve en las acciones educativas, en los servicios directos, en la participación comunitaria y en los temas de los talleres que están orientados a la prevención de enfermedad y a la promoción de la salud.

La problemática que se tiene que enfrentar en esta segunda próxima fase, después la evaluación, será la auto-financiación del Centro de Salud Integral. Para ello, habrá que descartar el concepto popular preconcebido de que los servicios de salud deben ser gratuitos. El prejuicio sobre las organizaciones extranjeras y las instituciones del Estado como simples proveedores de servicios gratuitos debe ser descartado. Hay que puntualizar a nivel popular el hecho de que el rol de MAP es ayudar y capacitar a la comunidad para que ella consiga y maneje sus propios servicios de salud. Esto debe ser en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y completarlos con los servicios gratuitos ofrecidos por el Estado, pero evitando crear una dependencia.

11. EVOLUCION DEL MODELO

El modelo organizacional y participativo del proyecto de Salud Integral inicial con el que MAP inició su trabajo ha probado ser factible y eficiente. A partir de todo lo ejecutado, la evaluación recomienda que se puede continuar con él; para ello hay que acelerar el ritmo de los logros, incrementar personal y reajustar las estrategias o, también, deberán ampliarse los plazos.

La evaluación anota que, posiblemente, en el diagnóstico inicial se sub-estimó las limitaciones de infraestructura existente y las dimensiones de las oleadas continuas de pobladores. También parece que hubo demora en que el equipo se instale en la comunidad. Todos estos factores estarían afectando no al modelo, sino a la posibilidad de ejecutarlo dentro de sus plazos fijados.

En cuanto al diseño del modelo se aprecia que éste mejoraría si se especifican mejor los puntos siguientes: La participación comunitaria (sistemática y consciente) en la planificación, implementación y evaluación. La búsqueda de recursos materiales humanos, técnicos y administrativos como un elemento principal del proceso organizacional indispensable para el éxito en la autogestión futura.

III. SITUACION ACTUAL EN MARCABELI

12. PARTICIPACION COMUNITARIA

Se ha avanzado proporcionalmente bastante en esta localidad en cuanto a la participación comunitaria. Por ser un cantón nuevo, no tiene antecedentes significativos de participación comunitaria de los grupos existentes. Probablemente esta es la causa de que los grupos sean de tipo clubes-recreativos o entidades no formales. Por ello, se procedió a generar la formación y consolidación de nuevos grupos, aprovechando los contactos realizados en los talleres. Estos grupos no representan, aún, a la totalidad de los sectores de Marcabelí. En cambio, sí han logrado que la población dé la confianza y credibilidad a MAP como guía para lograr la participación comunitaria, gracias a la movilización social lograda bajo el tema de salud. Los resultados visibles de esta participación han sido: la adquisición de una refrigeradora para vacunas, la ayuda al Sub-Centro de Salud, los huertos familiares y la asistencia a los talleres.

Esta primera etapa ha sido de sensibilización y de concientización de los buenos resultados que se pueden obtener a través de la participación comunitaria. También en Marcabelí se deberá incorporar más al grupo de hombres y a los pobladores de las áreas más periféricas y marginadas que aún no participan adecuadamente en el proceso.

13. ORGANIZACION COMUNITARIA

Hubo una falta de aceptación comunitaria al inicio del Proyecto que no contribuyó favorablemente al crecimiento organizativo por lo cual se acusa un efectivo retraso que se agudizó por el problema de ausencia de grupos activos. La superación de estos obstáculos ha requerido de más tiempo del planificado. Esta es la causa de que la comunidad de Marcabelí atraviese por procesos que en Solanda están ya superados, pero que de ninguna manera pueden ser descartados u omitidos.

Uno de los grupos más fuertemente consolidados es el Comité de Salud de Marcabelí. Presenta características de mucha actividad, pero es necesario dar a sus líderes una capacitación más adecuada para que el proceso organizacional pueda sortear mejor los escollos y problemas propios de la organización. Se debe, además, desarrollar mecanismos que promueven un control compartido dentro la organización y con la participación de todos los sectores que conforman la comunidad. Por ello es importante que se dé más cabida a grupos masculinos y de la periferia.

El Comité de Salud tiene un elemento fuerte a su favor: su capacidad y posibilidad de convocatoria y de movilización. Ha demostrado que es capaz de realizar experiencias positivas y repetibles, que pueden ayudar a desarrollar la organización comunitaria. Por ello se debe procurar una mayor representatividad en la comunidad. En definitiva, el Comité viene a ser sólo el primer paso para que la comunidad actúe en torno a sus más urgentes necesidades sentidas de salud, como: la vacunación, parasitosis, la presencia permanente de un médico rural, etc.

14. EDUCACION COMUNITARIA

La educación comunitaria en Marcabell se destaca por la interesante temática de sus talleres marcadamente práctica aún a riesgo de alejarse del tema principal: la salud. En lo demás sigue la misma estrategia de Solanda y tiene un similar prestigio en cuanto a su metodología y capacidades desarrolladas para ofrecer estos talleres. Son muy apreciados especialmente los talleres de Nutrición y de Huertos Familiares. Se han dictado nueve talleres de los cuales seis son de Salud, como: Higiene personal, Paludismo, Parasitosis, Tratamiento de Diarrea y otros similares. Esto ha hecho que haya de, parte de la comunidad, una gran valoración de estas acciones educativas por lo que se manifiestan muy interesados en ser capacitados en otras áreas.

Si valoramos la influencia numérica de la educación, ésta es reducida. La débil cobertura se acentúa por la asistencia simultánea a varios talleres en su afán de educarse mejor. Se observó que también esta educación casi se restringe a círculos femeninos y hay menos participación de los pobladores del sector periférico. La limitación de tiempo, transporte y personal ha causado la falta de suficientes temas y acciones educativas con respecto a Supervivencia Infantil, ya que es una necesidad real en la población, pues sus conocimientos en este área son bastante limitados. Dentro de la visión de Salud Integral se aprecia la necesidad de mayores acciones referentes al medio ambiente y su saneamiento.

15. ACCIONES DE SALUD

El panorama de resultados visibles es muy positivo contándose entre ellos el desarrollo del tema nutrición, y el apoyo visible al Centro de Salud del Ministerio de Salud mediante acciones de autogestión comunitaria. Ya se ha visto el aspecto de conocimientos educativos diseminados. La instalación del laboratorio considerado dentro del diseño del proyecto y hecho realidad hace pensar que todas las acciones de salud tienen excelentes perspectivas futuras.

Merece señalarse la novedad de un Programa-Taller denominado "Niño a Niño" que intenta la atención de la salud infantil por medio de niños mayores responsables de niños pequeños. Sus resultados podrán evaluarse posteriormente.

Como se puede observar hay una actividad coherente y encadenada que está respondiendo a las líneas básicas del proyecto y que como todos sus componentes deberá superar algunos problemas en el proceso.

16. EVOLUCION DEL MODELO

Marcabell ha hecho variaciones en el modelo. Estas serían tres: crear nuevos grupos en la comunidad sin integrar a los existentes; desarrollar actividades con ellos antes de trabajar más a fondo en la organización interna de estos grupos, buscando que ésta sea un resultado de la acción. Y por última, un menor énfasis en desarrollar la autodeterminación, lo que en consecuencia causaría una actual dependencia de MAP.

Estos aspectos no parecen negativos en sí, ni tampoco amenazan el desarrollo del proyecto, pero señalan que deben ser tomados en cuenta en la planificación y evaluación futura del proyecto.

Pues, podrían señalar nuevas alternativas y caminos si se desea utilizar el modelo en otros áreas rurales, donde la organización de grupos existentes sea mínima o no funcione como tal. Los conceptos básicos de Salud Integral, participación comunitaria y autogestión se mantienen y se fomentan indiscutiblemente y, en algunos casos, en maneras bastante creativas. Puede mencionarse finalmente, la acertada reflexión autocrítica del equipo que trabaja en Marcabell en cuanto a la necesidad de disponer de más tiempo para efectuar evaluaciones periódicas y hacer el seguimiento a los talleres.

IV. EVALUACION

17. VISION GLOBAL DE LO REALIZADO EN LAS DOS COMUNIDADES

Al hacer un alto a mitad de camino debe preocuparnos, en primer lugar, que sigamos en el camino y en la dirección apropiados. Y, en segundo lugar, que se haya avanzado lo que razonablemente puede esperarse dentro de las condiciones reales del proyecto y el contexto. Probablemente, en algunos casos, habrá que buscar el camino, rectificar la dirección del avance y, en otros casos, acelerar el paso o aceptar el retraso.

Bajo este símil, según la evaluación, podemos decir que MAP con respecto a su proyecto y a sus objetivos sigue en el camino correcto. Ha mantenido la dirección verdadera de avance, pero se encuentra retrasada en su itinerario de llegada. Sin embargo, hay que reconocer que las condiciones de trabajo fueron más difíciles que las previstas y el personal escaso dada la magnitud de la tarea.

- El camino que sigue es el correcto para alcanzar las metas propuestas. Las dos poblaciones demuestran una capacidad organizacional e interés de participar. Aunque el tema salud no está en el primer lugar de sus preocupaciones, por existir intereses más emergentes a nivel de supervivencia primaria, sin embargo la salud tiene poder de convocatoria y de movilización demostrados en la conformación de las juntas, en sus actividades de tipo educativo y sus acciones. Las dos comunidades también han probado su capacidad de 'autogestionarse' y su interés en la educación (Centro de Salud Integral, Laboratorio, Talleres).

- La dirección tomada es de avance. En el proceso se ve un cambio cuantitativo, es decir un crecimiento desde casi cero, desde puntos de descanso o estancamiento. Se aprecia, por lo mismo, que se pulsán resortes adecuados de la población. La concepción de integralidad en salud coloreá toda la actividad social y camina junto con todo el desarrollo de los habitantes.

- El ritmo no es el que se esperó. Se lleva un retraso indudable y no por falta de dedicación o errores que hayan entorpecido la marcha, sino por la dimensión de la tarea básica que es poner en marcha una adecuada organización comunitaria sin la cual no hay posibilidad de autogestión en ningún campo o tema. En Solanda el gran escollo es la continua oleada poblacional. En Marcabell es la deformación de representatividad organizacional que es típica de las áreas rurales.

- Siendo el punto crítico el establecer una organización comunitaria sólida y estructurada con líderes representativos y bien formados, parece ser que esta meta no es alcanzable en el plazo originalmente previsto (1990); a pesar de que se fortalezca el equipo de MAP, ya que dependen del ritmo de asimilación de la comunidad. El establecimiento del Centro de Salud Integral en Solanda ha acelerado el paso a la autogestión. Al mismo tiempo se deberá seguir

fortificando la participación general en ambos lugares; esto tomará bastante del tiempo que debía utilizarse en la segunda fase.

No debe pensarse en mantener los plazos y dejar este proceso trunco desde ningún punto de vista. Deberá pensarse en replanificar los plazos para llegar al objetivo, considerando que de otra manera la inversión humana, de tiempo y de recursos sería desperdiciada y podría causar antecedentes funestos a futuros proyectos.

El diagnóstico final es de efectivo avance. Deben tomarse en cuenta las llamadas señaladas en los diversos componentes con el fin de no arrastrar pequeños errores, que siempre van a existir, pero que acumulados son un lastre.

18 .VISION GLOBAL DEL FUTURO

Lo que uno sembró o lo que otros sembraron crece; por esto crece lo bueno y lo malo. El apoyo que MAP puede seguir ofreciendo a las dos comunidades es aún cuantitativa y cualitativamente grande. Esto no debe impedir que se deba ir conscientemente preparando la retirada y permitiendo que la comunidad crezca a medida que la presencia de MAP decrezca. Se ha indicado que aún no se ha llegado a los puntos más altos de madurez en la comunidad y concordamos en que el proceso debe acelerarse. Quedan aún en el horizonte acciones muy importantes que atender; no como parte misma del proceso sino como paralelas y complementarias, así:

-Convencer a las Instituciones y organismos que miran con recelo o suspicacia la labor de MAP que existe una integridad y desinterés proselitista y que desarrolla una acción social genuina. Las pocas percepciones negativas se deben en muchos casos a prejuicios o clichés comunes y otras a una desinformación sobre las actividades. MAP no debe dejar de intentar una positiva acción de relaciones humanas y acercamiento con estos polos divergentes, pues tienen energía negativa que puede lesionar la acción.

-Formar sólidamente líderes de las comunidades haciendo una labor de búsqueda de candidatos y luego entrenándolos en sus habilidades básicas. No se debe olvidar incluir en el pensum el entrenamiento en la administración de recursos, en las técnicas de búsqueda de financiamiento y organización de proyectos que aseguren la supervivencia de estos, aún después de la separación de MAP.

-Estudiar estrategias de ampliación de coberturas de educación considerando tal vez sistemas más masivos u otros alternativos de más amplitud. Posiblemente, requerirá más personal en el equipo de MAP.

-Estudiar estrategias que rindan más representatividad ante la comunidad a las Juntas de Salud para que su labor de coordinación sea reconocida. Se precisará diseñar métodos de captación tanto a los grupos jóvenes de ambos sexos, como a los hombres adultos, los cuales no están suficientemente involucrados.

-Establecer mecanismos para intercambiar y compartir experiencias en cuanto a participación comunitaria con instituciones y agencias que trabajan en el área de Salud. Los casos de Solanda y Marcabell pueden ser argumentos a favor de que la comunidad organizada si puede conducir sus propios servicios autogestionados y eficaces.

-Determinar la cantidad óptima de temas que se requiere ofrecer para lograr la salud integral y, al mismo tiempo, definir los temas más emergentes dentro de los intereses de las poblaciones; aunque menos relacionados con salud, pero que se deben incluir.

Con estas acciones, se puede visualizar que los logros serán sólidos y los objetivos del proyecto obtenidos pero dentro de plazos ampliados.

Y. LECCIONES APRENDIDAS

- Los diagnósticos previos son de altísima importancia y permiten una adecuada planificación. Cualquier rigurosidad omitida por prisa, por costo y por sub-estimación de su importancia tiene repercusiones grandes en el futuro del desarrollo del proyecto y debe ser visto como una inversión que garantice la rentabilidad social del Proyecto. La investigación de MAP fue adecuada en general; posiblemente se precipitó en Marcabell y sub-dimensionó el aspecto poblacional en Solanda.

- El tiempo requerido para llegar a la plataforma crítica de una participación comunitaria no es fácil de predecir y será más aproximada su determinación a medida que sea más profunda la investigación basal sociológica y antropológica de la comunidad en estudio. Sólo estos estudios revelarán con mayor aproximación la personalidad de la comunidad sus estructuras de poder, sus valores y sus limitaciones. La estructura organizacional de Marcabell pudo tal vez ser mejor conocida antes de actuar.

- La calidad humana de los grupos que trabajan directamente con las comunidades es fundamental y puede ser una energía extra y positiva al proyecto, o un lastre muy difícil de deshacerse. En ambos casos MAP ha tenido un grupo humano exitoso.

- Cualquier oposición o percepción negativa debe ser tomada en cuenta y deben ejecutarse acciones tendientes a quitar su energía mediante relaciones humanas y suficiente información, pues ya existen prejuicios, algunos fundamentados en acciones negativas de organizaciones externas. Si estas oposiciones no son ventiladas se expandirán a nivel de rumor y son capaces de hacer daño al desarrollo comunitario. MAP deberá atender algunas de estas oposiciones con una bien pensada estrategia.

- Los líderes naturales de las comunidades no son muy abundantes y sus capacidades son las naturales pues muy pocos han recibido capacitación formal en esta línea. Una buena participación comunitaria requiere de abundantes líderes que estén bien formados y con sus ideas claras para que no sean luego manipulados por oportunistas que canalicen en su beneficio todo el trabajo realizado.

- Las acciones educativas suelen ser bien recibidas y son una manera muy adecuada de obtener contacto, credibilidad y respeto, pues ofrece un foro accesible. El temario de talleres suele exigir un "tira y afloja" con los intereses de la comunidad; ya que, mientras más carencias emergentes tiene, suele requerir que se llene esos vacíos. La visión integral de salud permite más flexibilidad en los temas pero debe cuidarse de mantener el sano equilibrio para lograr que el proceso no se descontinúe ni el modelo se desbarate.

VI. REFLEXIONES

Este ítem se aparta de un documento de evaluación, estrictamente hablando, sin embargo es uno de los temas que pueden ser más importantes de compartir, pues recogen los puntos que son menos claros y menos sencillos de tomar decisiones.

- No está muy claro que el tema salud sea un tema integrador de todos los componentes comunitarios. Las madres sí son fácilmente captadas pero los jóvenes y los hombres adultos no lo tienen en una buena prioridad de intereses.
- La labor interpersonal sin duda tiene una capacidad muy grande de ser profunda y duradera; da posibilidades de transferir temas complejos y algo abstractos pero requiere de bastante tiempo, de personal muy cualificado y confiable.
- No todos los procesos de un proyecto requieren de acciones interpersonales. Se ha constatado la necesidad del uso de acciones masivas para lograr efectos de mayor aceleración, menos profundidad y menos complejidad.
- Muchas organizaciones de desarrollo parecen no conocer mucho de las dinámicas y posibilidades de los procesos comunicacionales y que estos pueden optimizar su labor. Se ve la necesidad de asistencia de técnicos en este área para aliviar los procesos, lograr aceleraciones y coberturas más amplias. Se observa que los procesos comunicacionales deben combinar medios masivos e interpersonales y todos los proyectos deben reconocer que usan el proceso comunicacional.
- El carácter de extranjero, y todos los prejuicios encerrados en esa categoría, son como dinámicas latentes en las poblaciones y son muy difíciles de modificar. Parece ser una buena estrategia la de no ocultar su origen, filiaciones y estructura, incorporar personal local y tener una función o persona especializada que trabaje activamente en este área. Puede ser un grave error el dejar de valorar esta dinámica, el no aclarar los valores equivocados o desechar prejuicios, pues a la larga distorsionan los propósitos de la organización y lanzan por tierra todo lo avanzado ante la comunidad.
- Las experiencias de otras instituciones pueden ser muy provechosas para conocer los errores y puntos fuertes. Deberán buscarse más instancias de este diálogo e intercambio.
- Pocas veces se dimensiona el gran poder de cambio que tiene la educación de la población o, si se la dimensiona, pocas veces es consecuente con sus requerimientos; así: tener un capacitador bien entrenado que diseñe técnicamente los talleres, maneje técnicas grupales y sepa apoyarse en materiales gráficos y de ayuda, dar suficiente presupuesto, producir folletos adecuados y materiales de distribución, tener sistemas de evaluación o seguimiento.
- Finalmente, la preparación efectiva y sistemática de la separación de la comunidad no sucede oportunamente, sino se la deja para el final, en forma atropellada e irremediable olvidando generalmente transferir los mecanismos del autofinanciamiento. Es lo mismo que sucede entre los padres y el adolescente. Cuando no se prepara su independencia sino que sucede de pronto, como un hecho consumado, antes de lo que ellos se imaginaban y ciertamente sin la preparación adecuada.

EL DOCUMENTO DE EVALUACION

Se trabajó la evaluación de la actividad de MAP en Solanda y Marcabell en base de dos metodologías, la participativa y la iluminativa. Esto significa que intervinieron en dar sus opiniones participantes de los proyectos de ambos lugares y que el objetivo de la evaluación no era esencialmente medir, sino iluminar las áreas más importantes de su trabajo y extraer un estado objetivo de sus progresos, retrasos, logros y problemas no con dictámenes finales sino con apreciaciones que luego MAP las valoraría y utilizaría de acuerdo a su reflexión y su criterio para proseguir la segunda fase del proyecto.

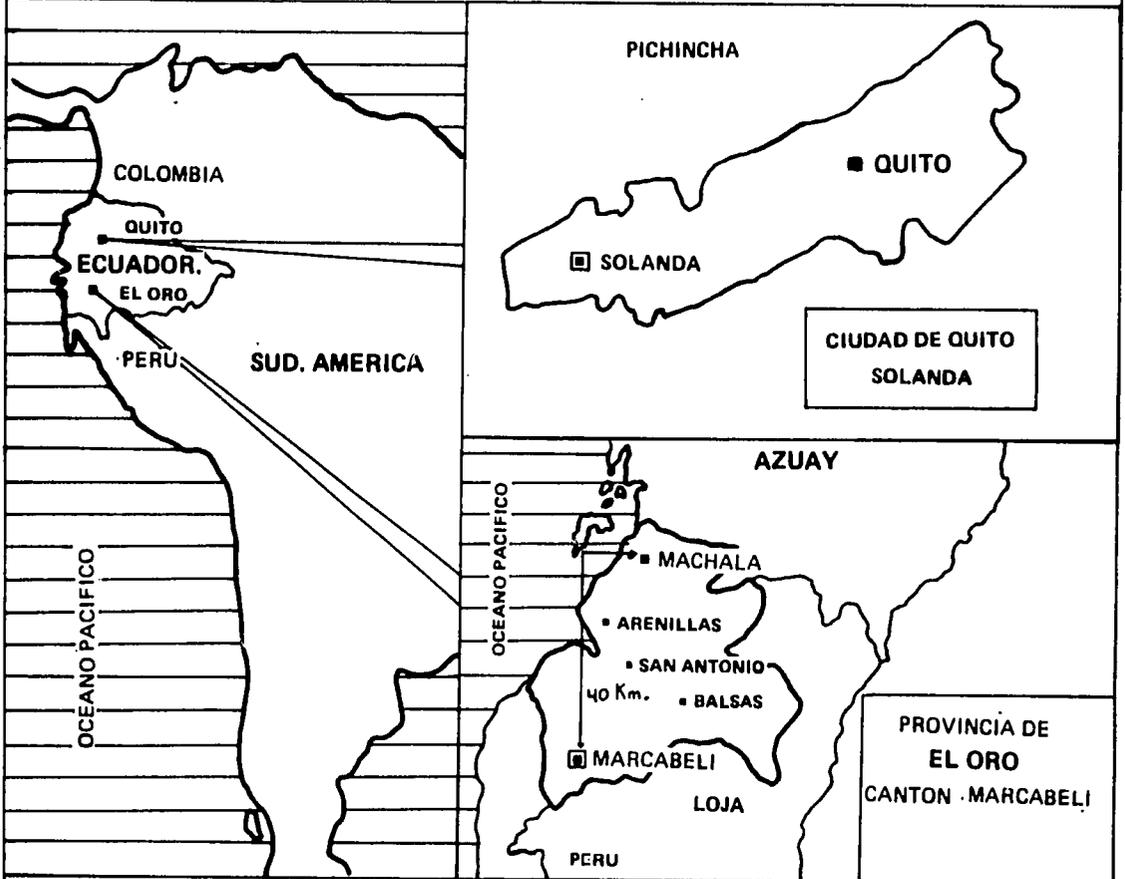
Para llegar a estos resultados se ejecutaron varias etapas: diseño de los instrumentos, prueba de estos, ajustes de formularios, recolección de datos, procesamientos, análisis y formulaciones.

Han sido fuentes informativas cinco grupos, un banco bibliográfico y una encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) en cada lugar: los líderes y varios miembros de los grupos, líderes de la comunidad, grupos externos que trabajan también allí, el equipo de MAP, los bancos bibliográficos de Solanda y Marcabell, y una encuesta a la población ejecutada en una muestra. Se documentaron 15 ítems que finalmente se resumieron en siete: organización comunitaria, participación comunitaria, educación de la comunidad, acciones de la salud, el modelo estructural, imagen de la institución, y aspectos definitivamente positivos y definitivamente negativos.

La encuesta CAP dió 153 formularios válidos (90 Solanda y 63 Marcabell). De los cinco grupos se obtuvieron 119 entrevistas y 16 documentos de banco informativo haciendo un total de 340 unidades de información las mismas que se procesaron y analizaron para llegar al informe final. Para el procesamiento se trabajó en base de sumarios cada vez más condensados los mismos que fueron analizados en forma específica individual y en forma comparativa. Así de Solanda y de Marcabell se produjeron seis sumarios: uno bibliográfico y cinco correspondientes a los grupos. Posteriormente se hizo un sumario único y otro del CAP (análisis). De este se sintetizó a un informe final global con las conclusiones. Así quien requiera obtener diversos niveles de conocimiento puede elegirlos o cruzar sus referencias.

El informe final que MAP conserva en sus archivos está conformado, pues, de un sumario ejecutivo, de un informe general de Solanda y de Marcabell, y de un informe específico de Solanda y otro de Marcabell. Un informe sobre el CAP así mismo conjunto y por separado. En los anexos están las corridas de frecuencias, las tablas cruzadas y los gráficos estadísticos. Forman también parte del anexo los catorce sumarios. Personas interesadas pueden examinar estos documentos en la oficina de MAP Internacional, ubicada en Rumipamba 815 y República, 4to. piso, teléfono 457-166.

LOCALIZACION GEOGRAFICA



USO DE LOS MEDIOS MASIVOS

