

**UNA EVALUACIÓN SOCIOLÓGICA A LAS
CAPACITACIONES DEL EJE DE SALUD DEL PROGRAMA
DE DESARRAIGADOS**

SANDRA GALINDO CUBILLOS

Monografía para optar por el título de Socióloga

Directora: NADIA RODRIGUEZ

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
SANTA FE DE BOGOTA D.C.

2008

CONTENIDO

UNA EVALUACION SOCIOLOGICA AL EJE DE SALUD DEL PROGRAMA DE DESARRAIGADOS

INTRODUCCION	6
Capítulo 1	
<i>Marco teórico-metodológico. La evaluación de programas sociales: una herramienta de análisis sociológico</i>	10
1.1 Aproximación a la definición de evaluación	10
1.2 Elementos de la evaluación	13
1.3 La evaluación de los programas de salud	16
1.4 Hacia una metodología de evaluación	22
1.4.1 La evaluación participativa	23
1.4.2 Justificación de la adopción de la evaluación participativa	24
1.5 Algunas conclusiones	27
Capítulo 2	
<i>Hacia un proceso de contextualización</i>	29
2.1 Descripción y características del programa	29
2.1.1 Eje de fortalecimiento institucional y comunitario	32

2.1.2 Eje de generación de ingresos	33
2.1.3 Eje de servicios básicos	35
2.2 Usme, zona prioritaria de acción	36
2.3 Madres comunitarias	39
2.4 La estrategia AIEPI	42
2.5 Mi papel dentro del programa	46
2.6 Conclusiones del capítulo	47

Capítulo 3

<i>La opinión del equipo de salud del programa</i>	49
3.1 Análisis de las capacitaciones, el objetivo general	49
3.1.1 Selección de beneficiarias	53
3.1.2 El proceso de la planeación de base	55
3.2 Propuesta de capacitación	58
3.2.1 Propuesta metodológica de las capacitaciones	58
3.2.2 Técnicas pedagógicas empleadas durante los talleres	59
3.3 Proceso de capacitación	63
3.3.1 Desarrollo de las capacitaciones	63
3.3.2 Análisis de la realidad local	65
3.3.3 Enseñanza de las 16 prácticas saludables	66
3.3.4 Representación de las 16 prácticas saludables	69
3.3.5 Otros elementos enseñados	70
3.3.6 Momento final de las capacitaciones	71
3.4 Evaluación del objetivo general desde la perspectiva institucional	73
3.4.1 La enseñanza de la estrategia AIEPI	74

3.4.2 Empleo de material	77
3.4.3 Elementos que hicieron falta	79
3.5 Proceso de réplica	81
3.6 En cuanto a los objetivos específicos	82
3.7 Conclusiones del capítulo	84

Capítulo 4

<i>Las madres comunitarias evaluando el programa</i>	87
4.1 Situación de las madres comunitarias	87
4.1.1 La situación de las madres comunitarias en la localidad	88
4.1.2 La relación de las madres con el ICBF	91
4.2 Percepción de las madres hacia el programa de desarraigados	96
4.2.1 Proceso de planeación de base	97
4.2.2 Dinámicas y desarrollo de los talleres	98
4.2.2.1 Análisis de la realidad local	98
4.2.2.2 Enseñanza de las 16 prácticas saludables	100
4.2.2.3 Identificación de los problemas en sus jardines	102
4.2.2.4 Representación de las 16 prácticas saludables	103
4.2.2.5 Otros elementos enseñados	105
4.2.3 Evaluación de otros aspectos	107
4.2.3.1 Relación con las capacitadoras	107
4.2.3.2 Empleo de materiales	108
4.2.3.3 Los conceptos aprendidos en la práctica	109
4.2.3.4 Elementos que hicieron falta en las capacitaciones	110
4.2.3.5 Réplica de información	112

4.3 Conclusiones de este capítulo	113
CONCLUSIONES	116
5.1 Comentarios concluyentes sobre los objetivos planteados	116
5.2 Análisis sobre la relación de los elementos planteados en el segundo Capítulo (de contextualización) con el desarrollo de la capacitación Evaluada.	121
5.2.1 Las políticas para la aplicación de la estrategia AIEPI	122
5.2.2 La situación socioeconómica de la localidad de Usme	123
5.2.3 La situación de las madres comunitarias y el programa de las madres Comunitarias	125
5.2.4 Las metodologías de capacitación de agentes multiplicadores o gestores	125
5.2.5 La propuesta de evaluación participativa en la evaluación	126
5.3 Elementos faltantes durante el desarrollo de los talleres	127
Anexo 1. Planeación de base en las UPZ's priorizadas	131
Anexo 2. Cartilla de las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI	138
Bibliografía	172

INTRODUCCION

El eje de cooperación de la cancillería de la Universidad del Rosario ganó a finales del año 2006 una convocatoria lanzada por la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea para llevar a cabo el programa “*Atención Integral a la Población Desarraigada de Usme y las comunas 3 y 8 de Medellín*”. El programa tiene una duración de dos años (2007-2008) por lo cual, a finales de este año tendrá su finalización.

Los sujetos objeto del programa fueron la población desarraigada, caracterizada por ser desplazada desde sus lugares de origen hacia otros territorios¹. El desarraigo se evidencia por la ruptura del contexto social, político, cultural, donde se presenta la pérdida de bienes muebles e inmuebles, fragmentación del hogar, pérdida de medios para la subsistencia, propensión a enfermedades y marginalización e inseguridad alimentaria.

Siendo la localidad de Usme y las comunas 3 y 8 de Medellín dos zonas en donde se evidencia una alta presencia de población desarraigada, por medio de la formulación de sus tres ejes, el programa propuso ciertas actividades orientadas a mejorar las condiciones de vida de esta población así como fortalecer la población receptora en estado de vulnerabilidad.

En esta medida el objetivo general del programa fue contribuir a la reconstrucción y consolidación del tejido social de las poblaciones objeto del mismo, favoreciendo la integración social de la población desplazada en las comunidades receptoras. De acuerdo a la convocatoria realizada por la Línea de Desarraigados que tiene por finalidad el desarrollo de la autosuficiencia de las poblaciones desplazadas, los objetivos específicos del programa fueron: “fortalecer 30 organizaciones sociales de base con el fin de mejorar sus capacidades de gestión, participación y oferta de servicios en favor de las poblaciones desarraigadas; generar nuevas opciones de ingreso y empleo para 1.000 familias desarraigadas por medio de la promoción de actividades productivas (financiadas por el mismo proyecto) a través del apoyo a emprendimientos económicos, que estabilicen el entorno donde viven; e integrar 200

¹ Según cifras de CODHES (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento), el recrudecimiento del conflicto interno colombiano desde hace más de dos décadas ha obligado a 3.832.527 personas a desplazarse desde sus lugares de origen hacia otros destinos.

familias en un proceso productivo de agricultura urbana, como una forma de garantía de seguridad alimentaria de los hogares”².

El programa también buscó “mejorar las condiciones de salud de 6.000 mujeres y sus hogares. Para ello propuso la formación de 600 madres comunitarias (300 en Bogotá y 300 en Medellín) en promoción de la salud y cuidados primarios para madres y niños, con el fin de que ellas actúen como multiplicadoras transmitiendo conocimientos y prácticas saludables en su entorno social”³.

En la primera parte del programa que se llevó entre abril a Agosto del año 2007, el eje de salud capacitó a 220 madres comunitarias en distintas zonas de la localidad de Usme de la ciudad de Bogotá con base en la estrategia AIEPI (que será objeto de análisis más adelante). Durante este período de tiempo tuve la oportunidad de realizar mi práctica de sociología colaborando en la coordinación de dicho proceso.

En el presente trabajo realicé una evaluación participativa de las capacitaciones llevadas a cabo por el programa a las madres comunitarias en donde tomé en cuenta los puntos de vista de los formuladores y de los beneficiarios del mismo en torno a la pregunta de investigación. En este sentido he planteando los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Realizar una evaluación del desarrollo de las capacitaciones llevadas a cabo por el eje de salud del programa de desarraigados tanto desde la perspectiva institucional como comunitaria.

² Ver Formulario de solicitud de subvención enviado por la Cancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea. Universidad del Rosario. Bogotá, 2006

³ Ver Ibid.

Objetivos específicos:

- Contextualizar brevemente el surgimiento de la figura de madre comunitaria en las políticas del Estado.
- Analizar en el rol de las madres comunitarias en la localidad de Usme.
- Analizar el desarrollo de las capacitaciones del eje de salud del programa desde la perspectiva de las madres comunitarias, beneficiadas por este.
- Analizar el desarrollo de las capacitaciones del eje de salud del programa desde la perspectiva institucional y de las capacitadoras, ejecutoras del mismo.

Esquema de la evaluación:

La evaluación se llevó a cabo durante los primeros cuatro meses de duración del programa (abril a agosto de 2007), período en el cual se concertaron y realizaron las capacitaciones con las madres comunitarias. El grupo de madres que se tomó en cuenta para los talleres queda localizado en la UPZ Danubio Azul de la localidad de Usme.

El primer capítulo de este trabajo se expondrá el marco teórico y metodológico, profundizando en el tema de la metodología participativa en la que los actores involucrados en un programa, realizan su evaluación. Así, este estudio da cuenta de las opiniones de los distintos participantes para dar a conocer tanto los aspectos positivos como los negativos de las capacitaciones brindadas por el eje de salud del programa de desarraigados. Durante este proceso se tomaron en cuenta herramientas de recolección de datos como entrevistas, observación participante y grupos focales.

El segundo capítulo se basa en una contextualización enfocada en describir la estructura del programa, el surgimiento y desempeño de las madres comunitarias, la situación de la localidad de Usme incluyendo sus principales problemáticas, la descripción de la estrategia AIEPI como sustento teórico de las capacitaciones, y una breve justificación de mi papel en el programa.

En el capítulo tercero que trata de la evaluación de las capacitaciones desde la perspectiva institucional, tomé como referencia el documento de la línea base, el cual expone el resultado de los talleres desde la perspectiva institucional durante la primera fase de ejecución del programa así como las entrevistas realizadas a las capacitadoras del eje de salud.

Por último, en el cuarto capítulo realicé un trabajo etnográfico en la zona del Danubio de la localidad de Usme el cual me proporcionó información valiosa para reconstruir la percepción de las madres sobre las capacitaciones del eje de salud.

Considero que todo lo anterior corresponde a la propuesta de evaluación participativa puesto que en primera medida incluye herramientas cualitativas (entrevistas, grupos focales, observación participante) que propician un espacio para la opinión y discusión de los temas. En segunda medida se tiene en cuenta tanto a los actores institucionales (capacitadoras y coordinadora del programa), como a los actores locales (madres comunitarias) dedicándoles dos capítulos del trabajo respectivamente. Por último, y lo más importante es que los aportes realizados por todas las personas que participaron en el programa permiten dar a conocer el eje de salud en su primera fase, teniendo en cuenta sus aspectos positivos y negativos.

CAPITULO 1

Marco teórico-metodológico. La evaluación de programas sociales: una herramienta de análisis sociológico

En el presente marco teórico-metodológico se expondrá el concepto de evaluación, su definición y sus características, para luego entrar a profundizar en el campo específico de la evaluación de los programas de salud, su evolución y su historia. En un apartado final se dará una justificación acerca de por qué para la sociología es importante adoptar enfoques evaluativos.

1.1 Aproximación a la definición de evaluación

La evaluación es una herramienta muy importante en cuanto permite medir el grado de confianza de un programa. Son varias las definiciones propuestas por varios teóricos y organizaciones internacionales por medio de las cuales la evaluación ha sido comprendida como una herramienta que permite medir el impacto de un programa en términos positivos y negativos y propone mecanismos de mejoramiento.

Perez-Llantada y López de la Llave citan a Fernandez Ballesteros (1996) quien en su manual sobre el tema, realiza una aproximación a la noción de *evaluación de programas* por medio de un análisis descriptivo del significado en la lengua castellana de los dos términos que lo componen. De esta manera define evaluación como un concepto de acción, en el sentido de <valorización> o <atribuir valor a una cosa>. En tanto al concepto *programa*, el autor hace referencia a la “exposición de un plan de distribución y orden de las partes que han de constituir un trabajo, una enseñanza, etc...”⁴.

Partiendo de estas dos definiciones desarrolladas de Fernández, los autores entienden la evaluación de programas como “un modelo para el estudio de la efectividad de una acción

⁴ Ver Perez-Llantada M. Carmen, López Andrés. *Conceptos básicos en evaluación de programas* en Evaluación de Programas de Salud y Servicios Sociales: Metodología y ejemplos. Editorial Dykinson. Madrid, 1999. P. 21

dirigida y planificada, que pretende lograr unos objetivos bien definidos que se implantan y desarrollan en el marco de la vida real”⁵.

A partir de la definición señalada anteriormente, el concepto de evaluación es entendido como una herramienta medidora del grado de eficacia de un programa que ha establecido unos objetivos a partir de un contexto social determinado.

Exponiendo otras definiciones sobre el tema Montero⁶ citando a Rossi et al (1999), afirma: “la evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia”.

Esta definición es valiosa en cuanto brinda una definición de evaluación como una herramienta por medio de la cual se puede analizar un programa pudiendo señalar sus aspectos positivos y negativos. Al analizar los aspectos negativos se pueden establecer mecanismos de mejoramiento del programa evaluado.

Otra definición, la OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (1998) indica que “es una valoración tan sistemática y objetiva como sea posible de un proyecto, programa o política que se está desarrollando o se ha completado, su diseño, implementación y resultados. La evaluación debería brindar información que es creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones”⁷.

La OECD brinda otro elemento adicional a la definición que consiste en que la evaluación representa una valoración objetiva y sistemática de un programa en desarrollo. En este sentido, esta herramienta es interpretada como un instrumento de gran fiabilidad porque por

⁵ Ver Ibid. P. 21.

⁶ Ver Montero Eliana, *¿Qué es evaluación?* en Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Volumen 1, Número 2. Artículo 6. Enero-Junio 2004 [Http://ccp.ucr.ac.cr/revista/](http://ccp.ucr.ac.cr/revista/) P. 2

⁷ Ver Ibid. P. 2

medio de ella se pueden conocer con precisión los procesos que se están llevando a cabo en un programa.

La UNICEF (1991) define la evaluación como un proceso que trata de determinar la forma más objetiva y sistemática posible, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de las actividades con respecto a objetivos específicos. Tanto UNICEF como el Banco Interamericano de Desarrollo (1997) exponen que la evaluación es una herramienta de gestión orientada hacia el aprendizaje y la acción para mejorar el desempeño de proyectos⁸.

El elemento del aprendizaje señalado por los organismos internacionales anteriores es importante porque ven la evaluación como un instrumento que genera una enseñanza permanente a todos los participantes del programa.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) la define como: “el proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia y eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizativo para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras”⁹.

A manera de pequeña síntesis, señalo como elementos valorativos de las definiciones propuestas anteriormente que la evaluación es una herramienta que permite un aprendizaje continuo de los procesos que se están llevando a cabo en un programa. De la misma forma intenta determinar de una forma sistemática y objetiva la eficacia y pertinencia de las actividades del programa en relación con los objetivos específicos. Finalmente representa un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos.

Estos elementos aportan en gran medida al desarrollo de la evaluación que se llevará a cabo en el presente trabajo de grado. Todos están relacionados con la investigación y la valoración

⁸ Ver Evaluación democrática. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Documento de trabajo No. 3. Mayo, 1998. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsapi/e/cursogerencia/mod5unicef.pdf>. P. 113

⁹ Ver Cohen Ernesto, Franco Ronaldo. *Evaluación, concepto y especificidad* en Evaluación de Proyectos Sociales. Buenos Aires. Grupo editorial Latinoamericano, 1998 P. 77

de la relevancia social de un programa. En esta medida brindan un diagnóstico acerca de los procesos que se están llevando a cabo del mismo, permite analizar sus aspectos positivos y negativos y a partir de los negativos señalar mecanismos de mejoramiento.

Tomo en cuenta estos elementos para la realización del presente trabajo de grado porque en una opinión personal deseo valorar la efectividad de las actividades realizadas a cabo por el eje de salud del programa de desarraigados analizando sus aspectos positivos como negativos. En esta medida deseo hacer públicos los resultados de esta evaluación con las personas que trabajaron en el programa porque, teniendo en cuenta que el eje de Cooperación de la Cancillería de la Universidad del Rosario realiza varios programas de carácter social en la actualidad con poblaciones en estado de vulnerabilidad, los resultados del presente trabajo pueden contribuir a ser un modelo para los próximos programas que se lleven a cabo con posterioridad.

1.2 Elementos de la evaluación

La evaluación es una herramienta importante porque establece si los recursos de un programa están siendo aprovechados adecuadamente, si las acciones realizadas están siendo ejecutadas según las metas establecidas, y si esas acciones inducen a las transformaciones deseadas para las metas de impacto finales de cualquier programa. A partir de este argumento, la evaluación resulta ser una herramienta eficaz porque orienta la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir faltas en la ejecución de los programas, y por medio de ellas poder realizar intervenciones más eficaces.

En un proceso evaluativo se establece en primera medida un objetivo general, el cual es un propósito o meta acerca de lo que se desea evaluar acorde a cada programa. Al igual que en todo proyecto este objetivo debe ser desglosado en objetivos específicos, los cuales son medidos por indicadores.

Teniendo en cuenta definiciones de diferentes organismos y autores en el sentido social es que “los indicadores sociales son cualquier forma de indicación que brinda la posibilidad de

estudiar hacia donde se dirige un programa con relación a unos objetivos y metas establecidas, evaluar programas específicos y poder determinar su impacto”¹⁰.

La definición de Horn, permite analizar los indicadores como parámetros que determinan la dirección hacia donde va un programa. De esta forma representan herramientas útiles en cuanto a que su utilización permite a los evaluadores realizar de una forma clara y objetiva la evaluación de un programa formulado.

Los indicadores se encuentran presentes en todas las fases de la evaluación, las cuales están definidas en directa relación con el nivel de desarrollo del programa. En un primer momento, en el planteamiento del programa, el trabajo del evaluador se enfoca en delimitar de manera clara las necesidades a las que este quiere hacer frente, “valorar la conceptualización y operacionalización de las mismas y evaluar el diseño que se propone”¹¹.

Durante la puesta en marcha, el trabajo del evaluador debe enfocarse en evaluar el desarrollo, la cobertura, etc.,... estableciendo un primer acercamiento a la valoración de los resultados que habían sido planteados por el programa. Cuando ya lleva un tiempo de funcionamiento, el evaluador debe enfocar sus esfuerzos en analizar los resultados, el impacto, los costos-beneficios y el seguimiento.¹²

Este proceso se desarrolla bajo varios principios. Uno de ellos es que el propósito de evaluar es mejorar el funcionamiento del sistema del programa. Los resultados de la evaluación deben ser divulgados a todos los actores que participaron o que estén interesados en el mismo. Por último, la evaluación debe estar orientada y organizada en torno al diagnóstico de los objetivos formulados inicialmente durante el planteamiento del programa, tomando en cuenta

¹⁰ Ver Sandoval de Escurdia Juan Martin. *Sobre la definición de indicadores* en Los indicadores en la evaluación del impacto de programas. Sistema Integral de Información y Documentación. México D.F. 2003. P. 11

¹¹ Ver Perez-Llantada M. Carmen, López Andrés. *Conceptos básicos en evaluación de programas* en Evaluación de Programas de Salud y Servicios Sociales: Metodología y ejemplos. Editorial Dykinson. Madrid, 1999 P. 24

¹² Ver Ibid, p.24.

que por medio de ella se debe tener como finalidad la toma de decisiones en torno hacia el mejoramiento del programa evaluado¹³.

Profundizando más en el tema Olga Nirenberg, Josette Brawerman y Violeta Ruiz describen la evaluación final o ex-post como evaluaciones que colocan el foco en sus resultados. En esta evaluación el foco está puesto en la efectividad global de un programa, en otras palabras en su capacidad para lograr sus objetivos en el sentido del mejoramiento de la situación del grupo al que van dirigidos o de las soluciones a los problemas sociales.

Esta clase de evaluación, según las autoras señaladas anteriormente brinda recomendaciones y conclusiones a los ejecutores de los programas, de igual forma proporciona instrumentos para las decisiones políticas de funcionarios gubernamentales, de las agencias de cooperación y de directivos de organizaciones de la sociedad civil sobre la beneficio de continuar implementando un programa determinado.

Durante la evaluación final, los evaluadores deben realizar una reconstrucción de cuales fueron los objetivos propuestos por los formuladores del programa, que resultados se esperan lograr y de que forma se previó llevar a cabo las actividades para alcanzar los objetivos. “Para contar con los insumos necesarios deberán recurrir a la memoria del proyecto. Esta memoria puede estar plasmada en documentos y registros, pero también puede develarse a través de relatos orales de los actores intervinientes”¹⁴. La evaluación con foco en los resultados es un balance final que da cuenta de todos los logros de un programa o proyecto, o coloca de manifiesto la forma como las acciones ayudaron a cambiar situaciones de desventaja de los grupos beneficiarios.

En el presente trabajo de grado llevaré a cabo una evaluación ex-post por medio de la cual, a partir de los testimonios de las personas que participaron en el programa (madres comunitarias y capacitadoras), así como de documentos del programa, haré un recuento de las

¹³ Ver Segone Marco, Evaluación democrática. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Documento de Trabajo No. 3. Bogotá. www.preval.org/documentos/00555. P. 32

¹⁴ Nirenberg Olga, Brawerman Josette, Violeta Ruiz, *La evaluación con foco en los resultados* en Programación y evaluación de proyectos sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2003 P. 193

actividades que llevó a cabo el eje de salud. A partir de este repaso tendré elementos necesarios para reconocer los elementos positivos y negativos de las capacitaciones a partir de todos los puntos de vista estudiados. De esta manera realizaré un balance que dará cuenta de los logros y deficiencias del programa.

Continuando con los elementos señalados anteriormente durante mi evaluación analizaré los resultados que habían sido planteados inicialmente por el eje de salud del programa, basados en si las capacitaciones realizadas a las madres comunitarias se llevaron a cabo a partir de un real conocimiento previo de las problemáticas y necesidades estudiadas en cada una de las UPZ's priorizadas.

También analizaré el impacto de las capacitaciones. Como se expondrá en los siguientes capítulos, las madres deben replicar la información recibida en los talleres a 10 miembros de su localidad. Por ello examinaré si a partir de las capacitaciones se podría llegar a un buen proceso de réplica de la información.

Es de esta forma a partir de los elementos señalados anteriormente, analizaré si las actividades desarrolladas por el eje de salud del programa fueron ejecutadas según los objetivos establecidos inicialmente, y si esas acciones promovieron cambios deseados para las metas de impacto finales del programa.

1.3 La evaluación de los programas de salud

Desde hace cuatro décadas los Estados en sus diferentes entes territoriales y las instituciones multilaterales e internacionales han exigido la evaluación de sus programas y proyectos financiados. De esta forma se han presentado procesos evaluativos que han tenido una evolución que podría separarse en tres etapas según Santiago Correa, Antonio Puerta y Bernardo Restrepo¹⁵. A continuación se hará una descripción de cada una de ellas.

¹⁵ Ver Correa Santiago, Puerta Antonio, Restrepo Bernardo *Itinerario de la Evaluación de Programas como disciplina* en Investigación evaluativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, 1996. P. 55

En la primera que va de 1930 a 1950, la salud y la educación fueron los primeros campos que emprendieron la tarea de evaluar su accionar. Durante esta etapa la evaluación de programas se enfocó en la simple verificación de los objetivos planteados o en la constatación de logros.

La teoría de Ralph Tyler (1934), quien es considerado una de las personas más influyentes en el campo de la evaluación aplicada a procesos educativos, propuso las bases de un estilo evaluativo orientado hacia los objetivos, por ello indicó que las decisiones acerca de los programas debían estar basadas en la correspondencia entre los objetivos del programa y sus resultados.

La propuesta de Tyler se mantuvo válida hasta la década de 1950, período de tiempo en el cual se dio inicio a una segunda etapa de la evaluación en la cual se presentaron nuevos desarrollos en el campo evaluativo, basados en el surgimiento de modelos cualitativos en donde se dio inicio a ensayos con métodos experimentales por medio de diseños aplicados a programas de salud, educación y bienestar social promovidos para evaluar proyectos en varias áreas sociales, proceso que ha perdurado hasta la actualidad.

De forma paralela al desarrollo de la evaluación en la educación, se presentó una inquietud por evaluar procesos y resultados en el sector de la salud, hecho que inició con la acreditación de las facultades de medicina de Canadá y Estados Unidos. De esta forma se presentó un proceso de comparación de objetivos propuestos frente a proyectos en las áreas de condiciones de sectores urbanos marginales en la investigación de corrupción de los gobiernos locales y en la administración y eficacia de las escuelas públicas.

De igual forma se desarrolló una investigación de los procesos evaluativos. Los estudios demostraron que se estaba presentando una ausencia de estándares y modelos para conducir las publicaciones evaluativas. La obra de Edward Suchman (1967), profesor de Sociología y Práctica de la Salud Pública de la Universidad de Pittsburg es la más significativa de este período.

Según el autor, la evaluación debía disponer de la lógica del método científico e identifica cinco categorías fundamentales en un proceso evaluativo: *esfuerzos* que se presentan en la calidad y la cantidad con que se realizan las actividades de evaluación; *ejecución*, que se

relaciona con el momento, la forma y los criterios para medir y llevar a cabo los resultados del esfuerzo; *adecuación de la ejecución*, que representa el grado en que esta se ajusta a las necesidades; *eficiencia*, o la medida en términos monetarios; y *procesos*, que se relacionan al cómo y por qué trabaja el programa¹⁶. Remitiéndose a su obra el autor afirma: “espero que este informe (libro) abra al menos la puerta a posterior debate y análisis de las funciones, objetivos y métodos de la investigación evaluativa”¹⁷.

Con la obra de Suchamn empezó una nueva etapa a partir de la década de 1970 que ha trascendido hasta la actualidad y la cual consistió en la madurez de este campo de la ciencia. Es así como se consolidó una comunidad científica por medio de asociaciones de evaluación, de foros y de redes internacionales para el intercambio de temas de interés, problemas, estándares orientadores y métodos para desarrollar evaluaciones en programas sociales.

Exponiendo varios ejemplos se crearon asociaciones profesionales en Canadá, Australia, Estados Unidos y Europa como la Canadian Evaluation Society, la American Evaluation Association y la Australian Evaluation Society. Se establecieron redes electrónicas de investigadores y evaluadores como Evatalk y XC-Eval. Se organizaron posgrados en evaluación de programas y surgieron los modelos de evaluación de insumos, contexto, proceso y producto el cual inició siendo un modelo de evaluación de programas en educación, pero que en varias actualizaciones fue proyectado como un modelo para evaluar programas de desarrollo, de servicio social y comunitario y de educación continuada en medicina.

Se puede concluir de esta tercera etapa que se toman en cuenta además de los esfuerzos realizados para lograr los objetivos, el contexto (social, histórico, geográfico), las estrategias generales de implementación y los procesos y resultados de impacto en la sociedad¹⁸. También se tienen en cuenta aspectos como la sostenibilidad, el seguimiento y la

¹⁶ Ver *El árbol de la evaluación*. Revista Mexicana de Investigación Educativa. Julio-Septiembre. Vol. 11, número 030. México, D.F, 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/140/14003018.pdf> P. 1101

¹⁷ Ver Correa Santiago, Puerta Antonio, Restrepo Bernardo, *Itinerario de la Evaluación de Programas como disciplina* en Investigación evaluativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES. Bogotá, 1996 P. 58

¹⁸ Ver *ibid.* P. 58

replicabilidad, temas de la evaluación que permiten además de analizar un programa, tener en cuenta sus beneficios y aspectos por mejorar.

A lo largo de la evolución de la evaluación de los programas sociales se presenta un análisis interesante en torno al hecho de que se pasó de tener una mentalidad que se ocupaba solo de los resultados para entrar a analizar los procesos por los cuales se llega a ellos. En esta medida muestra una visión distinta de las políticas públicas como construcciones y no como resultados. Esto es positivo en cuanto a que la evaluación no se limita a la consecución de objetivos, sino que va más allá para tener en cuenta el desarrollo de los procesos que se llevan a cabo en un programa teniendo en cuenta gran cantidad de variables (dependiendo la naturaleza del programa) que enriquecen el proceso evaluativo.

El presente trabajo se relaciona con una evaluación de las capacitaciones dictadas por el eje de salud basada en la estrategia AIEPI, la cual consiste en prácticas saludables para la prevención y promoción de la salud¹⁹. A continuación se llevará a cabo una breve explicación acerca del tema de la promoción de la salud, para posteriormente integrar este tema al desarrollo de la evaluación de programas.

La *promoción de la salud* ha representado un tema muy importante en las políticas de salud. En una aproximación de este concepto se presentan a autores como Thomas Mc Keown y Milton Terris, quienes durante la década del 80, hicieron evaluaciones relacionadas con temas que afectaban directamente la salud. Sus ideas estaban enfocadas en proponer soluciones de mejoramiento a los problemas como las altas tasas de mortalidad que se estaban presentando en los Estados Unidos y en promover la salud como un elemento fundamental para el bienestar de la población.

Las ideas de los autores expuestos anteriormente, junto con el de otros teóricos fueron transformadas en varias convenciones internacionales. Como resumen de todas ellas se celebró la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en la ciudad de Ottawa en el año de 1886 donde se definió la Promoción de la Salud como “el

¹⁹ Sobre la estrategia AIEPI se profundizará en el siguiente capítulo

proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”²⁰.

En el texto *Evaluación de efectividad en promoción de salud*, se expone que esta definición implica una acción permanente, que involucra a todos los actores de la sociedad, con una intencionalidad de fortalecer las capacidades y habilidades de los individuos y grupos por medio de un proceso social y político. Este proceso se convierte en el centro de la acción y, por consiguiente, de la evaluación en promoción de salud²¹. Esta conferencia fue una respuesta a la demanda de una nueva concepción de salud pública en el mundo, que consistía en establecer un compromiso político relacionado con el tema.

Durante la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se promulgó una Carta por medio de la cual se establecieron cinco áreas de promoción de la salud, interconectadas entre sí y que toma en cuenta a todos los sectores de la sociedad. Las cinco áreas se encuentran relacionadas con el desarrollo de competencias personales para tomar decisiones saludables; el fortalecimiento de la participación de las personas y de las acciones comunitarias en acciones y decisiones concernientes al área de la salud; el reordenamiento de los servicios de salud para dar un mayor énfasis a las posibilidades que brindan las instituciones de atención sanitaria; la generación de ambientes favorables en dimensiones sociales y físicas como la conservación de los recursos naturales y la protección de ambientes naturales como de los artificiales; y la formulación de una política pública que combine enfoques complementarios entre los que se encuentran las medidas fiscales, los cambios organizativos, el sistema tributario y la legislación.

En el marco de la Carta de Ottawa se han desarrollado numerosos proyectos y estrategias para promover el tema de la salud. Uno de ellos es la Estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) la cual fue elaborada en el año 1996 por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y la cual tiene como objetivo representar una alternativa para disminuir la

²⁰ Ver Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>

²¹ Ver Hacia la Búsqueda de efectividad en Promoción de la Salud en América Latina

mortalidad y la morbilidad de los niños menores de cinco años²², la cual fue aplicada en el caso de estudio.

La estrategia ha sido implementada en varios países de la región. Uno de ellos es Bolivia, país donde se llevó a cabo el programa “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI) en Servicios de Salud, 1999.²³ Durante la aplicación de la estrategia en la población seleccionada (los distritos rurales Valles Cruceños, Chiquitania Centro en Santa Cruz y Altiplano Valle Sur en La Paz) se realizaron actividades como la capacitación de facilitadores, la realización de una encuesta de línea base en los distritos seleccionados para la aplicación del programa, y la capacitación de personal operativo y seguimiento a los capacitados que permitieron a partir del segundo semestre de 1997, que los servicios de salud de la población beneficiaria iniciaran la atención de niños y niñas menores de 5 años siguiendo los lineamientos de la metodología AIEPI.

En torno a la experiencia boliviana se desarrolló una evaluación enfocada en varios objetivos: tener un conocimiento de la calidad de atención al niño menor de cinco años, identificar los obstáculos que impiden la integralidad de la atención, y verificar la disponibilidad de equipamiento y medicamentos para la atención integral en servicios de salud de primer nivel en la población beneficiada. La evaluación se llevó a cabo en abril de 1999 y se basó en la visita de equipos de evaluadores para examinar el manejo de casos, la elaboración de una entrevista de la madre, la revisión al equipamiento de medicamentos y re-examinar al niño. Se tuvieron en cuenta 36 servicios de salud los cuales fueron escogidos aleatoriamente y se hizo una observación a 54 trabajadores de salud que atendieron 102 niños.

Los resultados de la evaluación reflejaron que las habilidades clínicas han mejorado en gran medida, siendo comparadas con la línea base del año 1997. La aplicación de la estrategia mostró que el enfoque de la consulta era integral lo cual reflejó un mejoramiento en la atención al menor de cinco años. Por medio de este enfoque, la madre y el personal que

²² El contenido de la estrategia será explicada con mayor profundidad en el capítulo segundo del presente trabajo de grado que trata sobre el tema de la contextualización.

²³ Ver Zamora Adalid, Cordero Dilberth, Mejía Martha, *Evaluación de la Estrategia “Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI) en Servicios de Salud*, Bolivia, 1999. en

atiende al niño pudo identificar enfermedades no reconocidas de manera habitual. También se presentó una disminución en el empleo innecesario de antibióticos.

De otro lado se encontraron debilidades relacionadas con la identificación y comportamiento hacia la clasificación de “anemia”, y se identificaron problemas con la disponibilidad de medicamentos y la vacunación en servicios. Luego del análisis de la información se diseñaron “talleres de devolución de la información” a los niveles operativos, los cuales lograron que el personal de salud planteara recomendaciones dirigidas a mejorar la aplicación de AIEPI en sus servicios.

1.4. Hacia una metodología de evaluación

En América Latina han presentado una gran variedad de enfoques de evaluación en el campo de la salud. Inicialmente se presentó un enfoque tradicional caracterizado por un marco positivista o hegemónico, en el cual se basaba en el cumplimiento de metas u objetivos. Sus resultados eran muy generales y no analizaban las diferencias individuales de los procesos. Este tipo de evaluación ha sido objeto de críticas, que lo han considerado como jerárquico, autoritario, con limitaciones teóricas y metodológicas.

Estas críticas se resumen en la síntesis de Sulbrandt (1997) quien señala que la evaluación de enfoque tradicional, la cual se centra en la obtención de metas, los impactos y los procesos tiene unos resultados que son muy poco cuestionados y sus conclusiones no se producen a tiempo para ayudar a la toma de decisiones en un proyecto. En esta medida sus resultados son ilegítimos e irrelevantes.²⁴

En contraposición al paradigma positivista, en la década de 1990 surgió en América Latina un método “emergente de evaluación” el cual adopta un enfoque cualitativo donde se tiene en cuenta su preocupación por valorizar los aspectos situacionales y contextuales, tomando en cuenta todas las variables de una evaluación. Es así como de una mentalidad basada en lograr

²⁴ Ver Mercado Francisco J; Hernández Nereyda; Tejada, Luz María; Calvo, Ana; Springett Jane, *Evaluación de Políticas y Programas de Salud. Enfoques Emergentes en Ibero América a principios del siglo XXI*.

resultados, se dio paso a un análisis de los procesos por los cuales se llega a ellos. Concluyendo el argumento, esto representa un factor positivo en cuanto a que las evaluaciones en América Latina empiezan a tener en cuenta el desarrollo de los procesos, trascendiendo la simple consecución de objetivos.

Durante esta década se difundieron numerosos modelos de evaluación emergente a nivel regional, los cuales se asemejan en su contraposición a los modelos tradicionales y en que proponen ir más allá de una concepción instrumental de la evaluación. El método de evaluación emergente más empleado en el área de salud a nivel regional ha sido el modelo de evaluación participativa.

1.4.1 La evaluación participativa

Por estar aplicada a métodos de recolección de datos y de facilitación para que las poblaciones puedan identificar los problemas que se plantean en ellas, analizarlos y encontrar soluciones, la evaluación participativa es una herramienta eficaz y pertinente para la evaluación de un programa.

Su propuesta se basa en el reconocimiento de la importancia de tener en cuenta a todos los actores en las evaluaciones de programas de salud. En este sentido su crítica hacia la evaluación tradicional es que está enfocada hacia los resultados de los programas pero dando prioridad a la mirada de uno de los autores (siendo denominados profesionales o expertos). No obstante, ese interés excluye los valores, puntos de vista, las prácticas y las experiencias de otros grupos y agentes sociales.

En la evaluación participativa todos los agentes involucrados en el programa realizan la evaluación del programa diariamente, reforzando de esta manera el fomento del aprendizaje por parte de los participantes mediante el propio proceso evaluativo. Se puede establecer de esta manera que este tipo de evaluación afecta al “cómo se evalúa” y al “quién se evalúa”, y todos los actores están vinculados al sistema de evaluación. Por medio de esta evaluación se pretende de igual forma lograr varios elementos como un aprendizaje individual y grupal. Briones (1995) afirma:

“Desde luego no existe ninguna investigación empírica, en la que no haya algún grado de participación de sus actores: desde la voluntad de ser observados hasta responder cuestionarios o someter a entrevistas en profundidad. Sin embargo, en la evaluación participativa, la idea es que las personas que pertenecen al programa tomen en sus manos las tareas que implican un estudio de este tipo, con claras ventajas para ellos en lo que toca a lograr los propósitos buscados: aprendizaje grupal e individual, autorrealización, etc,... y para el programa, mejor determinación de los problemas, propuesta de soluciones realistas, mayor compromiso de los usuarios, tanto con los objetivos de la evaluación como con las soluciones”²⁵.

Como ejemplo de este tipo de evaluación, se presenta el trabajo de Diaz y Hofbauer (2004) quienes realizaron una evaluación al grado en el cual se destinan los recursos públicos para disminuir la mortalidad materna en México. Los autores subrayaron la necesidad de promover una organización que tuviera en cuenta a distintos grupos sociales con experiencia en temas de salud reproductiva y mortalidad materna. Por ello tuvieron contacto con activistas y expertos, trabajaron con miembros de organizaciones de la sociedad civil y con funcionarios gubernamentales y tuvieron información directamente del campo. En este proceso evaluativo se presentó una colaboración activa de todos los actores sociales involucrados en el programa con quienes se crearon estrategias de presión, colaboración y organización²⁶.

1.4.2. Justificación de la adopción de la evaluación participativa

En el presente trabajo de grado tomé en cuenta el método de evaluación participativa para realizar la evaluación a las capacitaciones realizadas por el eje de salud a las madres comunitarias de la localidad de Usme. Reafirmando los argumentos anteriormente expuestos, por medio de este enfoque pude abarcar a todas las personas que participaron en un programa (actores institucionales como actores locales), lo cual, desde una perspectiva sociológica, me permitió entrar a analizar de una manera más profunda los comportamientos de todos los participantes. En este sentido herramientas como las entrevistas, la observación participante y los grupos focales proporcionan elementos valiosos que me ayudaron a identificar como socióloga los comportamientos de todos los actores involucrados para así establecer conclusiones desde la mirada participativa de los actores.

²⁵ Investigación evaluativa. P. 110

²⁶ Ver Evaluación de Políticas y Programas de Salud. Enfoques emergentes en Ibero América a principios del siglo XXI. P. 8

Entrando en una profundización desde el enfoque sociológico, este método evaluativo representa una perspectiva metodológica interesante, porque por medio de él se pueden construir hipótesis valideras a partir de la conjunción de opiniones de todas las personas que participaron en un programa. De esta forma se encuentra en directa relación con la sociología, siendo un campo de la ciencia que estudia a la sociedad humana en su conjunto.

Si en esta evaluación no se incluyera a todos los miembros de un programa, considero a nivel personal que no se haría un análisis claro y objetivo. Por consiguiente, no tendría una relación directa con la perspectiva sociológica la cual estudia a los grupos sociales en su conjunto para la formulación de teorías e hipótesis.

Durante la observación participante, la cual se apoya en el diario de campo, tuve presente siempre el comportamiento de las madres comunitarias, no sólo su participación durante las capacitaciones sino también sus comportamientos o actitudes durante los descansos de los talleres.

En las entrevistas que realicé a varias de ellas también pude observar y analizar sus comportamientos en su cotidianidad. La entrevista individual estructurada que se caracteriza por la preparación de antemano de un cuestionario guía que cumple varias funciones las cuales protegen la estructura y objetivos de la entrevista, fue una herramienta muy útil que no presentó ninguna dificultad. Tanto las madres como capacitadoras y la coordinadora del proyecto son personas con una personalidad sencilla y amable, lo cual facilitó el tiempo de la realización de las entrevistas.

Debe tenerse en cuenta que la elaboración del cuestionario siempre estuvo pensado en el objetivo general y objetivos específicos de mi investigación, por lo cual siempre me permitió darle un enfoque claro a la realización de las preguntas. Por consiguiente, la información captada de las entrevistas constituyó un elemento valioso para el análisis de los datos.

En la primera parte de las entrevistas se les preguntó a las madres por las razones que las llevaron a convertirse en madres comunitarias, su experiencia en este campo y sus percepciones acerca de las capacitaciones recibidas por parte del ICBF. Posteriormente, en una segunda parte se indagó acerca de sus percepciones sobre el programa de desarraigados,

sobre el rol de las capacitadoras y en general sobre todo el proceso llevado durante los talleres.

Aunque en el grupo focal, herramienta por medio de la cual se recoge información de forma grupal y se va enriqueciendo y reorientando conforme avanza el proceso investigativo, sólo contó con la participación de seis madres comunitarias, no fue un impedimento para que su realización fuera exitosa ya que todas las madres participaron activamente debatiendo constantemente ideas acerca de los temas tratados, los cuales estuvieron enfocados principalmente en su percepción de las capacitaciones recibidas por parte del eje de salud del programa.

El corpus de datos que tomé en cuenta para la realización de mi análisis en el presente trabajo fue el siguiente:

En la elaboración del capítulo segundo recolecté información de las siguientes fuentes: para el tema del surgimiento y desempeño de las madres comunitarias tomé información del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar así como de una tesis título de grado publicada por la Universidad Externado de Colombia que evaluó la percepción de un grupo de madres comunitarias sobre las capacitaciones llevadas a cabo por el ICBF. El Ministerio de la Protección Social brindó información y documentos sobre la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia; el proyecto de desarraigados me suministró el documento de la convocatoria de la Comunidad Europea y en el cual se presentan los objetivos, justificación y contextualización del mismo. Por último, el documento de la Secretaría de Salud sobre la situación de la localidad de Usme representó un aporte valioso para el trabajo porque brindó información acerca de las características de la localidad, incluyendo sus principales problemáticas, y sus niveles de mortalidad y morbilidad.

En el capítulo tercero tomé como referencia el documento de la línea base, el cual expone el resultado de los talleres desde la perspectiva institucional así como las entrevistas realizadas a las capacitadoras y a la coordinadora del programa.

Por último, realicé un trabajo etnográfico en la zona del Danubio de la localidad de Usme basado en entrevistas, un grupo focal y observación participante en los talleres del programa y

una observación no participante con madres comunitarias el cual me proporcionó información valiosa para la redacción del capítulo cuarto que se refiere a la percepción de las madres sobre las capacitaciones del eje de salud.

1.5 Algunas conclusiones

En el presente capítulo realicé un marco-metodológico en el cual señalé varios aspectos relacionados con la evaluación de programas. Expuse varias definiciones, elementos característicos, así como una evolución de la evaluación de programas.

Paralelo a ello, y como mi trabajo se basa en una evaluación de un programa de salud, expuse el panorama en el cual surgió la promoción de la salud el cual concluyó en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. En ella se promulgó la Carta de Ottawa, a partir de la cual han surgido varias propuestas para la promoción de la salud como la estrategia AIEPI, la cual fue la base metodológica para la realización de las capacitaciones por parte del eje de salud del programa de desarraigados.

Más adelante profundicé en la evaluación participativa como el tipo de evaluación que iba a tener en cuenta para la realización del presente trabajo de grado y la cual consiste en tomar en cuenta la opinión de todas las personas que participan en un programa determinado. Desde mi análisis sociológico, el tener en cuenta todos los actores involucrados en el programa me permite analizar el programa con mayor profundidad y solidez.

La adopción de la evaluación participativa para evaluar el eje de salud del programa de desarraigados vendrá acompañada de algunos elementos señalados en la parte inicial del capítulo. Uno de ellos es que el concepto de evaluación se encuentra relacionado con la investigación y la valorización de la relevancia social de un programa. De esta forma ofrece un análisis acerca de los procesos que se desarrollan en el mismo y posibilita el analizar sus aspectos positivos y negativos.

De igual forma tomé elementos de la evaluación ex post enfocada en los resultados. Es así como en el presente trabajo recolecté los testimonios de todas las personas que participaron en el programa para realizar un recuento de las actividades hechas por el eje de salud. A partir de este repaso tendré en cuenta elementos necesarios para analizar los elementos positivos y

negativos de las capacitaciones, y así realizar un balance de las deficiencias y logros del programa.

De igual forma haré un análisis sobre el impacto de las capacitaciones. En este sentido examinaré si a partir de los talleres se podría llegar a un buen proceso de réplica de la información.

Como conclusión final subrayo que a partir de los elementos que encontré en las capacitaciones tendré herramientas para decir si las actividades desarrolladas por el eje de salud del programa fueron desarrolladas a partir de los objetivos establecidos desde un inicio y si esas acciones causaron cambios deseados para las metas de impacto finales del programa.

CAPITULO 2

Hacia un proceso de contextualización

El presente capítulo busca elaborar y exponer algunos elementos de contexto y de antecedentes que serán útiles para alcanzar los objetivos planteados en el capítulo primero, los cuales tienen como principal fundamento realizar una evaluación de las capacitaciones basadas en la estrategia AIEPI desde una mirada institucional y desde las directamente beneficiarias del programa (las madres comunitarias).

A continuación haré una descripción del programa, de sus tres ejes, sobre la localidad de Usme y de la justificación de tomarla como territorio prioritario de acción. Más adelante describiré en detalle el eje de salud (en el cual colaboré como pasante) y a las madres comunitarias, beneficiadas del programa. En un apartado final expondré mi labor en el eje de salud.

2.1 Descripción y características del programa

El programa de *Acción Integral de Atención a Poblaciones Desarraigadas en la Localidad de Usme en Bogotá y las Comunas 3 y 8 de Medellín* nació de la iniciativa de varias entidades para realizar acciones en torno al fortalecimiento del tejido social de la población en estado de desplazamiento. A continuación se hará una descripción de las entidades y las personas que participaron en la ciudad de Bogotá (donde participé como pasante).

OLC (Oportunidad Latinoamérica Colombia) es una Entidad no Gubernamental (ONG), sin ánimo de lucro de carácter micro empresarial, la cual consagra su trabajo a programas de micro-crédito y desarrollo social y económico a través de metodologías crediticias. Estas metodologías consisten en grupos de confianza (se brinda un crédito a grupos de 15 a 35 personas) y créditos individuales los cuales son combinados con consultorías técnicas y de una supervisión por parte de la institución. Durante su participación en el programa de desarraigados, la entidad brindó créditos a varios habitantes de la localidad de Usme, para

lograr así uno de los objetivos del programa basado en un auto sostenimiento económico de la población.

El Jardín Botánico de Bogotá, centro de investigación y de desarrollo científico, que desde el año 2001 ha implementado programas de capacitación en agricultura urbana, tuvo su participación en el programa por medio de la conformación de grupos de personas desarraigadas y habitantes de la localidad que cultivaron productos agrícolas que posteriormente fueron comercializados. Estas acciones estuvieron acompañadas de una asistencia técnica por parte de la institución hacia los grupos poblacionales beneficiados.

Por medio del eje de cooperación internacional de la Cancillería, la Universidad del Rosario ha desarrollado proyectos académicos, sociales y de fortalecimiento institucional con la financiación de diversas instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Unión Europea (UE). Además del programa de *Acción Integral de Atención a Poblaciones Desarraigadas en la Localidad de Usme en Bogotá y las Comunas 3 y 8 de Medellín*, en la Cancillería se encuentra el programa *Escuelas que educan y sanan* desarrollado por profesores de la Facultad de Administración que trabaja con las secretarías de educación de Bogotá y Medellín, en los procesos de formación de niños afectados por la violencia.

La participación de la Universidad en el programa de desarraigados se enfocó en el eje de fortalecimiento institucional, que consistió en un acompañamiento y fortalecimiento a las organizaciones sociales presentes en la localidad para mejorar la oferta y prestación de servicios a las comunidades desarraigadas.

Por último, el programa contó con la participación de Yaira Pardo y Johana Ocampo, enfermera y médica respectivamente, quienes tienen una larga trayectoria en el área comunitaria, y su experiencia profesional se enfoca en la promoción de la salud para prevenir enfermedades. La participación de las dos profesionales en el programa consistió en la capacitación de las madres comunitarias de la localidad de Usme en la estrategia AIEPI (la estrategia será explicada en el presente capítulo posteriormente).

El objetivo del programa fue trabajar de forma integral en la reconstrucción del tejido social de la localidad de Usme en Bogotá y de las comunas 3 y 8 de Medellín²⁷. Según investigaciones realizadas por el programa, Bogotá es una de las principales receptoras de población desarraigada del país²⁸. Los grupos de personas que llegan a la ciudad se caracterizan por ser campesinos, trabajadores y grupos étnicos que buscan nuevas opciones de vida y de trabajo para superar las condiciones de vida que tenían en sus lugares de procedencia.

Esta problemática suscitó una crítica del programa frente al papel Estado, puesto que considera que no ha respondido de forma efectiva a las necesidades de estos grupos de población. Según su observación de impactos de los programas y proyectos que se han ejecutado en la localidad por parte de instituciones públicas, el programa consideró que estos no han logrado generar condiciones que resuelvan de forma permanente las necesidades puntuales de las poblaciones desarraigadas. En esta medida, el Estado no cuenta con servicios institucionales y básicos suficientes para recibir a estos grupos poblacionales²⁹.

Habiendo analizado los elementos descritos anteriormente, se evidenció la necesidad de proponer una intervención que resolviera los problemas concernientes a la oferta de servicios, para lograr así una reconstrucción del tejido social de las poblaciones desarraigadas beneficiadas.

En esta medida el programa buscó realizar acciones de desarrollo social y económico. Además de destacar la importancia de fortalecer las organizaciones sociales y las instituciones públicas, con el fin de que estas pudieran trabajar conjuntamente en acciones que promuevan el bienestar de las poblaciones desarraigadas.³⁰

²⁷ Como señalé anteriormente mi colaboración en el programa se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá. Por tal motivo, todos los elementos que se analicen y evalúen a continuación sólo se enfocarán en la localidad de Usme de la ciudad capital.

²⁸ Según el Sistema Unico de Registro, a Junio de 2006, el número de personas desplazadas a Bogotá fue de 120.059.

²⁹ Ver Formulario de Solicitud de Subvención enviado por la Cancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea. Universidad del Rosario. Bogotá, 2006

³⁰ Ibid.

Indira López, coordinadora del programa afirma:

“Nuestro interés consiste en mejorar la calidad de vida de la población desarraigada y la población que la recibe y tratar de fomentar como un efecto más indirecto la integración de los desplazados a su sitio de acogida y fortalecer ese tejido social comunitario. Estamos apuntando a eso por medio de mejorar la calidad de ingresos a través de crédito y agricultura urbana, de mejora de calidad de salud y de fortalecimiento de organizaciones sociales. A partir de esas estrategias estamos buscando mejorar la calidad de vida de las personas tanto desplazadas como receptoras y así fortalecer la política pública de atención a población desplazada del Estado colombiano”³¹.

Tal como lo expuso López, el programa está conformado por tres líneas estratégicas: *fortalecimiento institucional y comunitario, generación de ingresos y educación para la Salud.*

2.1.1 Eje de Fortalecimiento Institucional y Comunitario:

El objetivo del eje de fortalecimiento institucional y comunitario se basó en transformar las organizaciones sociales acompañando la realización de planes de mejoramiento de las asociaciones, con el fin de desarrollar procesos de autogestión, que brinden mejores servicios a las poblaciones desarraigadas.

“El proceso de fortalecimiento institucional y comunitario fue propuesto de manera tal que las organizaciones contaran con una capacidad de gestión y articulación que les permita por una parte una mayor interacción con las instituciones públicas, y por otra una mayor incidencia en la definición y modificación de políticas públicas”³².

De esta forma el eje se enfocó en mejorar el grado de integración entre la acción pública y la del sector social para mejorar la coordinación en la oferta y gestión de servicios a las familias desarraigadas y a la población vulnerable.

³¹ Entrevista realizada a Indira López, coordinadora del programa en la ciudad de Bogotá el día 16 de Enero de 2008.

³² Formulario de Solicitud de Subvención enviado por la Cancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea. Universidad del Rosario. Bogotá, 2006

Para llevar a cabo estas temáticas, el eje realizó un acompañamiento a las organizaciones sociales por medio de capacitaciones. El contenido de estos talleres se basaron en planes de mejoramiento que incluyeron un componente de gestión, un componente organizativo, un componente de planeación estratégica, un componente financiero y un componente de relaciones e integración con el entorno, con énfasis en relaciones ínter organizacionales y de relación con el Estado.

Luego de la realización de estos talleres, el equipo del eje de fortalecimiento realizó un monitoreo a las organizaciones sociales para reforzar los conceptos enseñados durante los talleres. De la misma forma, durante su acompañamiento, el equipo resolvió las dudas de los beneficiados sobre el contenido de los talleres por medio de charlas inductivas.

2.1.2 Eje de generación de ingresos:

El eje de generación de ingresos enfatizó en la necesidad de tener una base económica para garantizar las condiciones de subsistencia y mejoramiento de la calidad de vida de la población desarraigada. De esta forma propuso la realización de actividades que permitieran generar ingresos para la estabilización socio-económica de esta población, a partir de dos componentes: emprendimientos económicos y agricultura urbana.

El componente de emprendimientos económicos se basó en programas de micro-crédito y desarrollo social y económico llevados a cabo a través de metodologías crediticias. Las personas que optaran por participar en el componente fueron organizadas por miembros del equipo de OLC en grupos de fianza solidaria que “son organizaciones comunitarias conformadas por mínimo de 15 personas mayores de edad, quienes tienen necesidades económicas similares, viven en la misma área geográfica, tienen un negocio ya establecido y cuenta con una reputación de personas honestas y responsables”³³.

Las aplicaciones de crédito fueron estudiadas por expertos del equipo de OLC y luego aprobadas según el caso se realizó el proceso de desembolso. Posteriormente el grupo que

³³ Ver <http://www.olc.org.co/es/inicio.htm>

accedió al crédito tuvo reuniones semanales para recaudar la cuota del crédito. De la misma forma recibió capacitaciones permanentes por miembros de OLC sobre temas relacionados con administración, finanzas, mercadeo y producción. Al finalizar el ciclo de crédito, los beneficiarios pudieron acceder a créditos más altos para sus negocios y recibir más capacitaciones de gestión empresarial.

El eje de generación de ingresos también contó con el componente de agricultura urbana, la cual fue una actividad realizada por el Jardín Botánico. El desarrollo de este componente se enfocó en el cultivo de productos agrícolas por parte de las personas desarraigadas y habitantes de la localidad del programa en huertas orgánicas que luego serían comercializados para así contribuir a un proceso de generación económica hacia las personas beneficiadas.

El componente inició con la organización de los beneficiarios y la conformación de grupos que se realizó por medio de un estudio previo por parte del programa de potenciales beneficiarios a partir de un examen detallado de los habitantes de la localidad. Con los grupos seleccionados los funcionarios que trabajaron en el componente realizaron actividades relacionadas con la producción de compost (abono orgánico), la producción agrícola y la comercialización de los productos cultivados.

En una segunda fase, luego de un estudio de mercado realizado por los funcionarios del Jardín Botánico, los cultivos fueron comercializados a grupos potenciales de consumidores como comedores comunitarios, consumidores/compradores de plazas de mercado convencionales y de productos orgánicos.

En esta medida el componente buscó que los cultivos tuvieran una rentabilidad económica que permitiera la generación de ingresos a la población que participó en el programa. El programa llevó una asistencia técnica a los grupos de forma permanente en donde se discutió con cada uno sobre las actividades llevadas a cabo.

2.1.3 Eje de servicios básicos: educación para la salud

El eje de salud se centró en intervenciones para garantizar la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la formación en cuidados primarios de salud realizada permanentemente por mujeres líderes al interior de la comunidad.

Entre sus actividades se encontró la capacitación de 220 mujeres animadoras y promotoras comunitarias de salud. Los temas de la formación fueron: promoción de la salud, cuidados primarios, salud sexual y reproductiva, salud prenatal, salud materno-infantil y vacunación, higiene, alimentación-nutrición de la madre y el niño y la prevención de la violencia familiar. Una vez realizadas las capacitaciones, las mujeres debían replicar el proceso de capacitación a 10 madres de su comunidad, con la ayuda de un proceso de seguimiento y monitoreo por parte de las capacitadoras del programa.

El eje también propuso trabajar con los actores institucionales de la localidad de Usme para establecer mecanismos que promovieran el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de la localidad. En este sentido el eje tenía como objetivo entablar lazos con todas las cabezas importantes de la localidad para trabajar sobre los problemas estructurales que se presentaban en la misma.

Durante la entrevista realizada a principios de año a la coordinadora del programa, la funcionaria comentó:

“El programa lleva un año y ha tenido bastantes logros, pero también bastantes dificultades de coordinación porque es grande, dos ciudades, con varias entidades que la ejecutan. Hemos aprendido mucho trabajando juntos cosa que no es siempre fácil porque son entidades muy diferentes, entonces todo lo que es coordinación y planeación evidentemente no ha sido sencillo, pero pienso que hemos logrado en la manera en que se ejecuten las acciones tal y como estaban previstas y pues a partir de marzo, época en la cual ya llevaremos un año de ejecución, ya podremos medir algún impacto dentro del programa”.

Para mediados del presente año el programa ya había realizado una evaluación de las actividades llevadas a cabo en sus tres ejes. Sin embargo, a la información contenida en esta evaluación no se pudo tener acceso por políticas internas del programa.

A continuación, luego de una explicación basada en las razones por las cuales se tomó a Usme como territorio prioritario de acción, profundizaré en el eje de salud del programa, eje en el

cual colaboré como pasante y del cual realicé una evaluación para el presente trabajo de grado.

2.2 Usme, zona prioritaria de acción

Por ser Usme el lugar donde desarrollé mi pasantía dedicaré esta parte especialmente a la caracterización de esta zona.

Bogotá junto con Medellín son los dos principales centros urbanos receptores de población desarraigada del país, situación que se agudiza constantemente por la migración masiva de familias que huyen diariamente del conflicto armado. El Sistema Único de Registro muestra que a Junio de 2006 el número de personas desplazadas llegadas a Bogotá fue de 120.059. Durante el período comprendido entre enero de 2001 y octubre de 2002, un 8,2% de desplazados que llegaron a Bogotá se ubicaron en la localidad de Usme, siendo esta la localidad que alberga más población desplazada en la ciudad.³⁴

Los datos muestran una tendencia al no retorno, dando lugar a nuevos grupos de pobres asentados en la ciudad de manera definitiva, integrados en su mayoría por trabajadores, campesinos y grupos étnicos, que en los espacios urbanos no encuentran opciones de vida y de trabajo que les permitan mantener o superar las condiciones de vida que tenían en sus lugares de origen, siendo los niños y las mujeres los principales afectados por el fenómeno.

Bogotá, presenta un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del 50.9% y condiciones de indigencia de un 14.6%³⁵. Esto se caracteriza por la alta vulnerabilidad económica y social de la población que se encuentra en las zonas donde el acceso y cobertura de servicios públicos son incompletos, y a las que los desarraigados llegan a extender los cinturones de miseria, afrontando una situación de doble vulnerabilidad para estas poblaciones.

³⁴ Ver Formulario de solicitud de subvención enviado por la Cancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea

³⁵ Ver Secretaría de Hacienda Distrital- Encuesta de Calidad de Vida 2003

Se estima que para el año 2002, la localidad de Usme estaba compuesta por una población de 259.189 personas, que representaba el 3,91% del total de población de Bogotá. Predomina la población joven donde el 35% de los habitantes son menores de 15 años, el 2,8% corresponden a niños menores de 1 año y el 10,4% a niños entre 1 y 4 años. En lo concerniente al género, la localidad está conformada por un 51,13% de mujeres y un 48,87% de hombres.³⁶ Un alto índice de desempleo afecta en gran medida a los habitantes porque del 100% de personas jóvenes en edad de trabajar, el 71% se encuentran desempleadas o trabajando en el sector informal sin garantías. Las mujeres son las principales afectadas con tasas de desempleo mayores al 50%.³⁷

Usme presenta varias zonas de riesgo para los habitantes de la localidad por la falta de mecanismos de control respecto a los territorios explotados por parte de las industrias. De otro lado las curtiembres afectan las fuentes hídricas de la zona.

Otro de los problemas de la localidad ha surgido a partir del derrumbe del relleno sanitario de Doña Juana pues de allí se emiten gases tóxicos, como el ácido sulfhídrico y el metano que contaminan el aire que respiran los pobladores del sector, exponiéndolos a enfermedades y generando olores nauseabundos. De otro lado se presenta la emisión de lixiviados que provienen del enterramiento de la basura y de los residuos especiales como los tóxicos y los hospitalarios que contaminan el aire, los suelos y el agua, previéndose un gran riesgo ambiental para la localidad.

Los riesgos ambientales descritos anteriormente han generado graves consecuencias para la mortalidad infantil. En el período 1999 a 2002 se presentó una alta tasa de mortalidad infantil, especialmente en el período perinatal, debido a trastornos respiratorios, seguido por las malformaciones congénitas circulatorias. En los niños de 1 a 4 años, la principal causa de mortalidad fue la neumonía, seguida por los accidentes de obstrucción de las vías respiratorias; por su parte, en los niños de 5 a 11 años las causas más frecuentes de muerte fueron homicidios, accidentes de tránsito y caídas. En este tema, la población infantil se ha

³⁶ Ver Secretaría de Hacienda Distrital- Encuesta de Calidad de Vida 2003

³⁷ Ver Formulario de solicitud de subvención enviado por la Caancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea

visto afectada por enfermedades como infecciones respiratorias agudas, la enteritis y las neumonías.

La zona del Danubio es la que mas presenta ingresos hospitalarios por estas enfermedades. Como patrón de enfermedad, la violencia intrafamiliar se manifiesta en la localidad como de tipo emocional, y es más usual para el grupo de edad de 5 a 10 años y pasando esta edad la violencia se desplaza hacia las mujeres.

Las entidades encargadas de la formulación del programa (Universidad del Rosario, OLC y Jardín Botánico) señalaron que debido a la grave problemática del desplazamiento y la baja capacidad del Estado para atender las necesidades de estos grupos de población de manera efectiva, Bogotá no cuenta con servicios básicos e institucionales y equipamientos urbanos suficientes para recibir a estos grupos de población. A pesar de que Usme es la cuarta localidad receptora de desplazados en número, no cuenta con la misma cantidad de instituciones y programas de atención a la población desplazada que en las otras localidades, razón por la que el programa planteó una intervención que lograra equiparar los niveles de atención y compensara de manera parcial la tasa de cubrimiento de servicios dirigidos de manera prioritaria a esta población objetivo.

De esta manera el programa planteó la necesidad de una forma de intervención efectiva basado en los tres ejes de intervención descritos anteriormente para aportar en gran medida en la reconstrucción del tejido social de la localidad de Usme.

En el eje de salud especialmente el programa tomó a las madres comunitarias como potenciales agentes que pueden propagar en la comunidad herramientas eficaces para prevenir las enfermedades y así contribuir en la generación de un ambiente saludable. Así, se propuso, por medio de la estrategia AIEPI, capacitar en 16 prácticas saludables a las madres comunitarias para que estas repliquen esa información a 10 personas más de su comunidad, logrando así que una gran cantidad de habitantes tengan herramientas eficaces para prevenir y disminuir las enfermedades.

2.3 Madres comunitarias

Por ser un canal para llegar a la población desplazada, las madres comunitarias de la localidad de Usme y de las Comunas 3 y 8 de Medellín fueron los sujetos tomados en cuenta para llevar a cabo el eje de salud del programa. Teniendo permanentemente un trabajo directo con la comunidad, las madres fueron escogidas por ser herramientas eficaces para brindar una ayuda efectiva a la población en estado de vulnerabilidad. La coordinadora del programa señala que por atender a niños en situación de desplazamiento, a las madres se les considera población desarraigada:

“Las madres comunitarias hacen parte de la definición de desarraigado en cuanto a que es una población receptora porque en sus jardines hay niños desplazados, entonces de alguna manera están recibiendo población desplazada y que tiene contacto con los padres. Por consiguiente dentro de sus jardines ellas tienen que ver con niños y padres desplazados”³⁸.

Frente a la afirmación de la coordinadora del programa se presenta una crítica en relación con la designación de las madres comunitarias como población desarraigada. Teniendo en cuenta la definición de desarraigado expuesto en la introducción³⁹, las madres comunitarias no hacen parte de esta designación porque la mayoría de ellas llevan viviendo toda su vida en la localidad, en ningún momento han sido expropiadas de su territorio, y conservan sus núcleos familiares.⁴⁰

En su larga trayectoria en el cuidado de los niños menores de cinco años de la localidad, se puede afirmar que estas mujeres ya se encuentran integradas a la comunidad y por ello pueden facilitar la multiplicación de conocimientos, pues tienen un rol social ya reconocido.

En relación con la población en situación de desarraigo las madres, al tener una larga trayectoria como cuidadoras de niños y niñas menores de cinco años, pueden generar

³⁸ La realización de las entrevistas a las madres comunitarias se llevó a cabo entre los días 11 y 12 de Enero del presente año.

³⁹ La población desarraigada se caracteriza por ser personas que se desplazaron desde sus lugares de origen hacia otros territorios. Se presenta así un desarraigo evidenciado con la ruptura del contexto social, político, cultural, donde se presenta la pérdida de bienes muebles e inmuebles, fragmentación del hogar, pérdida de medios para la subsistencia, propensión a enfermedades y marginalización e inseguridad alimentaria.

⁴⁰ Sobre la caracterización y modo de vida de las madres comunitarias se profundizará en el cuarto capítulo del presente trabajo.

espacios propicios para que los niños en situación de desarraigo que llegan a sus jardines puedan tener un proceso de integración con los otros niños de los hogares comunitarios. De la misma forma estas mujeres representan canales de comunicación para los padres desarraigados con otros padres de la localidad.

La figura de madres comunitarias inició en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuando surgieron los primeros hogares de bienestar, *“un conjunto de acciones del Estado y de la comunidad, orientado a propiciar el desarrollo psico-social, físico y moral de los niños menores de siete años pertenecientes a los sectores de extrema pobreza, por medio del estímulo y apoyo a su proceso de socialización y el mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de vida”*.

El origen de los hogares se remonta al año 1986 cuando el Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, aprobó el plan de lucha contra la pobreza absoluta y para la generación se empleó y definió como uno de los programas específicos el de *“Bienestar y Seguridad Social del Hogar”*, donde se inscribió el Proyecto de Hogares Comunitarios de Bienestar, para dar atención a la población infantil más pobre de los sectores sociales carentes básicos en zonas urbanas y núcleos rurales. En 1989 se sancionó la ley 89, donde se aumentó en un 1% el presupuesto de ingresos del ICBF provenientes de las nóminas mensuales y públicas, así como oficiales y privadas con destinación exclusiva para los Hogares de Bienestar.

En los Hogares Comunitarios de Bienestar se realizan acciones preventivas como la organización de los padres y proveedores, la conformación de los grupos de niños y la organización de las madres comunitarias quienes son seleccionadas para atender y cuidar niños en sus jardines.

Según el documento *Hogares comunitarios de bienestar familiar* la madre comunitaria es:

“Una persona de la comunidad que se vincula en forma solidaria y participa activamente en el desarrollo del programa. Es la responsable del hogar de bienestar, de la atención y cuidados de los niños, de su proceso de socialización y desarrollo emocional lo mismo que de su alimentación; la madre comunitaria vive en el sector y debe ser aceptada por los vecinos y padres usuarios, quienes tienen la misión de vigilar su labor como tal.”⁴¹

⁴¹ Ver Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), *Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar*.

Según Ruiz, madre comunitaria:

“En 1989 llegó Bienestar Familiar y nos comentó que iban a haber unos hogares de bienestar e hicimos un censo de la cantidad de niños que había en el barrio y las madres gestantes lactantes. Luego se hizo el proceso de escogencia de las madres comunitarias a quienes se nos suministró bienestarina y los refrigerios para los niños.”⁴²

Las madres atienden un máximo de 15 niños de su barrio de lunes a viernes durante el día; brindan medias nueves, almuerzo y onces a los niños y velan por su salud, dándoles buen trato, afecto y comprensión; por cada niño que atienden reciben una beca mensual; tienen derecho a préstamos del Instituto de Crédito Territorial para mejorar su vivienda; reciben en calidad de préstamo manejo de cocina, utensilios, mesas y otros recursos para la atención de los niños y promueven la participación de los padres de familia.

Las madres que son seleccionadas inician su proceso con una capacitación que les da el ICBF. Su contenido incluye temas como las características y necesidades del menor de siete años, la relación emocional con el adulto como necesidad básica del niño menor de un año, juego de roles para niños de tres a seis años, el papel del adulto en el desarrollo del niño, la organización de actividades con grupos de niños, elaboración y aplicación de instrumentos para la planeación de actividades diarias, entre otros.

Pardo, capacitadora del eje de salud del programa comenta que el contenido de las capacitaciones del ICBF no ha generado un impacto profundo en las madres:

“Ha sido mas una sobrecarga es decir, solamente darles talleres sin brindarles una evaluación de lo que ellas han aprendido, como lo han aprendido y si realmente eso les está aportando para ellas mismas para el cuidado de los niños. Simplemente es sólo por cumplir con un objetivo más del trabajo que ellos tienen”⁴³.

Por su parte Ocampo comenta:

“A las madres se les debe reconocer ese estatus que tienen porque todavía están subvaloradas en la categoría laboral. El ICBF ha avanzado en eso pero todavía le falta mejorarles las condiciones y eso implica un mejor salario, que tengan sus prestaciones, que tengan todas las condiciones e incluso que cualquier otra persona porque es que

⁴² Ver entrevista a Luz Dary Ruiz, madre comunitaria

⁴³ Entrevista realizada a Yaira Pardo, capacitadora del eje de salud, el día 21 de Enero de 2008

finalmente son las madres las primeras receptoras de la población de infancia y son nuestros niños y niñas que estamos dejando en manos de ellas”⁴⁴.

En opinión de las capacitadoras las madres comunitarias realizan un gran esfuerzo en el trabajo relacionado con el cuidado de los niños en sus jardines. Este trabajo no se ve compensado por una atención adecuada por parte de las instituciones estatales reflejado principalmente en los bajos salarios que reciben las mujeres.⁴⁵

El eje de salud del programa adoptó la estrategia AIEPI como base para el desarrollo de las capacitaciones a las madres comunitarias. Por medio de esta metodología se logran combinar elementos que permiten relacionar aspectos del contenido de las capacitaciones con la práctica que las madres tienen en el cuidado de sus jardines. Así mismo se establece una retroalimentación constante entre las capacitadoras y las madres donde una comunicación afable permite un contacto más íntimo en total sintonía con las necesidades de las cuidadoras de niños.

Pardo comenta: *“La ventaja que tiene la estrategia es que logra combinar un lenguaje muy técnico es decir que las personas puedan tener las herramientas necesarias para el cuidado de los niños, pero al mismo tiempo logra combinar esas prácticas diarias cotidianas que también influyen en el cuidado de los niños”.*

2.4 La estrategia AIEPI

Las capacitaciones recibidas por las madres se basaron en la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia). En el año 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propusieron la estrategia para mejorar la salud en la niñez, y como una forma de reducir la muerte y los episodios de enfermedad en los menores de cinco años debido a dolencias comunes y prevenibles, basándose para ello en un conjunto de acciones de diagnóstico,

⁴⁴ Entrevista realizada a Johana Ocampo, coordinadora del eje de salud realizada el día 19 de Enero de 2008.

⁴⁵ Sobre este tema se profundizará en el capítulo cuarto del presente trabajo.

tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de atención primaria de salud, como en el hogar y la comunidad.

La estrategia comprende tres componentes: uno local, uno clínico y otro comunitario. A continuación se profundizará en el componente comunitario el cual adoptó el programa de *Atención Integral a la Población Desarraigada de Usme y de las Comunas 3 y 8 de Medellín*.

En el desarrollo de esta estrategia la implementación del componente comunitario del AIEPI se introdujo dos años después de la implementación de los otros componentes (local y clínico). En 1997 en una reunión de agencias internacionales en República Dominicana se reconoció que solamente mejorando la calidad de atención de los niños enfermos en los servicios de salud se podría tener un limitado impacto en reducir la morbilidad y mortalidad infantil. Se propuso en esa reunión la necesidad de desarrollar una estrategia basada en la comunidad y en las familias para promover las prácticas familiares que son la clave para la supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil. En 1999 se hizo el lanzamiento oficial para los países de la región del componente AIEPI comunitario⁴⁶.

Considerando que el éxito en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de salud, la estrategia parte de la premisa que las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a sus niños.

El componente Comunitario propone que las familias incorporen Prácticas Saludables para el desarrollo seguro del niño protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando está enfermo, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda. Por medio de diversas reuniones y consultas regionales de ínter agencias (UNICEF, OMS, Banco Mundial, USAID, DFID, BASICS y ONG's) se llegó a un consenso de las prácticas familiares que se deberían promover. Globalmente 12 prácticas han sido identificadas, y la Región del Este y Sur Africano identificó cuatro prácticas adicionales para

⁴⁶ Esta información está contenida en la cartilla que representa el material de estudio para las madres comunitarias en el proceso de las capacitaciones.

la prevención del VIH/SIDA, prevención del abuso y accidentes en niños, y la participación de los padres en el cuidado de los niños.

En consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover 16 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micro nutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (Alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación de hombres), y búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos)⁴⁷.

La oferta comunitaria AIEPI incorpora la participación social a partir de un análisis de la realidad local y la planificación de base, y se resume en tres actitudes: convocar, participar y construir. En tal sentido, los organismos institucionales se encargan de llevar a cabo un proceso constante de convocatoria y movilización de las capacidades locales representadas por los actores sociales quienes después de un proceso de conocimiento de salud infantil, se comprometen y ponen a su disposición su red y recursos.

En el marco de la Asamblea del Milenio realizada en el año 2000 donde los estados miembros de Naciones Unidas aprobaron la “Declaración del Milenio”, en la cual todos los países se comprometieron a cumplir con los objetivos de desarrollo para el progreso de las naciones, en el año 2000 surgió la Alianza Regional AIEPI Comunitario, un convenio quinquenal entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Cruz Roja Estadounidense (ARC) y su Federación Internacional, Sociedades Nacionales y una amplia red de voluntario, con el objetivo de fortalecer la estrategia AIEPI en la región de las Américas, principalmente en las zonas más vulnerables. Es así como varios países implementaron proyectos de acción a nivel comunitario a través de redes de trabajo conjunto entre los actores locales, agentes comunitarios de salud, municipalidades y ONG’s. Esta Alianza fue implementada en once

⁴⁷ Ver Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI: marco conceptual en

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>

países: Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela⁴⁸.

En Colombia, el proceso inició en Antioquia en el año 2001 con una fase de experimentación piloto en los municipios de Medellín, Ciudad Bolívar y Turbo. Para el período de gobierno departamental 2004-2007, se contó con gran apoyo para la implementación de la estrategia AIEPI en los 125 municipios antioqueños⁴⁹. Se realizaron cursos clínicos donde se capacitaron 480 profesionales entre médicos y enfermeras y se realizaron cursos regionales de Organización local para la implementación de la estrategia.

En Cali la Secretaría de Salud Pública Municipal inició el proceso de la implementación de la estrategia en el segundo semestre de 2000, y desde su inicio ha estado incluida en los Planes de Desarrollo del Municipio, a través de los cuales se han gestionado recursos para su implementación, en los sitios que registran la mayor mortalidad infantil y de menores de cinco años. En la actualidad la estrategia es nacionalmente reconocida y es adoptada por varias organizaciones e instituciones con el fin de prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia. Pardo comenta que *“la ventaja que tiene la estrategia AIEPI es que es un lenguaje y lo que se espera realmente es la práctica de las personas, entonces eso hace que las personas no piensen que es una estrategia muy elaborada sino que realmente se llega a cambiar cosas muy cotidianas de las personas”*.

En opinión de las capacitadoras, la estrategia AIEPI representa una herramienta idónea para capacitar a las madres comunitarias. Teniendo en cuenta que las mujeres cuidan de forma permanente a los niños menores de cinco años en sus jardines, el contenido de las prácticas saludables representa una buena estrategia para prevenir enfermedades y promover cuidados en la salud las cuales pueden ser aplicados por las mujeres en sus jardines.

⁴⁸ Ver *Alianza Regional AIEPI Comunitario* en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-aiempi.ali.htm>

2.5 Mi papel dentro del programa

En la primera parte del programa que se llevó entre abril a agosto, el eje de salud capacitó a 220 madres comunitarias en distintas zonas de la localidad con base en la estrategia AIEPI. Durante este período de tiempo tuve la oportunidad de realizar mi práctica de sociología en la colaboración de la coordinación de dichas capacitaciones.

En primera instancia realicé un acompañamiento a las capacitadoras en su proceso de contactar a las madres para ser formadas en la estrategia AIEPI. En esta medida, junto con las talleristas recorrimos varios lugares de la localidad. Con la colaboración de funcionarios del Acueducto de Bogotá, quienes realizaban capacitaciones a las madres, las funcionarias pudieron contactar a las madres beneficiadas a quienes se les presentó el programa y específicamente el eje de salud⁵⁰.

Fui asistente durante el desarrollo de las capacitaciones. En este sentido, colaboré con la entrega del material a las madres (papelógrafos, lápices de colores, plumones, entre otros materiales). De igual forma, mis compañeras del eje de salud me asignaron una capacitación que dicté por mi propia cuenta, experiencia que fue bastante enriquecedora porque debía llegar a los sitios que se encontraban en direcciones que en muchas ocasiones era difícil de hallar. Afortunadamente siempre pude llegar a los lugares buscados lo cual me permitió tener un conocimiento más amplio de la ciudad.

Durante esta experiencia tuve la oportunidad de compartir con las madres comunitarias escuchando las problemáticas de su barrio. A nivel personal fue una labor gratificante porque pude tener un contacto más cercano con estas mujeres que representan una colectividad muy importante en cuanto a que por más de 15 años han cuidado a niños de escasos recursos de una de las localidades más pobres de la ciudad.

Durante mi labor en las distintas actividades descritas anteriormente, pude emplear las herramientas sociológicas de la observación participante y las entrevistas de las que tomé varios elementos valiosos para la realización del presente trabajo de grado.

⁵⁰ Sobre la forma como se contactaron a las madres comunitarias se profundizará en el tercer capítulo.

De otro lado, colaboré en el eje de salud por medio de la sistematización de la información basada en el número de madres con quienes se logró concertar capacitaciones. La información sistematizada fue de gran utilidad para el documento de línea base redactado posteriormente por las capacitadoras, en el cual se presentó un informe final de las actividades llevadas a cabo por el eje de salud durante la primera fase del desarrollo del programa.

Considero que la experiencia de haber participado en el programa de desarraigados fue bastante gratificante porque me permitió conocer un lugar del país que por muchos años de mi vida había sido desconocido para mí. Compartir con personas de escasos recursos y conocer de cerca sus realidades, me llevó a inferir que Usme es una localidad con unos altos índices de pobreza, y que por ello, requiere de una atención prioritaria por parte del estado y de organizaciones que se encargan de atender a población en situación de vulnerabilidad.

2.6 Algunas conclusiones

En el presente capítulo realicé una descripción acerca de los actores que participaron en el programa de desarraigados. De igual forma tuve en cuenta el territorio donde el programa ejecutó sus actividades y la metodología empleada por el eje de salud para la realización de las capacitaciones.

Haciendo una recapitulación mas detallada acerca de los temas que fueron tratados en este capítulo, en primer lugar realicé una descripción del programa de desarraigados, abarcando sus tres ejes, así como una exposición de las entidades involucradas en la realización de las actividades del programa.

Luego realicé una descripción de la situación de la localidad de Usme como territorio prioritario de acción. Durante este apartado tuve en cuenta las características de la localidad, su perfil socio demográfico y sus principales problemáticas.

Hice una exposición acerca de la labor de las madres comunitarias, quienes participaron en las capacitaciones del eje de salud. En tal medida describí su labor en los hogares comunitarios de bienestar, y las capacitaciones que han recibido por parte del ICBF, las cuales

han despertado una crítica de parte de las capacitadoras del eje de salud del programa de desarraigados.

Más adelante profundicé en la estrategia AIEPI, como metodología empleada por las funcionarias del eje de salud para la realización de las capacitaciones. De esta forma realicé una descripción acerca de la historia de la implementación de la estrategia. En un apartado final expuse mi participación en el programa describiendo las actividades en las cuales colaboré.

En los siguientes dos capítulos se dará paso a la evaluación del eje de salud del programa desde la perspectiva institucional y comunitaria respectivamente. Por medio de la metodología de evaluación participante, descrita en el segundo capítulo, se presentarán las distintas posiciones en torno al desarrollo del eje de salud del programa de desarraigados durante su primera fase. De igual forma, durante el desarrollo de estos dos capítulos también dejaré entrever mi análisis sociológico acerca del desarrollo del eje de salud en su primera fase, exponiendo en lo que a mi análisis representan los puntos positivos y negativos del programa.

CAPITULO 3

La opinión del equipo de salud sobre el programa

En el presente capítulo se presentará una evaluación de las capacitaciones llevadas a cabo por el eje de salud del programa de desarraigados desde la perspectiva institucional. El capítulo está dividido en dos partes, en la primera se analiza el objetivo general del eje, y en la segunda los objetivos específicos.

El programa *Atención Integral a la Población Desarraigada de Usme y de las Comunas 3 y 8 de Medellín* inició el mes de abril del año 2007 y tiene una duración de 24 meses. Del mes de abril al mes de junio de dicho año, se llevó a cabo la primera parte del programa donde el eje de salud realizó una búsqueda de las madres comunitarias que serían beneficiadas de las capacitaciones. Posteriormente, del mes de junio al mes de agosto se llevaron a cabo los talleres con los grupos de madres seleccionados.

Durante esta primera etapa del programa se dio inicio a una gestión con los actores locales de la localidad de Usme para dar cumplimiento a la conformación de una red local con los actores institucionales locales de la localidad en el marco de la estrategia AIEPI.⁵¹

Del mes de Abril al mes de agosto del año 2007 realicé mi pasantía en el programa de desarraigados, etapa en la cual se llevaron a cabo las capacitaciones a las madres comunitarias y se empezó un proceso de gestión local con los actores institucionales de la localidad. En este sentido realicé un análisis del programa durante esta fase teniendo en cuenta la perspectiva de las capacitadoras.

3.1 Análisis de las capacitaciones, el objetivo general

En el capítulo segundo del presente trabajo se expuso una breve caracterización de la localidad de Usme, y en ella se resaltó la presencia de altos riesgos ambientales que tienen serias consecuencias en la salud infantil. Algunos de estos problemas son ocasionados por las

⁵¹ Mas adelante se entrará a explicar con mayor profundidad la estrategia AIEPI

industrias, entre ellas las ladrilleras y el relleno sanitario de doña Juana, entre otros factores que afectan a la comunidad y que producen malos olores y contaminación de las aguas, los cuales son las principales causas de enfermedades infantiles como virus gastro intestinales y enfermedades de las vías respiratorias. En la caracterización también se destacaron los altos índices de desempleo y de necesidades básicas insatisfechas lo cual incide directamente en la conservación del núcleo familiar y, por consiguiente en la estabilidad emocional de los menores.

Habiendo estudiado y analizado la situación de la localidad, el eje de salud del programa de desarraigados estableció como objetivo general mejorar las condiciones de salud de 3000 mujeres, de sus niños y de sus hogares por medio de la formación de 300 animadoras comunitarias en promoción de la salud y cuidados primarios para las madres y el niño.

El eje de salud se basó en la estrategia AIEPI como herramienta idónea para dar cumplimiento a este objetivo. La estrategia se enfoca en la enseñanza de las 16 prácticas saludables como herramientas de protección y preservación de la salud en el hogar. Las 16 prácticas se encuentran divididas en cuatro grupos. El primero de ellos promueve el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micro- nutrientes, desarrollo mental y social); el segundo se enfoca en la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra la malaria y VIH/SIDA); el tercero se basa en asegurar la atención adecuada en el hogar (alimentación, durante las enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso y participación de hombres); y el último promueve la búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos)⁵².

Analizando la implementación de las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI en la localidad de Usme, estas pueden representar herramientas idóneas en el tratamiento de las problemáticas presentadas en la localidad de Usme. Su contenido se encuentra directamente

⁵² Ver Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI: marco conceptual, <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>.

En la parte final del presente trabajo de grado se anexará la cartilla cuyo contenido describe de forma detallada el contenido de las 16 prácticas saludables.

relacionado con la generación de mecanismos de mejoramiento continuo para preservar la salud de los habitantes de la comunidad, en especial de los niños.

Las prácticas fueron enseñadas por medio de capacitaciones dictadas a personas que se encuentran en un permanente contacto en el cuidado y protección de los niños y niñas menores de cinco años. En esta medida, el programa escogió a las madres comunitarias como receptoras de los talleres.

Pardo comenta:

“Era importante llegar a las madres porque ellas realmente son las que en algún momento cuidan a los niños y en esta medida se vuelven importantes a la hora de vincularse con esa realidad de los padres. Si uno intentara llegarle a los padres no podría llegar porque ellos andan en una realidad de productividad en donde tienen que buscarse la comida por sus hijos”.

Interpretando el testimonio de Pardo, y retomando elementos señalados en el capítulo segundo, las madres comunitarias atienden en sus jardines a un promedio de 15 niños de lunes a viernes en un horario de ocho de la mañana a cinco de la tarde. Teniendo en cuenta que este es un servicio gratuito, y que la localidad de Usme se caracteriza por tener necesidades básicas insatisfechas, se presenta una amplia población de niños que asisten a los jardines comunitarios.

Ocampo afirma:

“Las madres comunitaria representan el grupo más fácil de trabajar, ya están organizadas, son reconocidas, tienen población receptora, tienen credibilidad y tienen todo lo mínimo para que un proyecto salga adelante. Sin embargo, se presenta un problema en el sentido de que por estas razones ellas se convierten en las receptoras de múltiples proyectos”

En este sentido Pardo afirma:

“cada uno en su quehacer tanto el ICBF como el hospital como el sector de educación hacen las cosas bien pero las acciones se hacen de forma aislada, entonces puede que sean muy buenas pero como es de forma aislada se pierde el sentido y la filosofía por la cual estamos trabajando”.

Durante mi observación percibí una competencia importante entre todas las entidades de la localidad que deseaban brindar capacitaciones a las madres comunitarias y a su vez una competencia de los miembros de la comunidad por acceder a recursos, lo cual contribuye al fraccionamiento de la comunidad. Muchas entidades (como por ejemplo el Instituto

Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Acueducto de Bogotá y el Hospital de Usme) dictaban los talleres en base al cumplimiento de un presupuesto y un cronograma de trabajo establecido por cada institución. En esta medida trataban de establecer contacto con el mayor número de madres comunitarias posibles. Puesto que la comunicación entre las distintas entidades es muy escasa, muchos de los contenidos de los talleres se asemejan entre las distintas entidades. En esta medida, las madres se encuentran perjudicadas porque terminan siendo sujetos de una gran cantidad de capacitaciones cuyo contenido era el mismo, tornándose monótono. En las conversaciones que tuve con las madres, varias de ellas argumentaban que sentían una sobresaturación de capacitaciones lo cual en algunos casos ya se convertía en una molestia. De la misma forma argumentaban que ya habían recibido capacitaciones sobre la estrategia AIEPI por parte de otras entidades.⁵³

Aunque por medio de los talleres recibidos por parte de varias instituciones las madres han aprendido elementos relacionados con el cuidado y la atención de los niños, en muchas oportunidades estos han sido repetitivos y monótonos, elemento negativo que se refleja en la falta de motivación de parte de las madres hacia las capacitaciones. Se presenta así una desacreditación hacia el trabajo de estas instituciones con respecto al tema de los talleres.

Para las funcionarias del programa representaba un desafío lograr entrar en las realidad de las madres comunitarias, porque la mayoría de ellas ya habían recibido capacitaciones cuyo contenido era la estrategia AIEPI. Por ello establecieron desde un principio enseñar la estrategia teniendo en cuenta la realidad social y las problemáticas de las mujeres. En este orden de ideas antes de dar inicio a las capacitaciones se realizó un proceso de planeación de base (actividad que será explicada posteriormente) con el fin de conocer las problemáticas de cada grupo que sería capacitado.

⁵³ Sobre la percepción de las madres comunitarias de las capacitaciones recibidas por otras entidades se profundizará en el capítulo 4.

3.1.1 Selección de beneficiarias

En el cumplimiento del objetivo de capacitar a las madres comunitarias se dio inicio a la selección de las beneficiarias dentro de los barrios principales de las UPZ Danubio Azul y La Flora (territorios priorizados por el programa).

Aún así, después de tener un conocimiento mas amplio de la localidad se empezó a trabajar con madres comunitarias de otros sectores de la localidad, que aunque no estaban priorizadas por el gobierno local, contaban con problemáticas sociales y ambientales particulares que las hacían igualmente importantes para ser incluidas dentro del programa.⁵⁴

Para contactar a las madres se contó con el apoyo de algunos funcionarios del Acueducto de Bogotá quienes durante el primer semestre del año 2007 realizaron capacitaciones a las mujeres. El objetivo de estos talleres era promover diversos mecanismos como el ahorro del agua y formas de reciclaje para que las mujeres pudieran aplicarlo en su vida cotidiana y así economizar en sus gastos de una manera efectiva. Para enseñar los conceptos, los funcionarios empleaban dinámicas como trabajo en equipo, la realización de carteleras explicativas y diversos juegos.

Las capacitadoras del eje de salud acompañaban a los funcionarios del Acueducto. Luego de que los funcionarios daban su taller, las capacitadoras presentaban el programa de desarraigados a nivel general, para posteriormente entrar a explicar de forma detallada el eje de salud. Explicaban que el taller tenía una duración de 2 días (16 horas) en donde las madres se capacitarían en la estrategia AIEPI, aclarando que esta se llevaría a cabo teniendo en cuenta los problemas reales y específicos que ellas enfrentan en sus jardines y en su trabajo cotidiano.

Luego de esta presentación se indagó acerca de las expectativas de las madres, es decir si encontraban un interés en participar de las capacitaciones. En algunas visitas realizadas a las mujeres desde que se presentó el programa se acordaron las fechas de los talleres de forma inmediata. En otros casos se dejó un espacio de ocho días para que las mujeres pensaran

⁵⁴ Ver Situación de las 16 prácticas saludables en la localidad Quinta de Usme, Documento presentado como línea base

acerca de si tomarían la capacitación. Es de señalar que en algunos casos se podían programar capacitaciones de varios días, dependiendo de la disponibilidad de tiempo de las madres comunitarias. Lo esencial era cumplir con las 16 horas programadas de la capacitación.

Pardo comenta:

“las capacitaciones fueron consultadas con ellas mismas, no fue tanto una cosa impuesta no somos como los de bienestar familiar en tanto que la institución obliga a las madres a recibir las capacitaciones porque si no se quedan sin trabajo. Las madres querían asistir a nuestras capacitaciones porque ellas veían que de pronto eso podría ayudarles en algo”.

Ocampo, quien ha trabajado con las madres comunitarias en otros proyectos afirma:

“Para algunas madres, recibir las capacitaciones se convierte en un punto de encuentro para volver a retomar conceptos. Otras son un poco reacias porque al ser receptoras de un gran número de capacitaciones sienten aburrimiento de volver a recibir conceptos. Pero la mayoría, quienes son muy líderes sienten la responsabilidad de tener que transformar su realidad, entonces se sienten muy motivadas”.

En mi proceso de acompañamiento a la promoción de las capacitaciones se pudo observar en algunos grupos una disposición inmediata por recibir las capacitaciones. Otros grupos esperaron un tiempo para analizar si aceptarían los talleres.

En general se percibió una buena disposición por parte de las madres comunitarias. Al respecto se puede analizar que siendo estas mujeres personas que aunque reciben una bonificación mensual, son personas que viven en una localidad con unos altos índices de pobreza, donde se presentan necesidades básicas insatisfechas, además de tener muy poco apoyo por parte del Estado⁵⁵. El recibir atención por parte de una organización (en este caso el eje de salud del programa de desarraigados), frente a las necesidades que se presentan en sus jardines representa una motivación para que ellas acepten este tipo de ayuda.

Las talleristas encontraron como una de las fortalezas del programa que la concertación de las capacitaciones con las madres comunitarias se hizo de común acuerdo con ellas. Para las capacitadoras era muy importante que la participación de las madres en las capacitaciones fuera voluntaria ya que de esta forma tendrían mayor disponibilidad para aprender los conceptos enseñados durante el desarrollo de las capacitaciones. Si las madres hubieran ido de manera obligada, no hubieran tenido ninguna disposición y, por consiguiente receptividad.

⁵⁵ Frente a la situación de las madres comunitarias se profundizará en el capítulo 4

Al respecto las capacitadoras señalaron una fuerte crítica a otras instituciones, en especial al ICBF, porque en muchas de las capacitaciones que brinda, las madres no son consultadas sino que por el contrario deben asistir de manera obligatoria. Esto genera que las mujeres no consoliden los conocimientos durante los talleres, sino que generen una resistencia hacia la institución.

3.1.2 El proceso de la planeación de base

Como se mencionó anteriormente uno de los aspectos que resultan muy positivos desde el punto de vista de quienes formularon el programa es que este propone enseñar la estrategia AIEPI teniendo en cuenta la realidad social y las problemáticas de las madres. En esta medida, antes de dar inicio a las capacitaciones se realizó una planeación de base con el fin de conocer las problemáticas de cada grupo que sería capacitado.

El programa define la planeación de base como un *“método por medio del cual el grupo identifica y prioriza un problema, analiza sus causas y consecuencias y propone acciones o tareas para frenar dichas causas. Esta planeación tiene una dimensión educativa, desde el momento en que el grupo toma conciencia de los problemas de su comunidad y construye caminos viables para trabajar en conjunto para superarlos”*⁵⁶.

Ocampo comenta: *“Nosotros hicimos un fuerte componente en la planeación de base para que la gente identifique sus problemas y empiece a analizar como puede trabajar sobre ellos. A partir de la identificación de esos problemas, les dimos a las madres la capacitación”*.

El proceso de planeación de base se desarrolló unos días antes de iniciarse la capacitación. En la planeación de Base de las madres comunitarias de la localidad de Danubio, las capacitadoras le daban a cada madre una hoja en la que se encontraba pintado un árbol. En él las madres debían escribir en las raíces las causas de las problemáticas que encontraron en sus jardines, en el tronco las consecuencias de esos problemas y en las ramas las posibles soluciones.

⁵⁶ Ver Situación de las 16 prácticas saludables en la localidad Quinta de Usme, Documento presentado como línea base

Luego del ejercicio individual, las capacitadoras dirigieron la discusión en la cual las madres expusieron sus puntos de vista, respecto a lo que ellas consideraban como los principales problemas de sus jardines. En el documento de línea base, el eje de salud del programa expuso la situación de las 16 prácticas saludables de las UPZ priorizadas. El proyecto presentó la caracterización de los problemas en La Flora, Marichuela, Santa Librada y Danubio Azul. (Anexo 1).

Para la UPZ Danubio Azul, zona en donde realicé mi trabajo de campo para la presente monografía⁵⁷, las madres comunitarias encontraron como principales problemáticas la falta de alimentos, el maltrato físico y psicológico y abuso sexual, la irresponsabilidad de los padres y la contaminación ambiental. En cada uno de estos problemas las mujeres señalaron las causas, las consecuencias y las posibles soluciones.

La falta de alimentos se presenta por malos manejos alimenticios y de remedios caseros. Esto trae como consecuencia que se presente una desnutrición crónica. Las madres propusieron para esta problemática generar una concientización de los padres acerca de graves secuelas que puede tener la desnutrición para la salud de los niños. El maltrato físico y psicológico es una problemática muy frecuente en la UPZ de Danubio. El poco cuidado de los padres hacia los niños genera en ellos una baja autoestima y que se refugien en la calle como único camino para escapar de su realidad. Frente a este problema, las madres propusieron una solución enfocada en mejorar la autoestima de los niños, brindándoles atención y afecto en sus jardines. Se presenta una grave problemática relacionada con la irresponsabilidad de los padres en el cuidado de sus hijos. Esto se debe a que algunos de ellos son fármaco dependientes o alcohólicos, algunas familias están compuestas por madres cabezas de hogar que se encuentran mucho tiempo por fuera de la casa buscando alimentación para sus hijos, o se presentan casos de padres que no se encuentran interesados en brindar una educación y cuidado especiales a sus hijos.

⁵⁷ En la UPZ Danubio Azul se realizó un trabajo de campo en donde se realizaron entrevistas y un grupo focal a 7 madres comunitarias. La información recolectada en las entrevistas y el grupo focal fue el sustento para la realización del capítulo cuarto del presente trabajo de grado relacionado con la percepción de las madres comunitarias sobre las capacitaciones recibidas por parte del eje de salud del programa de desarraigados.

Esta falta de cuidado con los niños genera que los menores se encuentren descuidados de forma permanente y aprendan un vocabulario y conductas sexuales no adecuadas en las calles. De otro lado se presentan familias separadas o con muy poca estabilidad. Las madres propusieron para mejorar esta situación generar programas dirigidos a los padres jóvenes con el fin de inculcarles la importancia de responsabilizarse mas por el cuidado de sus hijos.

La contaminación ambiental es una problemática que desde hace bastantes años afecta la salud y el bienestar de los habitantes de la UPZ Danubio. Los niños, son los principales afectados porque los malos olores que expelen las ladrilleras, las quebradas contaminadas y las cárcavas generan enfermedades en ellos como fiebre, vómito y diarrea. En torno a esta problemática no se señalaron posibles soluciones.

A partir de las problemáticas encontradas por las madres se pudo constatar como se señaló en el capítulo segundo que Usme representa una localidad con unos problemas de gran complejidad. Agregado a ello el Estado se hace presente con estrategias poco adecuadas para la solución real de estas problemáticas, los sistemas de atención sólo tocan parcialmente los problemas pero no van a las causas estructurales, como el desempleo, las necesidades básicas insatisfechas, la falta de obras públicas en estos barrios, y en si toda una serie de políticas para hacer frente a los problemas estructurales de la localidad.

Al igual que en la UPZ de Danubio, las madres comunitarias de las otras zonas priorizadas por el programa expusieron las problemáticas de sus jardines. Es de esta forma como el proceso de planeación de base representó un espacio para la discusión en torno a temas que afectan el bienestar de los habitantes de la localidad.

Partiendo del proceso de planeación de base, el eje de salud inició el proceso de las capacitaciones con las madres comunitarias seleccionadas.

3.2 Propuesta de capacitación

3.2.1 Propuesta metodológica de las capacitaciones

Las capacitaciones basadas en las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI y dirigidas a las madres comunitarias de la localidad de Usme, se llevaron a cabo a partir de una propuesta metodológica basada en un proceso de aprendizaje que parte de actividades grupales e individuales orientadas a la reflexión sobre las experiencias y concepciones de las participantes y que finalizan en plenarios en las que las capacitadoras recogen consensos y conclusiones y ponen de manifiesto los disensos.

A partir de esta metodología el eje de salud propuso una experiencia de trabajo activo y colectivo donde todas las personas involucradas aportan experiencias, puntos de vista, argumentación y discusión, fomentando el intercambio entre los participantes. Se desea construir de esta forma un espacio y un proceso de aprendizaje democrático, de participación grupal donde se promueve un ambiente de integración, calidez y respeto en el grupo, donde se tengan en cuenta las características y necesidades específicas de cada grupo e institución con el fin de lograr un mayor compromiso de todas las participantes.

En opinión de las capacitadoras, si bien muchas de las capacitaciones recibidas por parte de las madres comunitarias de otras instituciones han sido repetitivas y monótonas, los elementos que han aprendido en ellos han sido valiosos porque han contribuido a un conocimiento enriquecedor y sólido en el cuidado y atención de los niños. Reconocer estas ideas, propicia un espacio para que las mujeres sientan que sus conocimientos fueran tenidos en cuenta.

Ocampo comenta:

“Las madres comunitarias tienen muchos conocimientos de sus experiencias en el cuidado de los niños. Por medio de las capacitaciones se propone además de enseñar las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI propiciar un espacio de participación donde se genere una retroalimentación de ideas entre todos”.

Además de propiciar un espacio para la retroalimentación de ideas, teniendo en cuenta los conocimientos de las madres, para Ocampo y Pardo era importante tener un acercamiento directo con sus necesidades que trascendiera los aspectos de la capacitación. Por ejemplo, antes de iniciar el segundo día de taller, las funcionarias conversaban con las madres acerca de temas cotidianos. Es así como las mujeres comentaban acerca de las relaciones con sus

familias y de sus actividades fuera del trabajo. En otra oportunidad, durante los refrigerios, las capacitadoras realizaban bromas de manera respetuosa sobre diversos temas que generaban un ambiente de distensión y de tranquilidad en las madres. Por medio de estas dos situaciones señaladas se generaba un ambiente de fraternidad en el grupo que repercutía en la buena disposición de las mujeres durante las actividades posteriores desarrolladas en los talleres.

Observé de manera permanente una gran sensibilidad de parte de las capacitadoras hacia la realidad y las necesidades de las madres comunitarias. Durante los momentos en que las acompañaba para preparar los talleres, siempre sentí una gran admiración de parte de ellas hacia la labor de las madres.

Ocampo comenta:

“Las madres comunitarias son personas que desempeñan un papel fundamental en las localidades, en especial de las más pobres porque dedican varias horas del día al cuidado y atención de los niños de estas zonas. Pero además, son esposas, madres y miembros de una comunidad. En esta medida son mujeres valiosas y de las cuales se pueden aprender muchas cosas”.

Considero que esta propuesta metodológica es innovadora por varias razones: la primera y la más importante es que las madres no son sujetos pasivos, sino que por el contrario participan de una manera activa y permanente durante el desarrollo de los talleres. Segundo, se reconoce a las madres como portadoras de conocimientos que pueden alimentar el debate y la discusión durante los momentos de reflexión. Por último con esta estrategia se puede inferir que las madres puedan estar más apropiadas de los conocimientos aprendidos durante las capacitaciones, y por lo tanto se comprometerán mas en el momento de réplica de la información.

3.2.2 Técnicas pedagógicas empleadas durante los talleres

Para la realización de las capacitaciones, el programa propuso distintas herramientas pedagógicas como trabajo en grupos pequeños, socio dramas, lluvia de ideas, plenaria y

ayudas audiovisuales. A continuación se presentará cada herramienta con un ejemplo de alguna actividad desarrollada durante los talleres⁵⁸.

Durante los trabajos en grupo, las madres discutieron entre ellas sobre las tareas asignadas por las capacitadoras y generaron mecanismos para la realización de las mismas. Pardo comenta: *“esta técnica fue empleada para facilitar la participación activa de todas las personas que estuvieron en el taller y contribuye a facilitar la comprensión, la reflexión colectiva y la construcción de propuestas”*.

En el proceso de las capacitaciones se pudo observar que las madres sentían una fuerte identificación con sus compañeras de grupo, la cual fue intensificada por las capacitadoras quienes propusieron la asignación de nombres para cada grupo. Así, por ejemplo, cuando se presentaba en plenaria las actividades ejecutadas las talleristas llamaban a los grupos por sus nombres lo cual generaba entusiasmo y energía en las madres participantes.

La técnica de trabajos en grupo fue bastante propicia durante el desarrollo de los talleres. Por medio de ella las madres compartieron ideas con sus compañeras en torno a las actividades designadas por las capacitadoras. Se podría inferir que esta herramienta también sirvió para generar un proceso de mayor integración entre las madres es decir, compartieron en un espacio diferente al de las reuniones de asociación.

Considero que esta técnica también es beneficiosa en cuanto a que puede ser empleada por las mujeres capacitadas en sus jardines en el trabajo diario con los niños. Es así, como por medio de actividades lúdicas los pequeños pueden integrarse con sus compañeritos de jardín.

Los sociodramas fueron representaciones teatrales realizadas para ejemplificar el contenido de un concepto visto. Ocampo comenta: *“esta técnica potenció la creatividad de las participantes y generó interés y atención en las personas que observaban las presentaciones”*.

A partir del aprendizaje teórico de las prácticas saludables, las capacitadoras delegaron en las madres la realización de sociodramas que ejemplifican la teoría aprendida. Así, las mujeres

⁵⁸ Todo el contenido de las actividades desarrolladas en las capacitaciones será presentado en un apartado posterior del presente capítulo

recreaban una escenografía, empleaban disfraces, y establecían un diálogo en torno a la práctica designada. Durante mi observación, pude percibir que esta actividad era entretenida para las madres quienes reían constantemente sobre las representaciones.

Tal como lo señaló Ocampo, los sociodramas representaron técnicas que potenciaron la creatividad de las participantes. En esta medida, las mujeres empleaban su imaginación para crear historias y eventos en el marco de la actividad desarrollada.

Se infiere que por medio de la creatividad y el juego se pudieron consolidar y reforzar conocimientos. De otro lado, observé que por medio de esta actividad, las madres compartieron en un espacio que les permitió la integración con sus otras compañeras.

Con la técnica de la lluvia de ideas las capacitadoras realizaron preguntas relacionadas con la discusión de un tema y solicitaron a las participantes respuestas inmediatas que podían ser expresadas de forma verbal o por medio de tarjetas. Ocampo comenta: *“por medio de la lluvia de ideas las participantes tuvieron un espacio para expresar libremente sus ideas de forma espontánea”*.

Se expone como ejemplo de esta herramienta pedagógica el momento en el cual la capacitadora preguntó de forma general al grupo acerca de cuales consideraban que eran las problemáticas más que mas observaban dentro de la localidad. Poco a poco, las madres fueron expresando sus ideas y de esta forma se generó una discusión animada entre las participantes.

Los beneficios del empleo de esta herramienta son importantes para las madres en la labor en los jardines. Durante sus reuniones con los padres de familia, pueden generar una lluvia de ideas relacionada con la discusión de un tema. De otro lado, con los niños de sus hogares comunitarios pueden emplear esta técnica de una manera más didáctica teniendo en cuenta la edad de los niños. Es así como se infiere que esta herramienta es valiosa en cuanto permite generar espacios de participación y de comunicación que alimente un debate sobre algún determinado tema.

La cuarta herramienta pedagógica empleada fue la plenaria, proceso por medio del cual se hizo una presentación de los trabajos realizados por los grupos, de los trabajos pequeños y de

las exposiciones informativas. Pardo comenta: *“en las plenarias los facilitadores conducimos y organizamos las intervenciones realizadas por las madres participantes.”*

Durante mi observación, los trabajos finalizados por los grupos fueron presentados en plenaria, en la cual tanto las capacitadoras como los otros grupos escuchaban los resultados del trabajo designado. Luego de esta presentación, se entró a un espacio de discusión en donde las madres expusieron sobre los trabajos elaborados.

Luego de que todos los grupos expusieron sus ideas, las capacitadoras propiciaron un espacio de diálogo en el que todos los participantes presentaron sus puntos de vista. Se infiere que esta herramienta fue beneficiosa porque les permitió a las madres consolidar conocimientos, así como aprender otros nuevos.

El manejo de ayudas audiovisuales representó una herramienta que ayudó a tener un conocimiento mas claro de los conceptos enseñados. Pardo comenta: *“las herramientas audiovisuales fueron muy útiles en el proceso de capacitación porque ayudaron a reforzar las ideas centrales o propiciar la reflexión sobre situaciones dadas.”*

Durante los talleres se emplearon como ayudas audiovisuales películas y papelógrafos y la cartilla cuyo contenido incluyó las 16 prácticas saludables las cuales representaron material de apoyo para la presentación de algunos contenidos. Así, por ejemplo, para enseñar los síntomas de si el niño presentaba síntomas de deshidratación, las capacitadoras presentaron un video relacionado con el tema.

Por medio de las ayudas audiovisuales, las madres aprendieron nuevos conocimientos en torno a los síntomas de enfermedad de los niños. Sin embargo se infiere que durante el proceso de réplica de la información, estas no serían tan beneficiosas porque las madres no contarían con un televisor ni con el mismo video que vieron durante el taller. Por el contrario, se infiere que sólo tendrían a la mano la cartilla que recibieron durante la capacitación. Esto representa una crítica al programa y que será profundizada mas adelante.

Para las capacitadoras, el empleo de estas herramientas fue muy importante en cuanto a que por medio de ellas lograron enseñar los conceptos de la estrategia AIEPI. Como se señaló

anteriormente, para ellas era muy importante que las capacitaciones fueran dinámicas y lúdicas.

3.3 Proceso de capacitación

3.3.1 Desarrollo de las capacitaciones

Las capacitaciones tuvieron una duración de 16 horas. Estas horas fueron distribuidas en varios días dependiendo de la disponibilidad de tiempo concertado con las madres. Algunos grupos fueron capacitados en dos días (8 horas cada día) y otros en cuatro días (4 horas cada día).

Algunas capacitaciones se llevaron a cabo en la localidad de Usme y otras en las instalaciones de la Universidad del Rosario. En estas últimas las madres eran transportadas en buses que eran contactados con la alcaldía local de Usme.

Observé que no hubo diferencia entre la actitud de los grupos de madres en relación con las capacitaciones recibidas en la universidad del Rosario y en la localidad. Siempre tuvieron un comportamiento receptivo durante el desarrollo de todas las dinámicas.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que las mujeres que recibieron las capacitaciones en las instalaciones de la institución salieron de la localidad, en la cual permanece la mayor cantidad de tiempo, e interactuaron en otro ambiente conociendo nuevos espacios. De otro lado recibieron subsidio de transporte y, al igual que las mujeres capacitadas en la localidad, los refrigerios y el almuerzo se les fue dado de manera gratuita.

El grupo de madres entrevistadas para la realización del presente trabajo de grado recibieron la capacitación en las instalaciones de la universidad. Durante el grupo focal realizado con ellas se pudo constatar como estos factores secundarios influyeron en sus opiniones de las capacitaciones recibidas⁵⁹.

⁵⁹ Sobre este punto se profundizará en el capítulo 4 del trabajo que trata sobre la opinión de las madres comunitarias del programa.

En el momento inicial del taller las capacitadoras y las madres se presentaron y hablaron acerca de su experiencia laboral. Durante este proceso las capacitadoras realizaron bromas con el fin de empezar a generar en las mujeres un clima de confianza. Así, por ejemplo, cuando dos mujeres se llamaban de la misma forma las talleristas realizaban una broma relacionada con alguna fórmula para aprenderse los nombres de las capacitadas sin confundirse.

Posteriormente las capacitadoras realizaron una explicación del programa de desarraigados describiendo sus tres ejes. De igual forma indagaron acerca de las expectativas de las madres sobre lo que esperaban de la capacitación. Considero que la explicación del programa fue clara y convincente, las talleristas hablaban con propiedad del mismo y a las madres siempre se les vio interés y motivación desde el inicio de las capacitaciones. Varias de ellas realizaron preguntas acerca de las dudas que tenían sobre temas que no entendían, las cuales fueron respondidas por las capacitadoras.

Luego las talleristas explicaron la metodología, las reglas de funcionamiento y los acuerdos de trabajo. Al igual que durante el momento de la presentación del programa resolvieron las dudas de las madres sobre las reglas de funcionamiento. En algunos grupos, la actitud de las mujeres fue pasiva, en otros por el contrario su rol fue completamente activo y realizaban preguntas de forma permanente las cuales fueron resueltas por las funcionarias.

Sobre su percepción de la actitud de las madres participantes Pardo comenta: *“desde un inicio siempre percibimos con mi compañera de trabajo una respuesta positiva de parte de las madres, lo cual contribuyó a que se generara un clima de confianza en el grupo”*.

Observé que desde el inicio del taller las capacitadoras demostraron autenticidad, seguridad y firmeza, aspectos que se reflejaban en una actitud corporal tranquila y apacible, y que transmitía confianza y seguridad a las personas capacitadas. De igual forma siempre reflejaron tener un amplio conocimiento de los temas que estaban hablando.

Es así como desde un inicio en todos los grupos siempre se observó una actitud tranquila y distensionada. Las capacitadoras hacían un buen trabajo de integración y comunicación que permitió que se generaran espacios basados en una permanente retroalimentación de ideas de parte de todos los participantes.

Luego del momento inicial de los talleres, las capacitadoras desarrollaron las actividades concernientes al cronograma de las capacitaciones: análisis de la realidad local, enseñanza de las 16 prácticas saludables, y representación de las 16 prácticas. A continuación se describirán y analizarán cada una de ellas.

3.3.2 Análisis de la realidad local

La primera actividad desarrollada durante el taller se denominó *Análisis de la realidad local*. En ella, las madres fueron divididas en grupos donde debían realizar un mapa de su localidad. Todos los miembros de cada grupo colaboraban en la realización del mapa y discutían acerca de las principales problemáticas de sus jardines. Luego, en plenaria, una representante de cada grupo presentaba los resultados de sus trabajos.

Observé que las mujeres se encontraban entretenidas durante el desarrollo de esta actividad. Con lápices de colores, bolígrafos, plumones y papelógrafos (los cuales fueron suministrados por el programa), realizaron la tarea asignada, y se veía un gran esfuerzo y dedicación reflejado en los trabajos finales.

Sobre su percepción de las madres durante la realización de esta actividad Ocampo afirmó: *“las madres participaron activamente durante la actividad. Además de estar concentradas en la elaboración de los mapas, se les veía un gran interés por discutir sobre las problemáticas que veían en su comunidad”*.

Pardo comentó: *“se hace todo un análisis de la realidad en que viven las personas mas por desear que las personas hagan conciencia de sus propios problemas y como eso interfiere en la realidad de salud que ellas tienen”*.

Considero que el análisis de la realidad local fue una actividad que les permitió a las madres reconocer y discutir acerca de las problemáticas presentes en su localidad. Las mujeres no pueden desligarse de su cotidianidad como miembros de una localidad en donde se hacen presente de forma permanente problemas por resolver. En esta medida el eje de salud realizó una labor productiva al fomentar una reflexión y participación de las mujeres en torno al tema.

A partir de las problemáticas discutidas en los talleres, las cuales ocasionaban un grave impacto en la salud de los habitantes de la localidad, las capacitadoras profundizaron en el tema de la salud como un elemento esencial que debía ser preservado para procurar el bienestar y la tranquilidad de los habitantes y en especial de los niños, quienes son los más perjudicados. En el marco de esta discusión, las capacitadoras introdujeron la enseñanza de la estrategia AIEPI como una herramienta metodológica que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los niños menores de cinco años.

3.3.3 Enseñanza de las 16 prácticas saludables

La enseñanza de la estrategia AIEPI fue apoyada con ayuda de una cartilla distribuida a las madres comunitarias. En su contenido se presentaba la justificación de la estrategia, una breve descripción de su historia y el contenido de las 16 prácticas saludables, las cuales se encontraban descritas detalladamente junto a mensajes de apoyo y recomendaciones que se debían tener en cuenta en la aplicación de las mismas. En plenaria las capacitadoras designaban a una madre quien leía una práctica determinada, así como los mensajes claves y de apoyo para cada una. Luego de la lectura las talleristas realizaban una explicación para reforzar el contenido visto.

Así, exponiendo varios ejemplos en la práctica 5 sobre vacunación, se presentaban mensajes claves como *“lleve al niño/niña al establecimiento de salud para que reciba todas las vacunas en las fechas establecidas”*; y mensajes de apoyo como *“las vacunas protegen a los niños y niñas de las enfermedades más frecuentes y peligrosas como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomilitis, la hepatitis B, el sarampión y formas graves de tuberculosis”*⁶⁰.

Las talleristas reforzaron la lectura de esta práctica dando mensajes como llevar al niño al establecimiento más cercano de salud para recibir todas las vacunas en las fechas establecidas; y recalcaron acerca de la importancia de que los menores recibieran las vacunas en las fechas programadas antes de su primer año de vida para que estuvieran protegidos de enfermedades.

⁶⁰ Ver la cartilla *Las 16 prácticas saludables para el crecimiento y el desarrollo*

Otro ejemplo fue el de la práctica 16 relacionada con la atención prenatal la cual, según el contenido de la cartilla, toda mujer en estado de embarazo debe recibir atención prenatal adecuada, *“consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de establecimientos de salud apropiado. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y período de lactancia”*⁶¹.

Al respecto, las capacitadoras comentaron que era más seguro que una mujer diera a luz en un establecimiento de salud que en la casa. También señalaron que luego del parto podían presentarse complicaciones, por lo cual la mujer debía tener el apoyo permanente de su familia para que estuviera pendiente si se presenta algún síntoma como: fiebre, sangrado extralimitado o decaimiento.

Durante la explicación de cada práctica, las capacitadoras reflejaron un gran conocimiento sobre cada uno de los temas tratados. Respondían con tranquilidad las inquietudes de las madres, en una actitud apacible y tranquila, y de igual forma escuchaban con atención sus puntos de vista. Como se señaló anteriormente, para las talleristas era importante escuchar a las madres comunitarias durante el desarrollo de las capacitaciones ya que para ellas las madres poseían bastantes conocimientos en el cuidado y la protección de los niños que no podían ser subvalorados.

Ocampo afirma: *“los grupos de madres estuvieron muy atentos durante la lectura de las 16 prácticas saludables. Formularon muchas preguntas sobre el contenido de las prácticas. También expusieron algunos conocimientos previos que tenían en la atención y el cuidado de los niños”*.

Durante el proceso de la lectura de las prácticas continué observando una actitud receptiva por parte de las madres. Generalmente estaban concentradas durante la lectura de las prácticas y en los momentos de discusión debatían con tranquilidad y distensión acerca de sus percepciones de los conceptos aprendidos.

⁶¹ Ver Ibid.

Señalo como un elemento negativo que la enseñanza de las 16 prácticas saludables fue muy corta. La sola lectura y discusión de cada práctica fue insuficiente para dar a conocer a profundidad estos conocimientos. Si se tiene en cuenta que la enseñanza de estas prácticas representa la actividad más importante durante el desarrollo de los talleres, creo que faltó dedicar una mayor cantidad de tiempo a ello por parte de las capacitadoras.

Agregado a ello considero que la cartilla no representó un material que ayudara a la enseñanza de las prácticas de una manera efectiva. Creo que esta tenía una sobresaturación de texto y, personalmente, considero que hicieron falta dibujos para ilustrar las explicaciones. En un apartado posterior analizaré el contenido de la cartilla (Ver anexo 2).

Luego de la lectura de las 16 prácticas, durante el segundo día de capacitación las capacitadoras desarrollaron actividades para colocar en práctica el contenido visto durante los talleres. De esta forma las talleristas designaron dos tareas a las madres. Una relacionada con la preparación de una exposición en donde cada grupo presentara las principales problemáticas de sus jardines incluyendo sus causas, consecuencias y posibles formas de solución, y otra relacionada con la designación de cada grupo de 4 prácticas saludables con las cuales debían realizar socio dramas.

Con respecto a la exposición de las madres sobre las problemáticas presentadas en sus jardines las capacitadoras propusieron una reflexión acerca de cómo las 16 prácticas saludables podían contribuir a la solución de esos problemas. Por medio de esta actividad, las talleristas deseaban reforzar los temas relacionados con el contenido de la estrategia AIEPI.

Ocampo comenta: *“considero que las madres estuvieron muy atentas y les agradó la actividad porque fueron escuchadas en sus inquietudes con relación a la aplicación de la estrategia en los problemas de sus jardines. Así mismo expresaron sus ideas con tranquilidad en relación con sus conocimientos sobre el cuidado de los niños”.*

Considero que la tarea relacionada con la preparación de una exposición en donde cada grupo presentara las principales problemáticas de sus jardines, teniendo en cuenta sus causas, consecuencias y formas de solución fue innecesaria. Apoyo esta afirmación teniendo en cuenta que antes de realizados los talleres las capacitadoras ya habían realizado un previo

proceso de planeación de base en el cual identificaron las problemáticas de las UPZ's priorizadas. (Ver anexo 1).

No obstante creo que esta actividad fue productiva teniendo en cuenta que, atendiendo a la propuesta metodológica de las capacitaciones basada en que todas las personas involucradas en los talleres aportan puntos de vista, experiencias y discusión, en donde se desea construir un espacio de participación grupal, se generó un espacio de reflexión de parte de todos los participantes en donde la enseñanza de las 16 prácticas saludables fueron aplicadas para las problemáticas discutidas.

3.3.4 Representación de las 16 prácticas saludables

Durante la segunda tarea designada relacionada con la presentación de cada grupo de las prácticas saludables por medio de socio dramas se percibió que las madres se encontraban bastante motivadas en la realización de la tarea. En el grupo focal realizado con un grupo de mujeres, ellas comentaban con bastante entusiasmo que debían buscar disfraces e inventarse los argumentos para la realización de los dramatizados⁶².

La motivación en la realización de esta actividad se vio reflejada en los productos finales, en los cuales se apreciaba una gran originalidad y creatividad en muchas de las presentaciones. Esto mostraba un gran compromiso y dedicación de parte de las mujeres con respecto a las tareas asignadas.

Se observó que las capacitadoras estaban bastante contentas con los socio dramas porque disfrutaban observándolos y realizaban bromas de forma respetuosa al respecto. Estas bromas generaban un ambiente de mayor integración entre las talleristas y las madres. Así, por ejemplo, se presentó el caso en que un grupo realizó la representación de la práctica saludable relacionada con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Una madre se disfrazó de bebé y empezó a gatear por todo el salón lo cual despertó un comentario gracioso de una de las capacitadoras y, por consiguiente, la risa general de las madres.

⁶² La percepción de las madres de los talleres será expuesto en el cuarto capítulo del presente trabajo de grado.

Ocampo afirma: *“pienso que la participación de las madres fue bastante activa. Se distrajeron, se divertieron, pero sobre todo reforzaron los conocimientos aprendidos durante los talleres, lo cual siempre fue nuestro objetivo”*.

Para las capacitadoras era importante realizar ejercicios lúdicos que ayudaran a reforzar los conocimientos aprendidos del contenido de la estrategia AIEPI. En este sentido, los socio dramas representaron una herramienta en donde se propició un aprendizaje lúdico de conceptos aprendidos, además de potenciar habilidades creativas de las madres.

Al igual que la actividad anterior (identificación de las problemáticas en sus jardines), considero que esta actividad cumplió con lo establecido en la propuesta metodológica de generar espacios de reflexión a partir de las actividades realizadas. En este sentido, pienso que a partir de la realización de los socio dramas se generó un momento en donde la enseñanza de las 16 prácticas saludables fue puesta en práctica por medio de actividades lúdicas y recreativas que divertieron a las participantes, pero que también promovieron un espacio de reflexión y discusión.

En mi opinión personal, considero que esta actividad fue bastante novedosa, y representa un punto positivo del programa al querer reforzar la enseñanza de las prácticas por medio de obras teatrales. No creo que en otras capacitaciones las madres hayan realizado esta clase de actividades, sino que por el contrario se han limitado solo a recibir conceptos de manera teórica.

Además de los contenidos aprendidos en el marco de la estrategia AIEPI durante los talleres las capacitadoras enseñaron otros elementos para que las madres los aplicaran en sus jardines. Estos elementos se basaron en la identificación de enfermedades y de la talla y el peso de los niños.

3.3.5 Otros elementos enseñados

En un momento posterior de la capacitación, las talleristas brindaron a las madres unas hojas en las cuales se encontraban unas tablas donde se establecían las medidas de talla y peso normales. El objetivo de esta enseñanza, era que las madres aprendieran a identificar si la talla

y el peso de los niños de sus jardines era el adecuado en relación con la medida estándar. Observando a las madres percibí que varias de ellas ya tenían algún conocimiento relacionado con el establecimiento de las medidas de talla y peso, para otras por el contrario, este conocimiento fue nuevo. Las capacitadoras también mostraron unos videos en los cuales les enseñaron a las mujeres a identificar si los niños se encontraban en estado de desnutrición o deshidratación. La presentación del video era alternado con la explicación de las capacitadoras sobre el contenido del mismo.

Aunque estas últimas actividades desarrolladas durante el taller no hacían parte de las 16 prácticas saludables, para las capacitadoras era importante tenerlas en cuenta porque también involucran la salud del niño.

Ocampo comenta: *“si bien para algunas madres capacitadas estos conceptos no eran nuevos, era importante recalcar acerca de estos conocimientos para ser aplicados en los jardines”*.

Interpretando el testimonio de Ocampo, las madres ya tenían un conocimiento previo acerca de la identificación de síntomas de enfermedades en los niños. Se puede inferir que esto se debe a que las mujeres han recibido capacitaciones previas de parte de otras instituciones y también a la práctica que han adquirido en sus jardines teniendo en cuenta que muchas de ellas llevan más de 12 años en su labor como madres comunitarias.

3.3.6 Momento final de las capacitaciones

Durante la parte final de las capacitaciones, las talleristas realizaron una recapitulación de los conceptos aprendidos durante el taller. Se les recalcó a las madres sobre la importancia de la aplicación de la estrategia AIEPI para hacer frente a los problemas que se presentaran dentro de sus jardines.

Posteriormente, por solicitud de las capacitadoras, las madres dibujaron una mano en una hoja de papel y en cada dedo escribieron las prácticas que mas les gustaron. Luego, en un momento final, las mujeres realizaron una evaluación de las capacitaciones recibidas por medio de la escritura en una hoja de papel de los aspectos que más les gustaron y los que hicieron falta por mejorar. Los resultados de estas evaluaciones mostraron que entre los

aspectos que mas les gustaron a las mujeres fueron la aplicación de la teoría en las actividades desarrolladas, así como el trato de las capacitaciones hacia ellas⁶³.

Analizo que esta forma de evaluación no fue suficiente porque no propició un espacio en donde las madres expusieran a profundidad acerca de sus percepciones del contenido de las capacitaciones. Por el contrario, percibí que el diseño de la evaluación fue realizado a la ligera lo cual no contribuyó a que las madres pensaran detenidamente acerca de los elementos positivos y negativos que encontraron en los talleres.

Se infiere en esta medida que para las capacitadoras la actitud receptiva que las madres mostraron durante todo el taller fue suficiente y, por lo tanto, no se necesitó de una evaluación a profundidad de parte de las mujeres en donde ellas expusieran sus puntos de vista sobre todos los temas desarrollados durante los talleres.

Pardo comenta:

“Pienso que fue muy positiva la respuesta de las madres. Los talleres los hacíamos de tal forma que fueran cosas muy concretas y que a ellas les quedaran muy claras. O sea con el hecho de que por lo menos ya sepan que si un niño ya tiene dos meses debe tener una determinada vacuna y con aspectos muy concretos pienso que ojalá hubiéramos logrado cambiar esas prácticas”.

Por su parte Ocampo afirma:

”En general se puede decir que las madres tuvieron una buena respuesta y calificaron muy bien la forma de trabajo porque si uno transmite cosas positivas la madres se sienten contentas, pero si no transmites nada no se van a sentir bien en los talleres”.

Volviendo a retomar la formulación inicial del objetivo general del programa el cual estableció mejorar las condiciones de salud de 3000 mujeres, de sus niños y de sus hogares por medio de la formación de 300 animadoras comunitarias en promoción de la salud y cuidados primarios para las madres y el niño, este estableció que luego de la información recibida durante las capacitaciones, las madres debían replicar esta información a 10 personas de su localidad. (Sobre el proceso de seguimiento de réplica de la información no se pudo tener acceso por políticas internas del programa).

⁶³ La percepción de las madres sobre el programa será desarrollado en el cuarto capítulo del presente trabajo.

En esta medida, finalizado el proceso de la capacitación se generó un proceso de compromiso en donde las madres se comprometieron a implementar cambios y propuestas generadas durante el taller tanto a nivel personal, familiar como laboral. Esto fue realizado por medio de la divulgación de la información aprendida durante el taller a diez personas más de su comunidad, lo cual se llevó a cabo en la segunda fase del programa.⁶⁴

3.4 Evaluación del objetivo general desde la perspectiva institucional

A nivel general, se percibió una satisfacción de parte de las capacitadoras hacia la realización de los talleres. Según las talleristas los trabajos en grupos fueron dinámicas por medio de las cuales las madres aplicaron en la práctica los conceptos aprendidos de la teoría. De otro lado, los socio-dramas representaron herramientas pedagógicas en donde las mujeres debían emplear toda su creatividad, ingenio y dedicación para reflejar en situaciones reales la teoría aprendida.

Agregado a la realización de estas actividades, para las capacitadoras siempre fue muy importante introducir un elemento humano al desarrollo de los talleres. Es decir, no limitarse a dictar el contenido de la estrategia AIEPI, sino promover un acercamiento con las madres, donde ellas expresaran sus necesidades, sus problemáticas, pero también sus conocimientos fruto de sus largos años de experiencia en el cuidado y protección de los niños.

Pardo comenta:

“Tratamos de que fuera muy humana la capacitación, que fuera muy divertida al mismo tiempo, de que fuera muy lúdica y de hacer sentir a las madres importantes, yo creo que el hecho de poderles ofrecerles un día donde fueran el centro de atención, era muy importante para ellas que todo el tiempo están mas bien demasiado preocupadas por otras personas menos que por ellas mismas.”

Por su parte Ocampo afirma:

⁶⁴ El análisis del proceso de réplica de las capacitaciones será desarrollado mas adelante.

“Todos de alguna manera queremos ser escuchados a través de nuestras experiencias. Entonces cuando uno brinda ese espacio a las madres de que hablen, pues se sienten felices porque hay un reconocimiento a la labor que han hecho a través de la parte oral”.

Con ello la capacitación no se vio solo como un ejercicio de formación, sino que además valoró otro tipo de conocimientos, y sobre todo aquellos adquiridos por las madres en sus años de experiencia. Esto demostró que el programa fomentó un intercambio igualitario entre asistentes y personal capacitador, lo cual es una de las premisas de la intervención participativa.

3.4.1 La enseñanza de la estrategia AIEPI

Como se subrayó en la primera parte del trabajo, algunas madres comunitarias ya tenían un conocimiento previo de la estrategia AIEPI, por lo cual los conceptos vistos durante las capacitaciones no fueron nuevos para ellas. Sin embargo a pesar de que ya conocían las prácticas, siempre se observó una receptividad de parte de ellas hacia el desarrollo de los talleres. De otro lado, para las madres que no conocían sobre la estrategia, infero que aprender las 16 prácticas representó tener herramientas novedosas para el cuidado y la protección de los niños menores de 5 años. En sí, en general la actitud de las mujeres siempre fue muy positiva.

Un elemento permanente de la capacitación fue la discusión de las madres de las problemáticas que observaban en su localidad y en sus jardines. La estrategia AIEPI siempre estuvo presente en el marco de estas discusiones como una herramienta que, en opinión de las capacitadoras, podría contribuir a la solución de estos problemas.

Una de las problemáticas señaladas por las madres fue el de la falta de atención y cuidado de los padres para con sus hijos, quienes llegaban al jardín en estado de descuido. De igual forma veían en varios niños fuertes inseguridades y una falta de comunicación con sus compañeritos de jardín. Estas circunstancias generaban un malestar en las mujeres quienes argumentaban que el trabajo con estos niños en el jardín era más difícil porque debían desarrollar labores que les concernían a los padres de familia.

En el marco de esta discusión, las capacitadoras resaltaron varias prácticas saludables de la estrategia AIEPI que, según ellas, podrían ser empleadas para dar solución a este problema. Una de ellas fue la práctica 4 relacionada con el *afecto-cariño*, y *estimulación temprana*, en la cual, según el contenido de la cartilla, brinda varios mensajes claves y de apoyo: *“las madres y los padres deben pasar más tiempo con sus hijos. El niño o la niña se desarrollan mejor cuando sus padres le hablan, los escuchan y juegan con ellos. A esto se llama estimulación temprana y ayuda a desarrollar su inteligencia y le da seguridad”*; *“haga que el bebé comparta las actividades de la familia aún cuando parezca muy chiquito. Hay que hablarle, reírse con él, mostrarle objetos, hacerlo escuchar sonidos, abrazarlo, mostrarle cariño”*⁶⁵.

Los mensajes de apoyo fueron reforzados con la explicación de las capacitadoras. En una oportunidad la tallerista comentó que era muy importante que el bebé compartiera actividades de la familia. También los padres debían reírse con él, abrazarlo y mostrarle cariño. Otro consejo que dieron fue que los padres debían aprobar y felicitar permanentemente a sus hijos, pero también debían enseñarles a ser disciplinados por medio del establecimiento de reglas claras y que estuvieran acorde con la edad del menor.

Sobre la discusión y propuesta de solución de esta problemática, las madres comunitarias consideraron que era importante hablar con los padres de familia para que estuvieran más pendientes del cuidado y la atención de los niños. También señalaron que el diálogo efectivo con los padres podría ser llevado a cabo comentándoles acerca de la práctica 4 descrita anteriormente.

Otro tema discutido por las madres fue que observaban a varios miembros de la localidad que tenían infección por VIH SIDA. Recuerdo el caso especial de una madre comunitaria quien comentó que una mujer cabeza de familia al ser contagiada por esta enfermedad tuvo que separarse de su hijo.

Las talleristas señalaron que la práctica saludable 8 relacionada con la infección por VIH SIDA podría ayudar a prevenir esta enfermedad. La práctica la cual expone *“adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas*

⁶⁵ Ver Anexo 1 sobre la cartilla de las 16 prácticas saludables

por el VIH/SIDA, especialmente los huérfanos”, fue reforzada por las capacitadoras quienes señalaron que la transmisión del virus del SIDA podía ser prevenido por medio de la fidelidad, la abstinencia, las relaciones sexuales protegidas y las transfusiones de sangre segura. De igual forma comentaron que por medio de un diagnóstico temprano durante el embarazo, se podía prevenir la transmisión del virus del SIDA de madre a hijo/a.

Siendo las madres comunitarias agentes cuidadoras de niños menores de cinco años, representan un canal de comunicación directa con los padres de familia. En este sentido se infiere que al conversar con ellos acerca del contenido de la estrategia AIEPI se podría dar un primer paso hacia un mejoramiento de la calidad de vida de varias de las familias habitantes de la localidad.

De otro lado, en el proceso de réplica las madres multiplicaron la información relacionada con los conceptos aprendidos en el taller a otros miembros de su comunidad. En esta medida es plausible concluir que al haber un significativo número de personas con el conocimiento de la estrategia habría una mayor concientización hacia una solución de los problemas presentes en la localidad. Sin embargo, no creo que el proceso de réplica haya sido satisfactorio por varias razones que expondré posteriormente.

Para las capacitadoras con las 16 prácticas saludables las madres reforzaron conceptos que ya conocían y a su vez modificaron varias nociones relacionadas con la salud de los niños. *“Pienso que hay un impacto positivo frente a cambiar muchos mitos que hay en la salud de los niños”*, comenta Pardo.

Por su parte Ocampo afirma:

“Mas como corregir ciertas prácticas cotidianas que han venido de tradición en tradición que se mezclan con las realidades muy campesinas y muy rurales a una realidad muy urbana en la que no se cuenta con todo tampoco entonces se convierte en prácticas que no son tan óptimas como uno quisiera entonces pienso que hay un impacto positivo frente a cambiar muchos mitos que hay en la salud de los niños”.

Sobre este tema expongo una crítica al programa. Los medicamentos caseros no deben ser reemplazados por medicinas, sino más bien se debe trabajar para que la medicina casera se haga en condiciones de higiene, de manera correcta y con un seguimiento, y el medicamento

químico sea el último recurso. Pienso que el programa debe rescatar los conocimientos populares sobre ciertas cosas para complementarlos con conocimientos de sanidad y medicina.

Como conclusión de este apartado considero que un punto positivo del programa fue que las capacitadoras no se limitaron a dar una simple enseñanza teórica del contenido de la estrategia AIEPI, sino que por el contrario la aplicaron a los problemas expuestos por las madres durante el desarrollo de las capacitaciones. No obstante, critico el hecho que esta enseñanza no se llevó a cabo a partir del previo proceso de planeación de base que las capacitadoras habían realizado en las UPZ's priorizadas⁶⁶.

Al respecto se debe recordar que en cada UPZ (Danubio, La Flora, Marichuela, Santa Librada) las capacitadoras encontraron problemáticas específicas diferentes que no fueron profundizadas durante la realización de cada una de las capacitaciones. Esto representa una gran deficiencia del programa que será profundizada en un apartado posterior.

3.4.2 Empleo de material

Para la realización de las capacitaciones el programa empleó ayudas audiovisuales como papelógrafos, videos y las cartillas en cuyo contenido se presentó la estrategia AIEPI. Los papelógrafos fueron utilizados para la realización de las actividades grupales, los videos para enseñar a las madres sobre algunos síntomas de enfermedad de los niños y por medio de las cartillas se enseñó las 16 prácticas saludables. Pardo comenta: *“pienso que se contó con el material suficiente para la realización de los talleres porque teníamos lo necesario para poder trabajar”*.

De igual forma las madres contaron con lápices de colores, borradores, plumones, taja lápices, reglas, esferos, y otros elementos de apoyo que contribuyeron a que los trabajos quedaran bien elaborados. En esta medida considero que estos elementos fueron bien explotados por las

⁶⁶ El proceso de planeación de base fue descrito en el ítem 3.1.2 del presente capítulo

capacitadoras durante las actividades de *Análisis de la realidad local, e identificación de las problemáticas en los jardines*, en que las madres dibujaron el mapa de su localidad y los cuadros para explicar las problemáticas identificadas por ellas.

Otro material de apoyo fue la cartilla en donde se encuentran las 16 prácticas saludables (ver anexo 2). En la cartilla se presenta una historia de la Estrategia AIEPI en su componente comunitario, y una descripción de las actividades que comprende la estrategia (análisis de la realidad local, identificación de los problemas en la localidad y en los jardines). De igual forma describe las 16 prácticas saludables con mensajes clave, de apoyo y recomendaciones que refuerzan la enseñanza de la misma.

Como lo señalé anteriormente considero que la cartilla no constituyó una herramienta eficaz que permitiera la enseñanza de las prácticas a profundidad. Tiene un formato para personal técnico y no para las madres puesto que en su contenido se presenta una sobresaturación de texto sin tener en cuenta dibujos ilustrativos para brindar una explicación más clara de los temas tratados. En esta medida su formato no es llamativo y no persuade hacia una lectura amena del texto, por lo cual analizo que es complicado que las madres dediquen tiempo para leer toda la información.

En los contenidos presentados durante los videos se mostró la forma como las personas podrían detectar síntomas de deshidratación o desnutrición en los menores. En el video se mostraba a un médico que iba examinando a varios niños e iba exponiendo sus puntos de vista acerca del diagnóstico de enfermedades. Las capacitadoras iban alternando la exposición del video con aclaraciones que iban dando a las madres. Pienso que este material facilitó la enseñanza de los conceptos señalados anteriormente constituyéndose en una herramienta eficaz durante el proceso de las capacitaciones.

A excepción de la cartilla considero que los materiales fueron muy útiles durante la capacitación. Sin embargo, teniendo en cuenta que las madres luego realizarían una réplica de la información, se podría inferir que no contarían con el mismo material de apoyo que el que tuvieron en las capacitaciones, como los videos, ni con otros como papelógrafos, lápices de colores, esferos, borradores, tajalápices, plumones y cartulinas. Sólo contarían con la cartilla

que recibieron durante las capacitaciones que a mi modo de ver es insuficiente para enseñar las 16 prácticas saludables a otras personas.

Profundizando en el contenido de la cartilla en el proceso de réplica de la información considero que la tabla de las 16 prácticas saludables es muy corta y un poco árida en su presentación. Teniendo en cuenta que sus contenidos no son llamativos ni persuasivos infiero que las madres enseñarían las prácticas a otros miembros de su localidad de una manera muy superficial, y por ello no creo que profundicen en el contenido de cada una de las prácticas enseñadas.

En este sentido, el objetivo general del eje de salud de dar a conocer la estrategia a 3000 personas de la localidad no se llevaría a cabo con éxito, ya que a mi parecer las madres sólo contarían con la cartilla que no tiene los suficientes elementos para propiciar un acercamiento claro hacia el contenido de las 16 prácticas saludables.

3.4.3 Elementos que hicieron falta

Las talleristas consideraron que hicieron falta varios elementos importantes en las capacitaciones. Pardo señala:

“Faltó mayor planificación. Es decir saber realmente la situación de la localidad de Usme. Fue un ejercicio que se hizo pero no a profundidad por darle cumplimiento al programa, pero realmente para empezar a ejecutar un programa se necesita conocer muy bien esa realidad de la comunidad receptora de los beneficios sino también de los otros actores”.

Por su parte, Ocampo comenta:

“Hizo falta haber hecho un contacto más real con la situación de las madres. Es decir, no solamente limitarnos a la estrategia como tal y al aspecto meramente técnico en salud, si no poder mezclarles sus realidades, sus necesidades y realmente como eso está afectando sus prácticas. No sólo tratar de cambiar esa práctica como práctica, sino intentar cambiar su cotidianidad”.

Los testimonios de las capacitadoras llevan a inferir que el objetivo inicial de capacitar a las madres teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada una de las UPZ's priorizadas no se llevó a cabo. En todas las capacitaciones se discutieron acerca de las problemáticas generales relacionadas con el tema de la salud que podían ser solucionadas con la estrategia

AIEPI, pero en ninguna de ellas se profundizó acerca de los problemas particulares encontrados en las UPZ's priorizadas en donde se llevó a cabo un previo proceso de planeación de base. (Ver anexo 1).

Analizando los testimonios de las capacitadoras y teniendo en cuenta elementos de mi observación se puede decir que para las capacitadoras era importante cumplir con las fechas establecidas para darle cumplimiento al programa. En este sentido, percibí que todos los talleres tuvieron las mismas características pero no se presentaron rasgos diferenciales que dieran cuenta de las problemáticas particulares de cada una de las UPZ's priorizadas. Esto contrasta con las críticas que ellas mismas realizaban de las capacitaciones de otras instituciones que se basaban en el simple cumplimiento de objetivos.

Se debe tener en cuenta como elemento adicional que en total se capacitaron a 220 madres comunitarias, cifra que dista en 80 del objetivo general de capacitar a 300 mujeres. No se tiene un conocimiento acerca del por qué solo se capacitaron 220 madres comunitarias. Pero se podría inferir que teniendo en cuenta que sólo fueron dos personas las que pertenecen al eje de salud, hacer el seguimiento de réplica de 300 madres sería un proceso bastante arduo. En esta medida realizar esta tarea con un número menor de madres capacitadas sería una tarea más fácil de llevar a cabo.

Al respecto señalo una crítica al programa basada en que este sólo contó con dos funcionarios para la realización de las capacitaciones, número de personas insuficiente para la realización de los talleres y del posterior proceso de réplica de la información. Infiero que si el eje de salud hubiera tenido un mayor número de integrantes, se le habría dado mayor prioridad al desarrollo de las capacitaciones teniendo en cuenta en mayor medida el previo proceso de planeación de base de las UPZ's seleccionadas.

En el presente año los funcionarios del programa hicieron una evaluación de todos los ejes del mismo, incluyendo el eje de salud, pero a esa información no se pudo tener acceso por políticas del programa. Al respecto considero que el programa no estuvo receptivo a compartir los documentos porque sólo pude tener acceso al documento de línea de base y al formulario de subvención dirigido a la Comisión Europea. Pienso que si hubiera tenido acceso

a más documentos, hubiera tenido más elementos para realizar un análisis mas profundo del trabajo.

3.5 Proceso de réplica

El programa estableció que una vez finalizadas las capacitaciones, se iniciaría el proceso de réplica donde las madres transmitirían la información recibida durante los talleres a 10 personas de su comunidad para dar continuidad al objetivo principal del eje de salud de dar a conocer a 3000 personas las prácticas saludables de la estrategia AIEPI. Este proceso se realizaría mediante un seguimiento y monitoreo por parte de las capacitadoras del programa.

Traté de hablar con las talleristas para conocer sobre la forma como se llevaría el proceso de réplica pero no me dieron información al respecto. Debo señalar que durante mi acompañamiento como pasante en el eje de salud, nunca conocí ninguna metodología establecida para hacer el seguimiento de réplica, lo cual demuestra la falta de planeación por parte del programa hacia este tema tan importante.

Otro elemento que infiero, y que señalé anteriormente, es que las madres comunitarias no contarían con el mismo material de apoyo para realizar la réplica. En este sentido no tendrían un televisor para enseñar los síntomas del niño enfermo, ni tampoco papelógrafos para el desarrollo de las actividades. Sólo con la cartilla que les fue suministrada por las capacitadoras durante los talleres. De igual forma pienso que se presentarían limitaciones de parte de las madres para reunir a las personas y brindarles conocimientos que ellas aún no dominan.

Agregado a lo anterior, durante mi observación pude percibir que las capacitadoras habían perdido el vínculo con algunas madres que ya habían sido capacitadas. Recuerdo el caso de unas madres de la UPZ La Flora quienes de un momento para otro dejaron de establecer comunicación con las talleristas. En esta medida, el proceso de las capacitaciones con estas madres podría ser considerado como no cumplidor de los objetivos del programa.

Otro análisis que hago es que las madres no tienen el mismo conocimiento de la estrategia AIEPI que como tienen las capacitadoras. Su ocupación es exclusivamente al cuidado y atención de los niños. Cabe preguntarse si la información que ellas replicaron sería presentada con la misma claridad y profundidad que la información que ellas recibieron durante las capacitaciones.

A manera de conclusión de este apartado, no creo que el proceso de réplica de la información se hubiera llevado a cabo con éxito. El eje de salud del programa sólo contó con dos personas para realizar el proceso de réplica, lo cual a mi modo de ver fue insuficiente para coordinar a 220 madres comunitarias. De otro lado, durante la primera parte del programa nunca hubo una metodología de réplica de información definida, lo cual reflejaba una falta de estructuración del programa.

Otro elemento importante que observé durante la primera fase es que a las madres capacitadas nunca les enseñaron a capacitar, lo que cuestiona con mayor fuerza acerca de si las madres emplearían alguna metodología, o por el contrario durante la réplica de la información simplemente se limitarían a repetir los conceptos de la estrategia a partir de la lectura de la cartilla. Finalmente, las madres no contarían con el mismo material que tuvieron durante las capacitaciones.

3.6 En cuanto a los objetivos específicos

La estrategia AIEPI dentro de su componente de misión local propone la conformación de una red local con los agentes institucionales de la comunidad con el fin de identificar y visibilizar rutas críticas locales para la resolución de problemáticas que atañen directamente a la infancia. Bajo este marco el eje de salud estableció unos objetivos específicos:

“El fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria que buscan mejorar la calidad de vida de los niños y las niñas de Usme; la conformación de una red local como elemento dinamizador de la implementación de la estrategia AIEPI; la identificación y visibilización de rutas locales para la resolución de problemáticas que atañen directamente

a la infancia; y la movilización social para la denuncia y solución de problemáticas identificadas.”⁶⁷

En este sentido, el eje de salud propuso trabajar con los actores locales de la localidad de Usme con el fin de establecer mecanismos que promovieran el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de la localidad. Ocampo comenta:

“el programa está gestionando a nivel de los actores locales, es decir el gobierno local, la alcaldesa y todas las cabezas importantes para que se empiece a trabajar sobre esos problemas estructurales que hay dentro de la localidad de Usme. Por consiguiente el programa trató de establecer lazos con los agentes institucionales de la localidad”.

En mis conversaciones informales que tenía con Ocampo ella comentaba como elemento negativo que faltó lograr una retroalimentación permanente con varios de los actores institucionales de la localidad como la alcaldía y el hospital de Usme porque no se encontraban interesados en establecer vínculos con otros proyectos y programas de carácter privado que tuvieran interés en trabajar con grupos de población vulnerable. Esto se debía a que para los actores institucionales de la localidad los programas y proyectos privados representaban una competencia para su labor.

Al respecto observé que las capacitadoras realizaron un gran esfuerzo por establecer un contacto con varios de los actores institucionales de la localidad. En esta medida trataban de concertar reuniones con ellos, reflejando siempre un interés por hacer cumplir los objetivos específicos del programa. Sin embargo, nunca se lograron acercamientos significativos con estas instituciones para dar cumplimiento a los objetivos.

Pardo afirma: *“son instituciones que están en toda la ciudad y, por consiguiente, son grandes megaestructuras económicas y sociales que no están interesados en la salud de cada niño de la ciudad, hay una gran cantidad de intereses de por medio”.*

Durante mi acompañamiento a las capacitadoras a gestionar contactos con los actores locales, se podría apreciar que la localidad contaba con una gran cantidad de instituciones y organizaciones que estaban muy sectorizadas. Como se mencionó anteriormente se observó

⁶⁷ Ver documento de línea base

una fuerte competencia entre instituciones como el Hospital de Usme y el ICBF por capacitar el mayor número de madres comunitarias posibles.

En este sentido, se podría afirmar sobre estas instituciones que no hacen que sus objetivos favorezcan a los miembros de la comunidad en la medida que ellos lo necesitan y esperan, y además se enfrasan en unas dinámicas de competencia entre ellas que limitan su capacidad de intervención y la eficacia de la articulación de los programas y ayudas. Considero, de esta forma, que los objetivos específicos durante la primera fase del programa no se cumplieron, porque no se logró una concertación real y concreta entre los funcionarios del programa y los funcionarios de las distintas instituciones.

Pienso que este objetivo era muy importante porque si no se articulan los actores nunca se podrá dar una atención adecuada y global a los problemas de estas comunidades. El hecho de que no se cumpliera implica que el programa de desarraigados se convierte en una masa de las tantas capacitaciones que han recibido las madres comunitarias, sin que esto implique un cambio sustancial en las condiciones de la vida de la población del barrio.

3.7 Conclusiones del capítulo

En el presente capítulo se presentó una evaluación del eje de salud del programa de desarraigados desde la perspectiva institucional durante el período de ejecución que comprende los meses de abril a agosto del año 2007.

En cuanto al objetivo general, basado en la capacitación de las madres comunitarias en la estrategia AIEPI, se pudo observar que el programa contó con herramientas lúdicas que hacían que la participación de las madres fuera activa. Esto representó un indicador diferencial de otras capacitaciones recibidas por las mujeres de parte de otras instituciones y caracterizadas por dictar los talleres de una forma monótona y repetitiva. De igual forma para las talleristas era muy importante propiciar espacios de reflexión y de interacción de con las madres teniendo en cuenta sus ideas, inquietudes y conocimientos sobre el cuidado de los niños.

En esta medida emplearon herramientas metodológicas como lluvia de ideas, por medio de las cuales las madres aportaron permanente ideas en torno a los temas discutidos; socio dramas en los cuales las mujeres hacían representaciones de las 16 prácticas saludables; y las actividades realizadas en grupo que permitieron además de reforzar los conceptos vistos integrar a las madres con sus compañeras.

Como aspectos negativos, las capacitadoras aseguraron que a los talleres les faltó tener una mayor planificación, en el sentido de tener en cuenta en mayor medida las necesidades y problemáticas de cada uno de los grupos capacitados. Ellas aseguraron que esto se debió por darle un rápido cumplimiento al cronograma de actividades establecido por el programa.

Tal como lo señalaron las capacitadoras considero que los talleres tuvieron elementos novedosos como las herramientas metodológicas empleadas, así como el propiciar un espacio en donde las madres expresaran sus ideas de manera permanente. En este sentido creo que las mujeres, además de aprender gran cantidad de conceptos se sintieron escuchadas lo cual generó que siempre estuvieran receptivas durante el desarrollo de las capacitaciones.

Sin embargo es de considerar, y lo señalo como una fuerte crítica al programa, que las capacitadoras no realizaron los talleres a partir del previo proceso de planeación de base realizado en cada una de las UPZ's priorizadas. En este sentido no tuvieron en cuenta las necesidades y problemáticas estudiadas en este proceso. En ninguna de las capacitaciones a las cuales asistí no percibí que se tocaran temas específicos relacionados con cada uno de los grupos estudiados, sino que se discutieron problemáticas similares.

De igual forma es de señalar que solo se capacitaron a 220 madres comunitarias. Al respecto se analiza que esto se debe a que teniendo en cuenta el posterior proceso de réplica de la información por parte de las capacitadoras, si se hubieran capacitado a las 300 madres, que era el objetivo inicial del programa, el proceso de réplica de información hubiera sido más complejo. Frente a estas falencias considero que el programa no contó con el suficiente personal para el desarrollo de las actividades. (El eje de salud sólo tuvo dos funcionarias).

En cuanto al tema de los objetivos específicos las capacitadoras aseguraron que faltó una mayor comunicación con los entes institucionales de la localidad porque no se pudieron encaminar esfuerzos hacia la construcción de una red local que contribuyera hacia un inicio

de solución de problemas que se encuentran presentes en las localidades. En este sentido, los objetivos específicos durante la primera fase del programa no se cumplieron, porque no se logró una concertación real y concreta entre los funcionarios del programa y los funcionarios de las distintas instituciones. Considero que este objetivo era importante y el que no se haya cumplido representa un gran fracaso para el programa.

Las funcionarias del eje de salud realizaron bastantes esfuerzos para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, sin embargo pienso que estos no fueron alcanzados con éxito (en gran parte por una falta de planificación). Las capacitaciones no se llevaron a cabo a profundidad teniendo en cuenta un real proceso de identificación de las problemáticas encontradas en las UPZ's priorizadas; y no se logró establecer un vínculo sólido, ni con las madres para dar seguimiento al programa, ni con las instituciones presentes dentro de la localidad para dar cumplimiento a uno de los lineamientos de la estrategia AIEPI.

CAPITULO 4

Las madres comunitarias evaluando el programa

Este capítulo presentará la evaluación de las capacitaciones llevadas a cabo por el eje de salud del programa de desarraigados desde la visión de los actores locales, siendo representados por las madres comunitarias de la UPZ Danubio de la localidad de Usme. El capítulo consta de dos partes: un análisis sobre la situación de las madres comunitarias dentro de la comunidad y su percepción de las capacitaciones recibidas por parte del eje de salud del programa de desarraigados.

La realización de este análisis aporta varios elementos al presente trabajo de grado. Desde el enfoque de evaluación participante (el cual es empleado en esta evaluación), se tendrá en cuenta la perspectiva de los actores locales, en este caso las madres comunitarias de la localidad. Sus opiniones representan un aporte valioso porque fueron las directas beneficiarias del programa.

De otro lado, a nivel sociológico realizar un análisis sobre las situación de las madres comunitarias resulta no solo pertinente sino además de gran interés en cuanto permite comprender las situación de estas mujeres que desde hace mas de 15 años desempeñan un papel importante en varias de las localidades de la ciudad de Bogotá, al cuidar y proteger a niños menores, que en su mayoría viven en condiciones de extrema pobreza. Conocer sobre su situación, profundizar en sus problemáticas e indagar acerca de sus opiniones sobre las capacitaciones que han recibido constituyen elementos enriquecedores para el análisis sociológico siendo las madres comunitarias un grupo humano con formas internas de organización, con un grado de cohesión y con unas relaciones sociales determinadas.

4.1 Situación de las madres comunitarias

En la primera parte del presente capítulo se presentará una descripción y análisis de la situación de las madres comunitarias en la localidad, su proceso de formación y su relación con el ICBF (las capacitaciones recibidas por parte de dicha institución y el tema salarial).

4.1.1 La situación de las madres comunitarias en la localidad

Las madres comunitarias entrevistadas son mujeres cuya edad oscila entre los treinta y los sesenta años, pertenecen a núcleos familiares y la gran mayoría vive en la localidad de Usme desde hace más de diez años. Sus relaciones familiares y de compañerismo o fraternidad se desarrollan al interior de la localidad.

Las mujeres, quienes llevan entre 12 y 19 años como madres comunitarias, tienen una gran trayectoria en el cuidado de los niños. Observé que ellas se sentían muy contentas y orgullosas con su labor. Doña Ligia Castro comenta que su trabajo como madre comunitaria le permitió superar un cáncer. *“Eso me sirvió de aliciente para mi enfermedad de cáncer porque me pude curar y pude salir adelante”*. Por su parte Luz Dary Ruiz afirma: *“para mí ha sido una experiencia espectacular porque es algo que me gusta y donde he tenido a mis hijos”*.

En torno a la labor de estas mujeres en el cuidado y la atención de los niños de los hogares comunitarios de bienestar tengo algunas observaciones por señalar.

Llamó mi atención el hecho de que en algunas de las viviendas de madres comunitarias que visité con mis compañeras del eje de salud, observé un alto grado de orden y limpieza lo cual hacía que el ambiente de la morada fuera apacible y agradable. Sin embargo los contrastes fueron fuertes ya que en otras casas, por el contrario, el desorden y la falta de limpieza estuvieron acompañados por un alto grado de humedad la cual, a mi modo de ver, afectaba en gran medida la salud de los moradores de la vivienda.

Durante mi visita a algunas madres me sorprendí con el mal estado de sus viviendas. Recuerdo el caso especial de una madre comunitaria quien tenía su casa en precarias condiciones. Al hablar con la mujer podía inferir que para ella no era importante tener en buenas condiciones su morada, por el contrario, se percibía una cierta desidia en ella. Esto me dejó pensando acerca de las condiciones en las cuales algunas de las madres comunitarias reciben y atienden a los niños de la localidad, y si el ICBF realiza un proceso efectivo de seguimiento de los hogares de las madres que reciben niños.

Respecto a su relación con los padres de familia, muchas madres les atribuyeron fuertes críticas porque según ellas, llevaban los niños a los jardines en muy malas condiciones al llegar desnutridos, y con malos hábitos de higiene. Recuerdo el caso de una madre comunitaria que me había comentado que en una oportunidad un niño había llegado un lunes sin desayuno y, por consiguiente, le había tenido que dar doble ración de alimentación. En otros casos las mujeres percibían en varios niños síntomas de baja autoestima y de insociabilidad representada en su baja comunicación con otros niños de sus jardines. Es así como mientras algunos niños reían y compartían con sus compañeritos, otros preferían permanecer callados lo cual generaba una preocupación de parte de las madres.

Sobre este tema considero que las capacitaciones dictadas por el eje de salud del programa de desarraigados constituyeron un espacio para que las madres expresaran sus diversos puntos de vista sobre su relación con los padres de familia. Observé que las mujeres se sentían escuchadas en torno a un tema que a mi parecer les generaba gran malestar. Sobre la reacción de las capacitadoras frente a las críticas realizadas por las madres percibí que escuchaban a las mujeres de manera atenta.

Al observar a las madres en su interacción en cada uno de sus jardines percibí que dedicaban un gran esfuerzo para la atención y el cuidado de los niños. Infiero que ellas tenían un alto conocimiento y experiencia en el cuidado de los menores fruto de las capacitaciones recibidas por varias instituciones. Sin embargo pienso que en muchos casos estas mujeres no tenían suficientes herramientas metodológicas para enseñarles a los niños mientras los menores se encuentran en los jardines.

Al respecto se debe señalar que los niños que llegan a los jardines tienen una edad muy importante para empezar a recibir enseñanzas básicas antes de entrar a los colegios. Y como lo percibí en los hogares comunitarios de bienestar, las madres no les brindan a los menores elementos importantes de enseñanza.

Se pudo constatar que las mujeres gozan de cierto status dentro de su comunidad. Se podría inferir que este reconocimiento se debe a que varios padres de familia no tienen a alguna persona que se haga cargo de sus niños pequeños que no han entrado al colegio mientras ellos

van a trabajar y, por consiguiente, la labor gratuita que las madres brindan representa un hecho que evidencia un gran soporte en esa etapa de cuidado y atención a los menores.

Se podría inferir de la misma forma que siendo Usme una zona donde se presentan altas tasas de desempleo, ser empleadas por tantos años y recibir un salario por parte de ICBF puede generar un cierto grado de reconocimiento de parte de otros habitantes de la localidad. Sin embargo, se debe señalar que este reconocimiento ha sido envidiado y reprochado por parte de otros miembros lo cual ha generado fricciones con las madres.

Las mujeres se encuentran agrupadas en asociaciones que están divididas en cargos directivos, (presidenta, vicepresidenta, tesorera, secretaria). Son escogidas entre ellas mismas para desempeñar estos cargos los cuales duran una cantidad determinada de tiempo. En las reuniones de las asociaciones se reúnen una vez a la semana y discuten acerca de diversos temas relacionados con sus jardines como la alimentación y el cuidado de los niños. Estas reuniones también representan un espacio para departir fraternalmente acerca de varios temas de su cotidianidad.

En cada sesión la presidenta expone los temas en un orden establecido y que van siendo discutidos por las demás mujeres participantes. Al respecto doña Ligia comenta: *“es muy rico poderse reunir con las compañeras todos los viernes porque es como salir de la rutina de todos los días. Allá nos reímos mucho”*. Por su parte Doña Carmen afirma: *“con varias de las compañeras de asociación llevamos un largo tiempo de amistad y es muy rico saber que se puede contar con ellas”*.

Desde una perspectiva sociológica se establece que los seres humanos se agrupan alrededor de asociaciones en torno a intereses comunes lo cual genera identidad y sentido de pertenencia. En el caso de las madres comunitarias, formar parte de una asociación y compartir acerca de temas semejantes con otras mujeres que trabajan en este mismo campo genera un sentido de apropiación lo cual se ve intensificado por lazos de fraternidad o compañerismo.

No obstante, en estas reuniones también se han presentado espacios de intriga y de envidia. Recuerdo que durante el grupo focal realizado para el presente trabajo de grado, se presentó una discusión entre varias madres por la elección de la próxima presidenta de la asociación. El

grupo estaba dividido porque algunas madres tenían una favorita y otro grupo prefería a otra mujer. Esto había generado una gran cantidad de rumores que las habían dividido.

En otra oportunidad observé varias diferencias presentadas entre un grupo de madres comunitarias, al parecer por el fuerte liderazgo que una madre ejercía en la localidad. Dadas las diferencias esta madre empezó a dejar de asistir a las reuniones de asociación. Puesto que esta observación la realicé cuando estaba terminando mi trabajo de campo en la localidad, nunca supe en que terminó la situación.

Pude percibir que en entre las madres había una cierta discriminación. Por ejemplo, sentí que algunas estaban mejor acomodadas económicamente a diferencia de otras que apenas contaban con lo básico para subsistir. En esta medida, las madres que se encontraban en una mejor situación económica se integraban y dejaban a un lado a la mujer de escasos recursos.

Se podría inferir que las madres están agrupadas en asociaciones en donde discuten acerca de diversos temas. Sin embargo, al interior de estas agrupaciones se presentan intrigas y envidias, lo cual deja entrever que las mujeres son personas que se reúnen en torno a intereses comunes pero que también sienten toda clase de sensaciones concernientes al género humano.

A continuación se expondrá la relación de las madres comunitarias con el ICBF teniendo en cuenta las capacitaciones recibidas por parte de la institución y la labor que ellas realizan al interior de los hogares comunitarios de bienestar.

4.1.2 La relación de las madres con el ICBF

Se pudieron constatar varias razones por las cuales las mujeres aceptaron participar en la convocatoria de los Hogares Comunitarios de Bienestar.

Doña Ligia Castro comenta:

“Como madre comunitaria me convertí porque de por si no tenía nada que hacer y pues como todas tenemos que pasar por el proceso de capacitación yo la hice y esperé a que me dieran el jardín”.

Por su parte Maria Antonia Mojica afirma:

“No tenía quien me cuidara a mis hijos pequeños de la forma como yo quería. Entonces decidí averiguar sobre el tema de los hogares de bienestar y así me hice madre comunitaria. Ya llevo doce años en esta labor”.

Maria del Carmen Vivas comenta:

“La razón por la cual me convertí en madre comunitaria fue porque cuando iba a trabajar dejaba a mi hija con una señora que la mantenía encerrada. Un día una vecina me contó sobre lo que estaba pasando y pues me dio mucha tristeza y nunca volví a dejar a mi niña sola. Por eso decidí entrar a los hogares de bienestar para que los niños de otros padres de familia estuvieran bien cuidados”.

Los tres testimonios son valiosos en cuanto permiten analizar diferentes razones por las cuales las madres aceptaron participar en la convocatoria. De un lado, Castro encontró en los hogares una oportunidad para estar ocupada. Recuerdo el caso especial de esta madre que en una ocasión me comentó que esta actividad le sirvió para superar un cáncer que tuvo por mucho tiempo. En esta medida el contacto permanente con los niños le permitió pensar en otras cosas que le ayudaron a superar su enfermedad.

En el caso de Mojica se presenta el interés de la madre por encontrar a una persona que le cuidara a sus hijos de la manera como ella quería. Al no hallarla ingresó al programa del ICBF, en el cual obtuvo herramientas para cuidar a sus hijos y los de otros padres de familia. Otro elemento que deseo señalar de esta mujer, es que al entrar a su casa observé que esta se encontraba limpia y ordenada lo cual brindaba a los niños que llegaban un espacio donde ellos pudieran permanecer en buenas condiciones.

Finalmente, el testimonio de Vivas deja entrever una experiencia dolorosa que tuvo relacionada con su hija, la cual fue un incentivo para que buscara a los hogares comunitarios de bienestar. Este testimonio se asemeja al de Mojica quien afirmó que deseaba estar cerca de sus hijos para poderles brindar un cuidado y atención adecuados. Sin embargo, a diferencia de Mojica, Vivas ya había tenido una experiencia dolorosa previa con su hija.

El ICBF les exige a las mujeres que deseen ser madres comunitarias algunos aspectos: tener el tiempo suficiente para asumir el compromiso de madres comunitarias; ser residentes del sector y aceptadas por los pobladores; ser aceptadas por los niños y tener aptitud para trabajar con ellos; gozar de buen estado de salud; tener capacidad para establecer buenas relaciones y motivar la participación de los pobladores; y tener actitud y claridad para el trabajo

solidario⁶⁸. De igual forma la institución espera que las madres se inscriban para la capacitación de introducción del programa; se organicen y lleven a cabo actividades con los niños y trabajen con grupos de padres de familia para fortalecer la relación familiar.

De lunes a viernes las mujeres atienden, cuidan y responden por un grupo de 15 niños menores de siete años para apoyar su desarrollo, mejoramiento de salud, nutrición y condiciones de vida en sus jardines; desarrollan actividades pedagógicas con los menores a partir de su entorno cultural y social; vigilan su crecimiento y estado nutricional por medio del diligenciamiento del registro de crecimiento; y preparan su alimentación de acuerdo a la minuta establecida y las prácticas de las normas de higiene sugeridas⁶⁹. Las madres también trabajan con los padres de familia para fortalecer la relación familiar con sus hijos. En este sentido les brindan charlas periódicas sobre el cuidado y la protección adecuada de los menores.

En el documento *Lineamientos generales del Bienestar Familiar* se expone que por cada niño que atienden las madres reciben una beca mensual; tienen derecho a préstamos del Instituto de Crédito Territorial para mejorar su vivienda; y reciben en calidad de préstamo manejo de cocina, utensilios, mesas y otros recursos para la atención de los niños.

Sin embargo, contrasté esta información con la opinión de las madres comunitarias quienes aseguraron que sólo reciben por parte del ICBF material didáctico para llevar a cabo actividades con los niños y bienstarina para alimentar a los pequeños. En una conversación que tuve con una madre comunitaria ella me comentó que consideraba que el instituto no brindaba suficiente material de apoyo didáctico como juguetes. Esto me lleva a cuestionar acerca de si el ICBF es coherente entre los elementos que asegura proporcionar a las madres y lo que sucede en la vida real.

Las madres reciben permanentemente capacitaciones por parte de la institución, quien concibe la capacitación como: *“un proceso permanente, presencial y a distancia, inserto en el quehacer diario de las acciones que se necesitan para el mejoramiento de las condiciones de*

⁶⁸ Ver Ibid

⁶⁹ Ver Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar*. P. 15

vida y de la atención directa de los niños, con la participación de la familia y la comunidad”⁷⁰.

La capacitación inicia con un taller que tiene una duración de 40 horas y que se basa en una ficha integral en el cual se desarrollan los siguientes temas: el rol del adulto en el desarrollo del niño; las características y necesidades del niño menor de siete años y trabajo con grupos de niños de 2 a 7 años; temas relacionados con la nutrición y salud, manipulación y almacenaje de alimentos; el juego de roles como actividad esencial del niño de 3 a 6 años; y la clase y empleo de materiales educativos.

Cada año las madres reciben entre 4 y 5 capacitaciones dependiendo del tema que deba ser reforzado (en varias ocasiones las madres solicitan los talleres o en otras la iniciativa de impartirlos viene de parte de la institución). Varios de los temas que han sido impartidos han sido: pedagogía, psicología, nutrición, primera infancia, pautas de crianza, control y tabla de la ficha integral, entre otros. Los procesos de capacitación son obligatorios y monitoreados por las funcionarias de la institución.

Aunque la mayoría de las madres reconocieron que por medio de las capacitaciones han aprendido gran cantidad de conceptos para ponerlos en práctica en sus jardines, afirmaron que los talleres se han vuelto muy repetitivos lo cual hace que la teoría enseñada sea bastante monótona.

Luz Dary Ruiz comenta:

“Han sido unas capacitaciones como muy básicas. Al comienzo uno se siente bien porque va a adquirir mucho conocimiento pero ya después como que lo mismo, lo mismo, y eso es lo que pasa con Bienestar Familiar”.

Ligia Castro afirma:

“Pues cuando yo hice mi capacitación para ser madre comunitaria era muy bueno porque siempre se tomaba los temas bien a fondo y las capacitaciones hasta el momento han sido buenas. Me gustan porque siempre le tiene que quedar algo a uno de todas las enseñanzas que recibe. Sin embargo a veces las capacitadoras hablan mucho y hay poca práctica entonces se vuelve muy monótono”.

⁷⁰ Ver Lineamientos generales

Nury Viscaya señala:

“Las capacitaciones han sido muy buenas, realmente uno aprende mucho. Pero todos los años se ven los mismos temas, entonces es un poco repetitivo”.

Himelda atestigua:

“No me gustan las capacitaciones porque considero que las dicen a las carreras. Tampoco me gusta que no son programadas, sino por el contrario, son de un día para otro, entonces tenemos que cerrar el jardín de forma intempestiva”.

Maria Antonia Mojica comenta:

“Han sido capacitaciones buenísimas porque uno aprende mucho y aprende muchas cosas a nivel laboral, para el hogar y para uno mismo. Sin embargo me parece complicado asistir a los talleres cuando estamos en horas de trabajo, porque estar laborando y dejar a los niños en responsabilidad de otra persona es difícil. Me parece mejor recibir capacitaciones en momentos que le den a uno el día”.

En general se percibió una fuerte crítica de parte de las madres hacia las capacitaciones recibidas por parte del ICBF al considerarlas como monótonas y repetitivas. Si bien varias de las mujeres señalaron que han aprendido conceptos nuevos en el cuidado de los niños, también coincidieron en afirmar que todos los años se repiten los temas, lo cual genera que ellas se desmotiven hacia los talleres brindados por la institución.

Los testimonios también dejan entrever la manera como las madres perciben su rol dentro de la comunidad. Se podría inferir que las mujeres se sienten plenamente identificadas con su trabajo en el cuidado de los niños porque hablaron con propiedad acerca de su labor en los jardines y como las capacitaciones recibidas por parte del ICBF, aunque algo monótonas y repetitivas, les ha permitido tener herramientas para ser empleadas en sus hogares.

Otro elemento esencial que se constató en la relación entre las madres y el ICBF fue que el reconocimiento que según ellas reciben de parte de algunos miembros de la comunidad no es el mismo que el de la institución, lo cual se representa en las bajas bonificaciones mensuales recibidas. En las conversaciones informales que tuve con ellas pude constatar que sentían una gran inconformidad puesto que sus argumentos iban dirigidos hacia los grandes esfuerzos que dedicaban a la manutención de sus jardines, recibiendo a cambio muy poco reconocimiento salarial al respecto.

Luz Dary Ruiz afirma:

“Lástima que nuestro trabajo no sea bien reconocido por el gobierno, por el mismo bienestar, porque ellos creen que como nosotras no tenemos un cartón nuestro trabajo no es tan reconocido, y pues esa es la pelea de las madres comunitarias, nosotras deberíamos ser reconocidas laboralmente como profesoras de un colegio”.

Aunque a partir del presente año las madres comunitarias tuvieron un incremento del 50 por ciento en su bonificación mensual, lo cual equivale al 70 por ciento del salario mínimo (\$323.050), en los 20 años del programa de los Hogares Comunitarios de Bienestar las mujeres han tenido incrementos muy bajos en sus bonificaciones.⁷¹

A partir de los argumentos señalados anteriormente se presenta un análisis al respecto. Teniendo en cuenta el testimonio de las madres, hay una falta de atención por parte del ICBF para que las capacitaciones tengan cada año elementos novedosos que les permita profundizar los conceptos aprendidos y no tener que repetir constantemente los mismos temas. Otro elemento por subrayar es que el instituto no realiza una planificación periódica de los talleres, sino que por el contrario estos son realizados de forma improvisada lo cual afecta el cotidiano funcionamiento de los jardines. Sumado a esto el tema de la baja remuneración de las madres podría reflejar una falta de reconocimiento y atención de parte de la institución hacia su labor.

4.2 Percepción de las madres hacia el programa de desarraigados

La segunda parte del presente capítulo se basa en el análisis de la percepción de las madres sobre las capacitaciones recibidas por el eje de salud del programa de desarraigados teniendo en cuenta los siguientes temas: dinámicas, desarrollo y contenido de los talleres, comparación con otras capacitaciones recibidas, las capacitadoras, elementos que hicieron falta en los talleres, percepción sobre el tema de la réplica y los conceptos aprendidos en la práctica.

⁷¹ El aumento histórico en la bonificación de las madres comunitarias, en los últimos años, ha sido un incremento del 10 por ciento entre el 2006 y el 2007 y del 17,2 por ciento para pasar del 2007 al 2008. Para el caso de Bogotá, representa un aumento de 100 mil pesos mensuales para cada una de las madres comunitarias. En el caso de las mujeres que atienden 14 niños, el aumento corresponde a 107 mil 900 pesos.

4.2.1 Proceso de planeación de base

Las madres comunitarias de la UPZ Danubio recibieron capacitaciones por parte del eje de salud del programa de desarraigados en el mes de Junio del año 2007. Cuando las capacitadoras realizaron una primera visita a las madres para promocionar los talleres, se percibió un trato amable y con una gran disponibilidad al diálogo de parte de las mujeres lo cual permitió que desde un inicio la relación institucional-comunidad fuera cordial. Establecidas las fechas de las capacitaciones, por medio de un común acuerdo, se dio inicio al desarrollo de las mismas.

Antes de dar inicio a las capacitaciones, el programa realizó el proceso de planeación de base con las madres comunitarias⁷². Observé que durante esta actividad las madres expusieron con tranquilidad sus puntos de vista en torno a lo que consideraron como las principales problemáticas de sus jardines. Durante la discusión también plantearon soluciones para dichos problemas. La actitud de las capacitadoras siempre fue receptiva y con una gran disponibilidad al diálogo.

Ligia Castro comenta: *“esta actividad fue muy chévere porque casi ninguna institución que nos capacita nos pregunta acerca de que pensamos de los problemas que tenemos en nuestros jardines sólo nos dan la información y ya”*.

De este comentario se infiere que las capacitaciones de otras instituciones sólo se enfocan en dictar un contenido pero sin tener en cuenta una previa planeación de base en la cual se indague por las problemáticas de un grupo de madres seleccionado. El eje de salud si hizo este proceso, el cual a mi modo de ver constituye un factor positivo del programa. Del testimonio de Castro también se infiere que esta actividad les llamó la atención a las madres en cuanto a que podría representar una actividad que no habían realizado antes, y por medio de la cual a mi modo de ver expresaron libremente sus ideas.

⁷² Los resultados de la planeación de base para la UPZ priorizada Danubio Azul fue descrito en el capítulo 3

4.2.2 Dinámicas y desarrollo de los talleres

Como ya fue mencionado las capacitaciones tuvieron una duración de dos días e inició con la presentación de los participantes: de un lado, las capacitadoras realizaron una presentación del programa; del otro, las mujeres se presentaron y comentaron acerca de su trayectoria como madres comunitarias.

Durante su presentación las capacitadoras expusieron el programa de desarraigados y las actividades llevadas a cabo por sus tres ejes, enfatizando acerca de que las madres podían participar en las actividades desarrolladas por todos los ejes, como el caso de agricultura urbana o de micro créditos.

Considero que durante la presentación de las actividades del programa las capacitadoras reflejaron seguridad la cual fue transmitida hacia las madres que en algunos talleres realizaban preguntas sobre los ejes. En una oportunidad una madre preguntó acerca de los beneficios que podría tener la actividad de agricultura urbana, la cual fue respondida por una capacitadora quien afirmó que por medio de esa actividad se podría generar una fuente de ingresos al poder los beneficiarios comercializar sus productos cultivados.

Todos los grupos de madres comunitarias capacitados se conocían entre sí. Más aún, todas las mujeres pertenecían a las mismas asociaciones lo que, a mi modo de ver, permitió que se lograran integrar fácilmente durante el desarrollo de las dinámicas.

Habiendo realizado este punto inicial se establecieron unos acuerdos y una metodología de trabajo por parte de las talleristas.

4.2.2.1 Análisis de la realidad local

En esta primera actividad las mujeres fueron divididas en grupos, se les brindó material y dibujaron en cartulinas el mapa de su localidad. Posteriormente una representante de cada grupo expuso ante sus compañeras y las capacitadoras acerca de las principales problemáticas de su sector en su UPZ, teniendo en cuenta sus causas y consecuencias.

Un ejemplo de estas problemáticas fue el tema de las basuras. Durante los talleres las madres resaltaron que las personas, que en su mayoría madrugan para salir al trabajo no estaban pendientes de depositar la basura en el momento en que el carro pasaba sino por el contrario la dejaban acumulada en la calle. Por consiguiente, llegaban los perros, se revolcaban en ellas y esto traía como consecuencia que surgieran olores nauseabundos que atraían a las moscas ocasionando enfermedades al sector.

Esta y otras problemáticas fueron expuestas por los distintos grupos, lo cual generó un debate en el cual las madres aportaron distintas opiniones e ideas para plantear soluciones al respecto. Por ejemplo, una mujer comentó que debería haber un sitio para que las personas que van a trabajar depositen la basura en un lugar determinado donde pase el carro a recogerla.

Durante la actividad se observó que las madres hablaban libremente, pero siempre teniendo un orden establecido por las capacitadoras. De esta forma las mujeres alzaban las manos y esperaban su turno para expresar sus puntos de vista.

Se pudo observar que las madres sentían una gran preocupación e interés de aportar elementos importantes para alimentar la discusión. Es así como siempre había más de cinco madres que mantenían levantada la mano a la espera de poder realizar su intervención.

Las mujeres reconocieron que por medio de esta actividad adquirieron una mayor conciencia no sólo de las problemáticas de su comunidad del Danubio sino de Usme en general. Doña Ligia comentó que por lo general ella solo pensaba en los temas concernientes a su comunidad y, por consiguiente, nunca conocía acerca de los temas de las otras comunidades.

De manera puntual Ligia Castro afirmó: *“esta actividad fue muy buena porque todas nos enteramos de lo que estaba sucediendo en otros sectores de nuestro barrio”*. De manera similar doña Inés señaló: *“con esta dinámica nos enterábamos de las necesidades que tiene cada sector y comprender que eso afecta en gran medida la salud en especial la de los niños”*.

4.2.2.2 Enseñanza de las 16 prácticas saludables

En la tarde, las capacitadoras introdujeron la enseñanza de las 16 prácticas saludables, por medio de la entrega de una cartilla a cada madre comunitaria cuyo contenido explicaba de forma detallada el contenido de cada práctica, así como una breve historia de la estrategia AIEPI⁷³. Observé que al recibir la cartilla algunas madres la leían y otras simplemente la ojeaban. Las capacitadoras iban designando a una madre la lectura de una práctica quien la leía en voz alta. Posteriormente en plenaria, las talleristas explicaban más detalladamente las prácticas para el entendimiento integral de las mismas.

Durante la presentación de las prácticas saludables percibí que las madres se encontraban interesadas, escuchaban de manera atenta a las capacitadoras y de igual forma exponían sus inquietudes sobre los conceptos no entendidos. Por su parte observé que las talleristas respondían a las dudas de las mujeres con amabilidad y con un pleno conocimiento del tema.

En la discusión posterior a la lectura del material, algunas de las madres recordaron conceptos que ya sabían. Maria Antonia Mojica comenta: *“fue como una retroalimentación, por ejemplo yo sabía cositas simples que expuse pensando que algo podría servir para la discusión”*. De forma más puntual Ligia Castro afirma: *“fue como una retroalimentación de parte y parte”*.

Sobre los testimonios expuestos se señala que las madres tienen más de 15 años de experiencia como madres comunitarias, razón por la cual se puede inferir que ya han adquirido bastantes herramientas para cuidar a los niños. De otro lado, si bien tanto las madres como las talleristas realizaron una crítica hacia otras capacitaciones dictadas por otras instituciones al señalarlas como monótonas y repetitivas, se debe destacar que por medio de ellas las madres también han adquirido conocimientos para el cuidado y atención de los menores.

Para otras madres la lectura de las prácticas representó un escenario donde la gran variedad de elementos novedosos las animaron a realizar preguntas que animaron al debate y a la discusión. En ese caso una mujer preguntó, en relación con la práctica 3 sobre el consumo de

⁷³ Como se expuso en el capítulo segundo, las 16 prácticas saludables comprenden estrategias para prevenir enfermedades y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños menores de cinco años.

nutrientes, cuáles eran las frutas que debían ser proporcionadas a los niños a partir de los seis meses. La capacitadora le contestó señalando que a partir de ese momento la alimentación debía incluir frutas y verduras de color anaranjado o verde.

En percepción de Doña Luz Dary: *“nos enseñaron a manejar la diarrea, una fiebre, un vómito, unos primeros síntomas. Fue algo muy bueno para nosotros, un aporte grandísimo para el trabajo que tenemos nosotros”*. Inés comenta: *“año tras año van cambiando los tratamientos, como tratar las enfermedades. Con este taller uno se va actualizando en los temas”*.

Al final del día a cada grupo se le designó la elaboración de dos tareas. En primera medida debían preparar una exposición en donde presentaran las principales problemáticas de sus jardines. En estas se debían incluir sus causas, consecuencias y posibles formas de solución. La segunda consistía en la asignación a cada grupo de cuatro prácticas a partir de las cuales debían realizar dramatizados en los que reflejaran el contenido de las mismas.

La asignación de tareas representó un elemento importante para las madres porque debían profundizar en las tareas asignadas y documentarse en los temas vistos. Doña Inés comentó: *“eso fue todo un corre corre porque teníamos que conseguir disfraces”*. Doña Carmen afirmó: *“nos quedábamos como hasta las once de la noche cuadrando las coplas para la representación de la práctica de la alimentación”*, y agregó: *“a mí me gustaron las tareas que nos dejaban porque nos tocaba documentarnos y buscar los disfraces para la representación”*.

Considero que la asignación de esta clase de tareas por parte de las capacitadoras constituyó un elemento positivo del eje de salud del programa. Los testimonios señalados con anterioridad reflejaron que las madres además de realizar su tarea se divirtieron, logrando así que se motivaran a realizar bien las cosas.

4.2.2.3 Identificación de los problemas en sus jardines

Durante el segundo día de la capacitación las madres presentaron sus tareas realizadas. En la primera tarea, la cual consistió en la presentación de las problemáticas de sus jardines, cada grupo realizó su respectiva exposición.

Un ejemplo de ello fue la identificación de un grupo de madres de un problema relacionado con el rol de los padres de familia en relación con el cuidado de sus hijos. Las madres expusieron que los padres no estaban lo suficientemente responsabilizados del cuidado de sus hijos (no los alimentaban ni estaban pendientes de ellos de forma adecuada).

Como causas de esta situación las madres establecieron que esto se debía a que ellos salían desde muy temprano de sus casas y regresaban muy tarde en las noches, les faltaban medios económicos, tenían problemas conyugales que afectaban la estabilidad de los niños entre otros temas. Como consecuencia de ello, los menores llegaban a los jardines desnutridos, con bajas defensas y en algunas ocasiones con graves problemas psicológicos. En la propuesta de una solución al respecto, el grupo propuso establecer una comunicación más directa con los papás para exponerles las condiciones en las cuales los niños estaban llegando al jardín.

Al respecto se debe señalar que las madres comunitarias representan un medio de comunicación directo con las familias, y como tal, sus aportes pueden contribuir a dar una solución a los problemas que observan en los niños. Considero que ningún otro actor puede conocer tan bien los problemas que tiene un niño como ellas.

Recogiendo algunos de los testimonios de las madres sobre la discusión de este tema se presentan los siguientes: *“Los padres tienen que darle a los niños la misma proporción de alimentos que en el jardín, porque es que hay niños que la pasan con un chocolate y pan”*, comenta doña Antonia. Por su parte, doña Carmen afirma: *“hay niños que llegan el lunes con mucha hambre, por consiguiente, se les debe dar doble almuerzo y dobles medias nueves, lo que quiere decir que el sábado y el domingo a los niños no los alimentaron bien”*.

Sobre la preocupación de las madres acerca de estas problemáticas, infiero que ellas ya habían tenido un previo proceso de comunicación con los padres de familia. Consideraría que luego

de la capacitación esta comunicación se acentuaría, teniendo en cuenta que todas las madres señalaron su preocupación sobre estos temas.

Las capacitadoras introdujeron de nuevo el contenido de las 16 prácticas saludables, las cuales fueron empleadas para aportar posibles soluciones a los problemas planteados por las madres. En el caso del tema de la falta de cuidado de los padres para con los hijos, las talleristas recalcaron a las madres participantes acerca de la importancia de hablar con los padres y enseñarles prontamente el contenido de las prácticas para contribuir con el bienestar del niño.

El trabajo en equipo fue esencial en la realización de las dinámicas puesto que las madres debían distribuirse las tareas. Las capacitadoras cambiaban a las madres constantemente de grupo y eso les permitía integrarse con sus otras compañeras. En los equipos nombraban a un monitor que pasaba a exponer el trabajo del grupo.

Exponer frente a sus compañeras los temas investigados representó para las mujeres un reto porque debían perder el miedo de hablar en público. Doña Ligia comenta: *“eso fue muy chévere porque nos teníamos que enfrentar al auditorio y teníamos que perder el oso. Y eso es una terapia muy buena a la hora de ir a hablar a la comunidad o a un grupo de personas”*.

4.2.2.4 Representación de las 16 prácticas saludables

Posteriormente, según la segunda tarea asignada, cada grupo realizó la dramatización de las prácticas saludables. Se pudo observar que el esfuerzo realizado por las mujeres se vio reflejado en los trabajos terminados en los cuales se presentó una total dedicación de parte de ellas. Durante mi asistencia a varios talleres observé varios de los trabajos. Uno de ellos fue el de una cartelera para representar la práctica 1 sobre la lactancia materna en la que las madres dibujaron a una mujer en estado de embarazo. En el dibujo se apreciaba la delicadeza de los trazos y el color parejo de la figura lo cual daba una apariencia bastante atractiva.

En otro ejemplo, para exponer la práctica 5 sobre las vacunas, un grupo hizo una representación por medio de una obra de teatro en la cual tenía como objetivo mostrar la importancia de brindar las vacunas oportunamente cada mes al niño. De esta forma su representación consistió en que una madre se disfrazaba de bebé, otra de mamá del niño, otra

del papá del niño y otra de médico. En la caracterización los papás dejaron pasar el tiempo prudencial de la asignación de la vacuna de hepatitis, por lo cual el bebé estaba empezando a presentar graves síntomas. Esta situación hizo que los progenitores tomaran la determinación de llevar al niño al médico, quien les realizó una charla explicativa acerca de los períodos en los cuales el menor debía ser vacunado para prevenir enfermedades.

En la representación de todas las prácticas las madres utilizaban disfraces y atuendos y el componente del humor fue una constante. Las mujeres reían permanentemente y se pudo percibir que al mismo tiempo en que disfrutaban de las representaciones reforzaban en mayor medida sobre el contenido de las prácticas saludables.

Pienso que este factor representa un elemento positivo del programa y que favoreció la receptividad de las madres hacia los talleres. Al respecto se señala que las mujeres, quienes se encuentran acostumbradas a su labor diaria en el jardín, en el taller entraron a interactuar en un espacio lúdico en donde reforzaron conceptos teóricos por medio de actividades lúdicas y recreativas. En este sentido dejaron a un lado su cotidianidad para integrarse con sus compañeras en un espacio de diversión y entretenimiento.

Si bien se podría inferir que si hay demasiada diversión en el trabajo este no sea tomado en serio por las madres, considero que por medio de esta actividad las mujeres además de reírse y divertirse si consolidaron los conocimientos aprendidos en la teoría. De esta forma pienso que el espacio para la realización de esta actividad fue bien llevado por las capacitadoras porque luego de la ejecución de cada exposición reforzaron los conceptos de la estrategia enseñados previamente.

Los trabajos hechos por las madres reflejaron su interés y entusiasmo en la realización de las tareas asignadas. De igual forma muestra que las mujeres estaban contentas con el desarrollo de los talleres así como del trato de las capacitadoras hacia ellas.⁷⁴

Inés comenta: *“A mi me gustó mucho la obra de teatro que presentábamos allá sobre accidentes, de cómo apoyar y cuidar al niño, la forma de prestarle su servicio rápido y sobre la lactancia de las mamitas”*. Carmen Vivas recuerda con alegría: *“Nosotros hicimos las*

⁷⁴ La percepción de las madres acerca de las capacitadoras será expuesto en un aparte posterior.

cosas en forma de coplas. Yo me acuerdo que yo dije una que cuando alzo al hijo yo me siento muy feliz porque lo estoy nutriendo”.

Las mujeres consideraron que las 16 prácticas representan lo que ellas viven cotidianamente y lo que deben practicar en su vida diaria. En este sentido varias fueron las prácticas que las impactaron. Para doña Ligia la práctica del VIH fue la que más le gustó: *“en una experiencia que tuve con mi hijo en el trabajo de investigación que le tocó hacer sobre el SIDA se ven cosas terribles, entonces me impactó mucho esa práctica”*. Por su parte a María Antonia le impactó de forma positiva la práctica de la vacunación a los bebés y a Doña Inés la de la desnutrición.

Se puede inferir que estas prácticas impactaron en gran medida a las madres porque además de conocer su contenido teórico, pudieron relacionarlas con las problemáticas que se presentan en sus jardines.

4.2.2.5 Otros elementos enseñados

Las capacitadoras posteriormente brindaron a las madres unas tablas en las cuales se encontraban las medidas de talla y peso normales. El objetivo de esta enseñanza, era que las madres aprendieran a identificar si la talla y el peso de los niños de sus jardines era la adecuada en relación con la medida estándar. Las capacitadoras también mostraron unos videos en los cuales enseñaban a identificar si los niños se encontraban en estado de desnutrición o deshidratación.

Durante la enseñanza de estos conceptos, se presentó de la misma forma que en las dinámicas anteriores, que las madres realizaban preguntas acerca de los elementos no entendidos y estos eran respondidos por las capacitadoras. En palabras de Ligia Castro: *“lo que más me impactó fue lo de los niños desnutridos y como se puede mirar a un niño cuando tienen esos síntomas de enfermedades graves”*.

Las capacitaciones finalizaron con un recuento del taller, las conclusiones y los mensajes centrales sobre los contenidos. Durante este proceso realizaron una recapitulación de las 16 prácticas saludables y les recalcaron a las madres sobre la importancia de colocarlas siempre

en práctica. Por su parte, las mujeres aportaron sus ideas relacionadas con los elementos que más aprendieron durante el desarrollo de los talleres como el aprendizaje de las 16 prácticas saludables, y sobre la importancia de hablar continuamente con los padres acerca de los problemas relacionados con varios de los niños en los jardines para que ellos se concienticen de la situación.

Como se señaló en el capítulo tercero, algunas madres recibieron las capacitaciones en la localidad de Usme y otras en las instalaciones de la Universidad del Rosario. No observé ninguna diferencia entre los grupos capacitados en la universidad y en la localidad. En los dos lados observé que las madres permanecían cómodas y receptivas en torno a los talleres. Sin embargo, y como se mostrará más adelante en el presente capítulo, el hecho de que algunos grupos de madres fueran capacitados en la Universidad incidió de manera decisiva en su opinión positiva del programa.

Luego las mujeres realizaron una evaluación del programa, en la que dibujaron una mano y ahí escribían las prácticas que más les gustaron. Carmen Vivas comenta: *“a mí me gustó la evaluación final, que era dibujar una mano y ahí colocar las prácticas que más me habían gustado”*.

Posteriormente establecieron un compromiso de divulgar la información aprendida en el taller a diez personas más de su comunidad, lo cual se llevó a cabo en la segunda fase del programa.

Durante el grupo focal que realicé con las madres me comentaron que el proceso de réplica o de divulgación de la información tendría dos inconvenientes. De un lado no contarían con el mismo material que recibieron durante las capacitaciones porque no tendrían la parte audiovisual (televisor, ni papelógrafos ni útiles como esferos, plumones colores, borradores, etc,...), solo con la cartilla en la cual están presentes las 16 prácticas saludables. De otro lado ellas consideraron que la réplica de la información sería muy complicada porque aseguraron que los padres son muy perezosos al incumplir las citas programadas.

En general se percibió que las mujeres disfrutaron de los talleres. Los testimonios de varias de ellas dejan entrever que fue una capacitación novedosa en donde se combinaron elementos lúdicos con la teoría aprendida.

Luz Dary Ruiz comenta:

“Esta capacitación que dio la universidad, fue una capacitación que nos gustó bastante porque es algo nuevo. Uno se sentía muy bien. A veces en las reuniones nos acordamos de todas las actividades que realizamos. Nos volvimos a sentir como niños en esos momentos porque disfrutamos mucho de los talleres”.

Ligia Castro afirma:

“No fue un taller común y corriente de los que estamos acostumbrados que nos sentamos y esperamos a que nos den la charla, aquí al contrario fue práctica y fue teoría y con dinámicas. Así se graban más las cosas”.

A partir de estas percepciones se puede establecer un punto de comparación con las capacitaciones recibidas por las madres de parte del ICBF. A diferencia de las capacitaciones de dicha institución, las cuales eran consideradas por las mujeres como monótonas y con falta de ejercicios prácticos que reforzaran la teoría, en las capacitaciones recibidas por el eje de salud del programa de desarraigados ellas sintieron que los elementos aprendidos en la teoría fueron reforzados en la práctica con gran variedad de dinámicas.

4.2.3 Evaluación de otros aspectos

4.2.3.1 Relación con las capacitadoras

Durante el primer día de la capacitación se pudo percibir que se entretejió un ambiente de confianza entre las madres comunitarias y las capacitadoras. Las mujeres exponían con tranquilidad sus puntos de vista dando a entender que confiaban en los conocimientos de las talleristas. Considero que esto se dio así porque desde un inicio las capacitadoras reflejaron un alto conocimiento de los temas que fueron transmitidos con seguridad a las madres.

De otro lado ya se percibía que se estaban generando lazos de fraternidad los cuales se percibían en las conversaciones informales que se llevaban a cabo entre las mujeres y las capacitadoras durante los refrigerios. Al respecto observé que durante los descansos las madres se sentaban en grupos con las compañeras con quienes tenían más afinidad. En varias oportunidades las capacitadoras se acercaban a ellas y conversaban acerca de diversos temas relacionados con sus jardines. Sin embargo, esto tal vez no sea suficiente para crear lazos duraderos entre las madres y hacia el programa lo cual era el objetivo del mismo.

Otro elemento que observé fue que las capacitadoras durante el desarrollo de las dinámicas les decían a cada grupo que se designara un nombre. Así, por ejemplo, los grupos tenían distintos calificativos: “las chicas superpoderosas”, “las ganadoras”, etc,.. Esto generaba una mayor integración del grupo y una mayor compenetración con las dinámicas.

Las madres subrayaron como el elemento más importante la excelente pedagogía empleada por las capacitadoras porque, según ellas, combinaron de una manera eficaz la teoría con la práctica al realizarse dinámicas agradables.

Ligia Castro comenta: *“Las capacitadoras fueron cheverísimas, me gustó la forma de ellas de dar los talleres, en el sentido de combinar teoría y práctica, y así nos sentimos más a gusto”*. Luz Dary Ruiz afirma: *“fueron unas personas muy humanas y abiertas. Uno se siente en confianza de hablar con ellos y puede expresar sin miedos sus puntos de vista”*.

Al respecto las mujeres hicieron alusión a su contacto con otras capacitadoras en otros talleres quienes han sido frías y apáticas. Inés comenta: *“las capacitadoras del programa de desarraigados fueron personas muy abiertas y tranquilas porque hay personas como muy estiradas, incluso en el Hospital de Usme hay personas así”*. Por su parte, Carmen Vivas afirma: *“hay profesionales que son como muy apáticos, muy estirados”*.

Yaira Pardo y Johana Ocampo fueron las personas que dictaron las capacitaciones. Se observó que durante todo el desarrollo de los talleres ellas imprimieron mucha energía, alegría y una gran entrega hacia las madres comunitarias que influyó en la percepción positiva que las mujeres tuvieron hacia ellas. Desde el punto de vista de las mujeres esto se vio reflejado en el grupo focal al comentar que se sentían muy agradadas con la forma como las capacitadoras dictaban los talleres y como las trataban.

4.2.3.2 Empleo de materiales

Algunas madres consideraron que la cartilla brindada por las capacitadoras durante el taller les permitió consolidar los conceptos aprendidos y para leer e investigar sobre los trabajos asignados por las capacitadoras. Sin embargo, otras señalaron como aspecto negativo que en el momento en que fueran a realizar la réplica de la información aprendida a otras 10 personas

de su comunidad, no tendrían las ayudas audiovisuales (los videos) que tuvieron durante las capacitaciones.

Carmen Vivas comenta: *“se pueden hacer los talleres con los padres de familia sobre las 16 prácticas. Lástima que uno no tenga el material (refiriéndose al soporte audiovisual) con el que uno aprendió”*. Reforzando las ideas de Carmen Ligia Castro afirma: *“nos haría falta todo lo que es la ayuda audiovisual”*.

Los testimonios de las madres dejan entrever su escepticismo frente al proceso de réplica de la información, lo cual constituye un aspecto interesante que debe ser tenido en cuenta. Considero que los elementos señalados por las madres tendrían consecuencias importantes sobre este proceso. Al no contar con los mismos materiales que recibieron durante las capacitaciones, pienso que las mujeres no dictarían la información con la misma calidad que la recibida en los talleres, por el contrario creo que este proceso se haría de manera deficiente.

Desde la perspectiva de las madres el contenido de la cartilla fue claro, en ella se describieron las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI con mensajes claves y de apoyo. Sin embargo, contrario a lo que ellas afirmaron, y como lo señalé en el capítulo tercero, considero que la cartilla de las 16 prácticas tuvo un contenido de sobresaturación de texto que no contó con dibujos ilustrativos que ofrecieran una explicación mas clara acerca de los temas tratados. De igual forma su formato no fue llamativo por lo que no llevaba a una lectura amena de las prácticas.

4.2.3.3 Los conceptos aprendidos en la práctica

En general las madres comentaron que por medio de las capacitaciones pudieron reforzar los conocimientos que ya habían visto y aprender otros nuevos los cuales pudieron aplicarlos en su comunidad, en sus hogares, en su familia y en su vida diaria.

Exponiendo algunos testimonios al respecto, las mujeres afirmaron que han tenido charlas con varios miembros de la comunidad para generar una concientización sobre el tema de la vacunación, la parte nutricional y el tema del aseo (depositar bien las basuras cuando el carro llega). Las madres han podido orientar a familiares y amigos sobre los conceptos aprendidos.

Doña Maria del Carmen comenta que la información aprendida se la ha dicho a la hermana para que la aplique con su hija: *“yo le decía a mi hermana que no le fuera a dar compotas, ni fresas ni cosas cítricas a la nieta porque le puede dañar la digestión; lo mismo que la forma como le debe complementar la alimentación a la bebé”*.

De otro lado por medio de los talleres aprendieron sobre la importancia de recalcarles a los padres de familia que los sábados y los domingos deben brindar a los niños la misma proporción de alimentos que en el jardín y que deben brindar un cuidado especial a sus hijos. Al respecto las madres fueron muy reiterativas señalando que en muchas oportunidades, los papás no brindan una alimentación adecuada cuando los niños están por fuera del jardín, por razones económicas o de descuido.

Maria del Carmen Vivas afirma que tuvo la oportunidad de colocar en práctica lo visto durante los talleres: *“una vez vi al niño de una señora deshidratado y le dije a la señora que lo llevara prontamente al hospital. Es que uno piensa que con solo un remedio casero lo va a curar, pero hay que acudir a los profesionales”*. Maria Antonia Mojica comenta: *“en la vida cotidiana lo que más uno practica es la higiene, como debe mantener todo el día los utensilios limpios, lavar las manos a diario, en todo momento”*. Doña Luz Dary señala que por medio del taller aprendió a mantenerse bien aseada, bien alimentada y a inculcar este hábito a su familia.

Como conclusión de este apartado afirmo que los testimonios de las madres reflejan que a partir del aprendizaje de las prácticas saludables aprendieron de una gran variedad de conocimientos para ponerlos en práctica en su vida diaria, con sus familias y en especial en sus jardines.

4.2.3.4 Elementos que hicieron falta en las capacitaciones

Respecto a los elementos faltantes en las capacitaciones, algunas mujeres afirmaron que faltó más tiempo ya que consideraron pertinente profundizar más en cada práctica saludable. Aunque ellas fueron conscientes de que llevaban bastante tiempo de experiencia como

madres, hay varios conceptos que no conocían y que consideran que debían ser tratados más a fondo.

Ligia Castro afirma: *“Me gustaría que profundizaran un poco más en los temas de las prácticas saludables, porque así uno lleve gran cantidad de tiempo de experiencia como madre comunitaria hay cosas que uno no sabe”*. De manera similar Maria del Carmen Vivas comenta que aunque le gustaron las capacitaciones, fueron muy pocas. Por consiguiente le hubiera gustado que le hubieran dedicado más tiempo. Maria Antonia Mojica señala: *“hicieron falta más ayudas audiovisuales como soporte para los talleres”*.

Exponiendo casos concretos a doña Luz Dary le hubiera gustado que durante las capacitaciones les hubieran enseñado a conocer en mayor medida sobre la psicología de los niños y en especial a reconocer su tristeza. Otra afirmó que le gustaría aprender la forma de sanar heridas abiertas: *“Mientras uno se va a buscar quien le coloque los puntos al niño pues uno puede hacerlo solo. Y pues por irse por el niño uno deja al resto solos en el hogar y de pronto les puede pasar algo. Eso sería bueno que les enseñaran a todas las madres”*.

Las críticas de las madres estuvieron enfocadas en varios aspectos. Para algunas faltó más tiempo para profundizar en el contenido de cada práctica saludable; otras consideraron que hicieron falta más ayudas audiovisuales. Sobre las críticas realizadas a las capacitaciones coincido con las madres en afirmar que los talleres fueron muy cortos. No se profundizó en cada práctica, sino que pienso que las capacitadoras se limitaron a brindar una breve explicación de cada una. En este sentido si bien se desarrollaron actividades para reforzar los conceptos vistos, no se sabe con certeza hasta que punto estos hayan sido suficientes para consolidar la información, sobre todo pensado en que había un objetivo de réplica de información.

Analizando los testimonios de las madres se pudo observar que en general, las faltantes que fueron señaladas por las mujeres estuvieron dirigidas únicamente hacia una mayor profundización de los talleres y la falta de ayudas audiovisuales. Esto lleva a inferir que en general, las madres calificaron de forma positiva al programa, teniendo en cuenta las dinámicas, la relación con las capacitadoras y el material utilizado.

El grupo de madres que fue entrevistado para el análisis de este capítulo fue capacitado en la Universidad del Rosario. En esta medida, y como se profundizará más adelante, considero que en la opinión positiva de este grupo de madres de los talleres influyeron elementos externos a las capacitaciones como los refrigerios y almuerzos que recibieron de manera gratuita, o el hecho de que hayan recibido subsidios de transporte.

4.2.3.5 Réplica de la información

Como se recordará uno de los objetivos del programa es que las madres deben replicar la información aprendida durante los talleres a diez personas más de su comunidad para así cumplir con la meta de haber enseñado las 16 prácticas saludables a 3000 personas de la localidad de Usme.

Tal como se señaló anteriormente las mujeres, quienes replicarían la información principalmente a los padres de familia, se encuentran muy predispuestas con ellos ya que consideran que no se encuentran comprometidos con el cuidado y la protección de sus hijos. Al respecto se podría inferir que sobre ellas recae toda la responsabilidad en el cuidado de algunos niños, por lo cual deben realizar tareas que les corresponden a los padres de familia. Pienso que la capacitación constituyó un espacio para que ellas expusieran sus puntos de vista sobre este tema.

A lo largo de toda la capacitación, las madres expusieron fuertes críticas hacia los padres de familia relacionadas con su malo manejo en el cuidado de sus hijos. Este elemento cuestiona de si el programa debería haber tenido un componente que involucrara a los padres. De otro lado, cabría preguntarse acerca de si los padres son tan descuidados como las madres comunitarias lo afirman, o si las mujeres son realmente tan dedicadas como ellas mismas afirman serlo.

Otro inconveniente que observaron las mujeres es que consideraron que no contarían con el mismo material que tuvieron en las capacitaciones para realizar una réplica al respecto. Ligia Castro comenta: *“aunque tenemos las cartillas nos falta la parte audiovisual”*. Tal como se señaló en el capítulo tercero del presente trabajo, se presenta como un hecho crítico el hecho

de que el proyecto sólo cuente con dos personas que realicen la labor de monitoreo para la réplica de la información.

Siendo 220 las mujeres capacitadas, considero que representa una deficiencia del programa que cuente con tan poco personal ya que transmitir la información de las capacitaciones por parte de las madres comunitarias a otros miembros de la localidad representa un proceso dispendioso. Agregado a esto, las madres nunca fueron enseñadas a capacitar y sólo contarían con la cartilla que les fue suministrada en las capacitaciones. A partir de estos elementos, no creo que el sistema de réplica de información haya tenido buenos resultados.

4.3 Conclusiones del capítulo

Se podría dar como conclusión al presente capítulo que la evaluación de la visión de los actores locales (representados por las madres comunitarias) del programa no tuvo mayores inconvenientes, sino por el contrario cumplió con sus expectativas. Sin embargo analizando de forma objetiva acerca de las razones por las cuales las madres se sintieron tan satisfechas, se podrían incluir otros elementos que vale la pena tomar en cuenta.

En primera medida, las capacitaciones llevadas a cabo por el eje de salud del programa de desarraigados a las madres de la UPZ Danubio de la localidad de Usme se llevaron a cabo en la Universidad del Rosario. Las madres fueron transportadas en buses desde la localidad hasta el centro de la ciudad y recibieron alimentación (refrigerios y almuerzos) de forma gratuita. Considero que estos elementos favorecieron la percepción positiva del programa por parte de las madres.

Agregado a la afirmación anterior, considero que estas mujeres casi nunca habían salido de la localidad. Sus relaciones interpersonales, y su diario vivir se llevan a cabo al interior de esta zona de la ciudad. De esta forma, salir hacia otros espacios representaba para ellas un cambio de su cotidianidad.

Ligia Castro afirma:

“Lo que mas me gustó fue la idea de almorzar allá, nunca estuvimos tan bien atendidas, ojalá nos sigan dando capacitación, era como un descanso”.

Doña Antonia comenta:

“Uno almorzaba muy rico, es que uno en la casa está almorzando con el esposo, con los hijos, siempre las misma rutina, y pues con las capacitaciones fue un cambio muy chévere porque uno estaba con las compañeras en otro ambiente; fue como una terapia, como un relax”.

Inés afirma:

“Fue un cambio bastante agradable, el restaurante, los talleres, las personas, la formación, los juegos, todo fue muy bueno. Uno se olvida de que todos los días es la misma cosa, en cambio allá llegábamos a sonreír, uno se siente como un niño”.

Analizando los testimonios de estas mujeres se puede inferir que las madres comunitarias son mujeres que trabajan todos los días en el cuidado de los niños y las niñas menores de 7 años de su localidad. Agregado a esto la mayoría de ellas son madres de familia y por consiguiente deben estar pendientes del cuidado de sus hijos. En este sentido se puede afirmar que llevan una rutina permanente todos los días del año. Si se tienen en cuenta estos últimos testimonios se puede inferir que las capacitaciones que recibieron por parte del programa de desarraigados representaron todo un cambio para esa cotidianidad en la que viven permanentemente. Salir de su localidad, visitar otro sitio de la ciudad, interactuar con sus otras compañeras en otro ambiente distinto, y poder transportarse y consumir alimentos de forma gratuita y ser atendidas en lugar de atender, pueden constituir elementos decisivos si se tiene en cuenta además que las madres son mujeres de estratos pobres y con bajos salarios.

Con respecto a los aspectos señalados anteriormente estos podrían ser criticables en cuanto a que fueron decisivos para la imagen positiva que las madres dieron del programa. Sin embargo, es válido que se intente dar una imagen positiva del programa con esto y probablemente eso puede ser también importante no sólo a la hora de la evaluación, sino también en los efectos que tenga. Por ello se podría inferir que esto puede generar un sentido más fuerte de compromiso hacia el programa por parte de las madres y de los compromisos adquiridos durante la capacitación.

Como se señaló en el capítulo tercero del presente trabajo de grado algunas madres comunitarias fueron capacitadas en casas de la localidad y otras, como el caso de las madres de la UPZ Danubio, en las instalaciones de la universidad. En esta medida es plausible que se presenten nuevas variables de análisis que incidan en la percepción de las madres capacitadas dentro del proyecto.

Adicional a lo anterior, se tomó como muestra para la realización del presente capítulo a una muestra de siete madres comunitarias de una población de 220 mujeres capacitadas. Si bien todas las mujeres son madres comunitarias, cada una de ellas tiene necesidades distintas y específicas. Cada una de ellas ha tenido una historia de vida distinta y ha tenido un proceso como madre comunitaria particular. En esta medida, los resultados del análisis desarrollado en este capítulo no representan una conclusión definitiva para el desarrollo del presente estudio.

5. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de grado realicé una evaluación a las capacitaciones del eje de salud del programa de desarraigados. Durante este período de tiempo colaboré como pasante en la realización de diferentes actividades llevadas a cabo en las capacitaciones. De esta experiencia tomé varios elementos para la realización de esta monografía.

En las presentes conclusiones de este trabajo de grado realizaré unos comentarios concluyentes sobre el desarrollo de las capacitaciones desde la perspectiva institucional y

comunitaria; luego llevaré a cabo un análisis acerca de los distintos factores planteados en el segundo capítulo relacionados con el proceso de contextualización para el desarrollo de la capacitación evaluada; posteriormente en un apartado final señalaré los aspectos que a mi modo de ver se constituyeron en falencias significativas durante el desarrollo del presente trabajo de grado.

5.1 Comentarios concluyentes sobre los objetivos planteados

De acuerdo a los objetivos establecidos inicialmente, el trabajo proponía un análisis de las capacitaciones del eje de salud desde una perspectiva institucional del programa y desde la perspectiva de las beneficiadas del programa, las madres comunitarias.

Este análisis fue llevado a cabo a partir de una metodología de evaluación participativa, propuesta planteada en el primer capítulo basada en el reconocimiento de la importancia de tener en cuenta a todos los actores en las evaluaciones de programas. Es de esta manera que este tipo de evaluación tiene un carácter pluralista del cual a partir de la implicación de los autores en la evaluación se propone generar enseñanzas y asociaciones.

Tal como lo expuse en el capítulo primero del trabajo llevé a cabo una evaluación ex post, enfocada en evaluar los resultados de un programa. A partir de los testimonios de las personas que participaron, así como de mi observación, hice un recuento de las actividades que llevó a cabo el eje de salud. A partir de este repaso tuve elementos necesarios para reconocer los aspectos positivos y negativos de las capacitaciones a partir de todos los puntos de vista encontrados. De igual forma analicé el impacto de los talleres. Es decir si el proceso de réplica de información pudo o no tener un proceso exitoso.

De esta forma analicé si las capacitaciones del eje de salud del programa fueron ejecutadas según los objetivos planteados inicialmente y si esas acciones promovieron cambios deseados para las metas de impacto finales del programa.

Con relación al objetivo general, basado en las capacitaciones realizadas a las madres comunitarias de la localidad de Usme, las talleristas realizaron un previo proceso de planeación de base para cada una de las UPZ's priorizadas por el programa en el cual se

indagó acerca de las necesidades y problemáticas del grupo de mujeres que serían capacitadas (Las UPZ's fueron Marichuela, Danubio, La Flora y Santa Librada). Las capacitadoras consideraron que esta actividad se constituyó como un elemento diferencial de las capacitaciones de otras instituciones ya que la idea era dictar los talleres teniendo en cuenta las problemáticas y necesidades de cada una de las madres participantes.

Pese a la realización de esta actividad, las talleristas reconocieron que durante los talleres faltó profundizar en mayor medida en las problemáticas y necesidades de cada uno de los grupos de madres comunitarias. Ellas aseguraron que esto se debió porque la actividad de la planeación de base no se realizó a profundidad por darle continuidad y cumplimiento al programa. En esta medida argumentaron que faltó conocer realmente la situación de los grupos de madres capacitados.

De otro lado, como aspectos positivos de las capacitaciones, las talleristas expusieron que emplearon una propuesta metodológica novedosa en la cual se tuvo en cuenta de manera permanente actividades lúdicas y recreativas que reforzaran los conceptos vistos, por medio de la utilización de técnicas como socio dramas, lluvia de ideas y plenaria. De igual forma propiciaron un espacio de reflexión alrededor de argumentos enfocados en la atención y el cuidado de los niños en base de la estrategia AIEPI. Es así como impartieron argumentos acerca de la estrategia pero también escucharon las ideas de las madres sobre sus conocimientos previos en el cuidado de los niños.

Coincidió con las talleristas en que el empleo de herramientas lúdicas constituyó un factor positivo para reforzar los conceptos aprendidos de una manera lúdica. De igual forma en los talleres se propició un espacio para que las madres expresaran sus puntos de vista con tranquilidad.

Como aspectos negativos de los talleres coincidió con las capacitadoras en su argumentación de que los talleres no se llevaron a cabo teniendo en cuenta las problemáticas encontradas en el proceso de planeación de base realizado con anterioridad. Si bien, en cada uno de los talleres se discutieron problemas encontradas por las madres, en cada grupo capacitado no se especificó en cada una de las problemáticas específicas encontradas. Se podría inferir que el proceso de planeación de base fue innecesario al no haberse aplicado a los talleres.

Otros aspectos negativos que encontré en las capacitaciones fue que la cartilla de la estrategia AIEPI suministrada a las madres no contó con un contenido claro que diera cuenta de las prácticas saludables de una forma de accesible lectura. La cartilla parecía que estaba destinada a personal de salud profesional y no a mujeres como las madres comunitarias que de forma permanente viven su cotidianidad en el trabajo con los niños. En esta medida considero que no propició una lectura amena del texto.

De otro lado la enseñanza de las 16 prácticas, actividad que se constituía como la más importante de los talleres porque representaba el fundamento para las actividades posteriores, no se llevó a cabo con total profundidad. Pienso que las capacitadoras se limitaron a una simple lectura de las prácticas con su respectiva discusión pero no tuvieron en cuenta un espacio mas largo en los talleres en el cual se abarcara en mayor medida en la explicación del contenido de las 16 prácticas saludables.

De esta forma considero que el objetivo general propuesto por el eje de salud de capacitar a las madres comunitarias en la localidad de Usme no se llevó a cabo con total éxito. Si bien se presentaron varias técnicas pedagógicas por medio de las cuales se reforzaron los conceptos vistos, los talleres en general no constituyeron un espacio para resolver las problemáticas encontradas en cada una de las UPZ's priorizadas en la planeación de base. De igual forma faltó mayor profundidad en la enseñanza de los conceptos.

A lo largo del tercer capítulo pude observar que las capacitadoras no fueron muy autocríticas en la evaluación del programa. Considero que esto refleja una condición muy frecuente en estos programas y es que a mi modo de ver las personas no están listas para aceptar críticas y probablemente por eso considero que tampoco me dieron acceso a informaciones adicionales como los documentos institucionales del programa.

En este sentido es válido realizar una crítica a esta lógica de intervención en general, pues se presenta una falla de fondo basada en que no se hacen evaluaciones realmente críticas que permitan construir procesos de aprendizaje, por miedo a perder legitimidad. Pero desde una perspectiva más formativa, la legitimidad se pierde más por no lograr evaluar acertadamente los programas.

Por su parte las madres comunitarias calificaron de forma muy positiva las capacitaciones. Pese a que encontraron algunas limitantes por mejorar como profundizar en mayor medida en la enseñanza de las prácticas saludables, consideraron que aprendieron gran cantidad de elementos para aplicar en su vida diaria y en su trabajo en los jardines. Para las madres las actividades lúdico-recreativas que realizaron en cada una de las capacitaciones constituyeron un espacio en donde pudieron consolidar sus conocimientos.

Considero que algunos elementos externos jugaron un papel muy importante para la visión positiva de las madres acerca del programa. Se podría inferir que uno de ellos podría ser el temor de parte de las mujeres a pensar que si evalúan mal el programa es plausible que no vuelvan a recibir capacitaciones de ese estilo. Al respecto se debe recordar que durante el grupo focal las mujeres resaltaron como un elemento diferenciador de otras capacitaciones recibidas por parte de otras instituciones, basadas en un simple aprendizaje de conceptos, que en los talleres del eje de salud disfrutaron de la gran variedad de actividades lúdicas realizadas, así como el hecho de que se sintieron escuchadas en sus apreciaciones. De esta forma fueron sujetos activos de los talleres lo cual nunca lo habían experimentado en otros talleres.

Otro factor decisivo para esta perspectiva positiva puede ser que las madres que entrevisté fueron capacitadas en las instalaciones de la Universidad del Rosario, recibieron subsidios de transporte y alimentación de manera gratuita. En este sentido cambiaron de ambiente porque salieron de su localidad para visitar otro lugar de la ciudad y de igual forma interactuaron con sus compañeras de asociación en un ambiente distinto. Estos aspectos pueden ser decisivos en la opinión positiva de las mujeres si se tiene en cuenta además que ellas pertenecen a estratos socio-económicos bajos.

No obstante, el hecho de que hayan sido capacitadas en las instalaciones de la Universidad representa un elemento que podría ser importante sobre los efectos que esta tenga porque puede crear un sentido más fuerte de compromiso hacia el programa y a los compromisos adquiridos durante la capacitación como el momento de la réplica de la información. En este sentido, se podría pensar que las madres llevarían a cabo el proceso de réplica de la información con mayor eficacia.

Al respecto durante la segunda fase del programa las madres comunitarias realizarían un proceso de réplica de la información de las capacitaciones recibidas. No participé en este proceso porque para ese momento ya había terminado mi trabajo de pasantía y tampoco pude acceder a información por parte del programa sobre como esto se podría llevar a cabo porque el programa fue muy reservado en brindar información Sin embargo, creo que este proceso no se llevaría a cabo con éxito por varias razones.

La primera es que el eje de salud sólo estuvo compuesto por dos funcionarias, número insuficiente de personal para llevar a cabo el monitoreo de este proceso. Considero que esto representa una crítica para el programa ya que el hacer el seguimiento a 220 madres comunitarias implica una asistencia y coordinación permanente por parte de un número significativo de funcionarios para que la actividad sea exitosa.

De otro lado las madres comunitarias sólo fueron capacitadas pero no se les enseñó a capacitar, en esta medida pienso que no contaron con herramientas metodológicas para replicar la información. Para realizar una réplica de información eficaz considero que las mujeres además de tener un conocimiento relacionado con la información que van a enseñar, debe tener herramientas adecuadas para que esa información sea transmitida con total claridad. En el caso de las madres no se les brindó una metodología adecuada para realizar ese proceso.

Sobre este argumento se debe tener en cuenta que la gran mayoría de madres comunitarias solo cuentan con un nivel de formación básica secundaria, razón por la cual infiero que no tienen un conocimiento previo relacionado con metodologías para enseñar conceptos. En otras palabras se infiere que nunca han tenido herramientas pedagógicas para enseñar conceptos. Es de esta forma que se vuelve a recalcar la idea de que el proceso de réplica de información no se llevaría a cabo con éxito.

Tercero no creo que durante el proceso de réplica de información las madres hayan tenido las mismas herramientas que recibieron durante los talleres. En este sentido pienso que sólo contaron con la cartilla de la estrategia AIEPI pero no con otros materiales de apoyo como el televisor, papelógrafos y otros elementos adicionales. Similar al argumento anterior, al contar

solo con la cartilla la transmisión de la información no sería realizada con la misma calidad que la recibida durante el proceso de las capacitaciones.

El eje de salud planteó otros objetivos específicos enfocados en establecer un vínculo con las instituciones de la localidad para generar una red de apoyo que ayudara a la población más vulnerable. En opinión de las capacitadoras estos objetivos no se pudieron llevar a cabo por falta de interés de parte de las instituciones de la localidad.

Al respecto considero que no se logró una concertación real y concreta entre los funcionarios del programa y los funcionarios de las distintas instituciones. Tal como lo señalé en el capítulo cuarto del trabajo se presenta una fuerte competencia entre las distintas instituciones de la localidad por tener el mayor número de madres comunitarias posibles para ser capacitadas. En este sentido muestran un recelo permanente hacia proyectos y programas de carácter privado porque estos se encuentran interesados por su interés en realizar una intervención en poblaciones vulnerables.

Habiendo realizado los comentarios relacionados con el desarrollo de las capacitaciones desde la perspectiva comunitaria e institucional exponiendo mis puntos de vista al respecto, llevaré a cabo un análisis acerca de los distintos factores expuestos en el segundo capítulo relacionados con el proceso de contextualización para el desarrollo de la capacitación evaluada.

5.2 Análisis sobre la relación de los elementos planteados en el segundo capítulo (de contextualización) con el desarrollo de la capacitación evaluada

Durante el segundo capítulo del presente trabajo de grado se plantearon varios elementos importantes que sirvieron de contexto para que el lector comprendiera los capítulos 3 y 4, sobre la evaluación del desarrollo de las capacitaciones. Es así como se realizó una descripción de las características del programa en general, la estrategia AIEPI como marco conceptual a partir del cual se desarrollarían las capacitaciones, las razones por las cuales se tomó a la localidad de Usme como territorio prioritario de acción y una descripción de la figura de madres comunitarias y la propuesta de la evaluación participativa en las

capacitaciones. A continuación se llevará a cabo un análisis de la relación de cada uno de ellos con el desarrollo de las capacitaciones.

5.2.1 Las políticas para la aplicación de la estrategia AIEPI

Como se mencionó en el capítulo segundo del trabajo la estrategia AIEPI fue propuesta en el año 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el fin de disminuir los episodios de enfermedad y de muerte en los menores de cinco años. La estrategia tiene tres componentes (local, clínico y comunitario). Teniendo en cuenta que el éxito en la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil necesita de la participación de las comunidades y de un trabajo articulado con los trabajadores de salud, el componente comunitario de la estrategia señala que las comunidades y las familias tienen una responsabilidad muy importante en brindar atención a los niños.

Es de esta forma que el componente comunitario propone la incorporación de las familias de prácticas saludables para el desarrollo del niño, teniendo en cuenta un análisis de la realidad local y la planificación de base. En esta medida los organismos institucionales deben llevar un proceso de convocatoria de los actores locales quienes luego de un conocimiento de salud infantil deben poner a su disposición sus recursos y sus redes.

El eje de salud del programa de desarraigados adoptó el componente comunitario de la estrategia AIEPI por ser, en palabras de las capacitadoras, una herramienta eficaz por medio de la cual se pueden enseñar prácticas para la atención y el cuidado de los niños. Según las talleristas la estrategia representa una herramienta idónea puesto que es adaptable a cualquier situación, teniendo siempre en cuenta que su filosofía de trabajo de base comunitaria no se perdiera. Ellas argumentaron que la estrategia también promueve un trabajo de práctica, que trascendiera el aprendizaje teórico de los conceptos.

Desde mi análisis considero que la implementación de la estrategia en las capacitaciones tuvo elementos positivos y negativos. Como puntos positivos, destaco que el programa seleccionó a las madres comunitarias, que en el marco de la estrategia, se constituyen como importantes

actores locales que tienen una responsabilidad en el cuidado de los niños. Además de la atención que brindan en sus jardines, se puede inferir que estas mujeres tienen redes sociales representativas para replicar la información del contenido de las prácticas saludables aprendido durante las capacitaciones.

Otro punto que destaco fue la estrategia ofrece un lenguaje sencillo, lo cual permite que su contenido sea accesible a todas las personas. Sin embargo, debo subrayar que el contenido de las prácticas no fue plasmado de forma adecuada en las cartillas porque a mi modo de ver, y como lo señalé anteriormente, hicieron falta dibujos ilustrativos que dieran cuenta de una explicación más clara de la misma.

Como elemento negativo considero que durante el proceso de las capacitaciones no se tuvo en cuenta la previa planificación de base ni un análisis de la realidad local, que es una de las principales premisas del componente comunitario de la estrategia AIEPI. En otras palabras, en todos los talleres se trabajaron problemáticas similares y las talleristas no profundizaron en las problemáticas específicas de cada uno de los jardines.

A partir de los argumentos anteriores, considero que se presentaron aspectos positivos y negativos de la implementación en el proceso de las capacitaciones. Pero a mi modo de ver pienso que el hecho de que las capacitadoras no hayan tenido en cuenta el previo proceso de planificación de base en el desarrollo de las capacitaciones, se constituye como un elemento que desdibuja en gran medida los lineamientos principales de la estrategia AIEPI.

5.2.2 La situación socioeconómica de la localidad de Usme

La localidad de Usme fue la zona de la ciudad de Bogotá escogida por el programa de desarraigados para desarrollar sus cuatro ejes. Retomando algunas características señaladas en el capítulo segundo sobre la localidad se expuso que esta zona de la ciudad presenta unas problemáticas complejas por razones socio-económicas, así como por problemas ambientales.

La grave situación económica por la que pasan varias familias de la localidad, incide en que se presente una disfuncionalidad en los núcleos familiares. Se encuentran casos como el abandono del hogar por parte de un miembro de la familia y el maltrato físico y psicológico

entre miembros de la familia. Agregado a ello, los graves problemas ambientales como el relleno sanitario de doña Juana que expele malos olores, así como la emisión de lixiviados contaminan el aire, el agua y los suelos producen un daño ambiental en esta zona de la ciudad.

Los niños menores son los principales afectados por esta situación ya que ellos son los principales receptores de las problemáticas. La disfuncionalidad presentada en los hogares así como los graves problemas ambientales inciden directamente en la estabilidad emocional de los menores. De igual forma los problemas ambientales afectan la salud física de los niños. Es de esta forma que los altos índices de mortalidad infantil, los cuales fueron señalados en el capítulo segundo, representan una problemática que en opinión de las funcionarias del eje de salud, debe ser tratada.

Desde mi análisis sociológico considero que fue un gran acierto que se escogiera a Usme como territorio prioritario de acción ya que esta localidad es una de las más vulnerables de la ciudad. El capacitar a las madres comunitarias de Usme en la estrategia AIEPI para que ellas repliquen la información a otros habitantes de la localidad y así un gran número de personas conozcan acerca de la estrategia es una iniciativa que debe ser valorada.

Realizando otro análisis acerca del tema, considero que la localidad ofreció espacios idóneos para el desarrollo de las capacitaciones. Algunas de ellas fueron hechas en casas de madres comunitarias y otras en salones comunales. Se debe anotar que algunos talleres fueron realizados en las instalaciones de la Universidad del Rosario, pero la gran mayoría de ellas fueron hechas en la localidad.

5.2.3 La situación de las madres comunitarias y el programa de las madres comunitarias

Las madres comunitarias de la localidad fueron las personas escogidas para el desarrollo de las capacitaciones por ser cuidadoras de niños y niñas menores de cinco años, así como por representar un canal de comunicación directa con otros miembros de la localidad.

En el segundo capítulo se argumentó que estas mujeres representan una población vulnerable ya que si bien reciben salarios estos son muy bajos y pertenecen a estratos socioeconómicos

muy bajos. De otro lado la mayoría de estas mujeres mantienen su rutina diaria en el cuidado y la atención de los niños en sus jardines.

Las mujeres han recibido una gran cantidad de capacitaciones por parte de varias instituciones. Muchas de ellas argumentaron que se sentían inconformes porque muchos de estos talleres eran repetitivos y enfocados particularmente en brindar una gran cantidad de conocimientos sin reforzar de forma práctica el contenido aprendido.

Durante los talleres se pudo inferir que para las capacitadoras era muy importante dictar los talleres a las madres comunitarias desarrollando actividades lúdicas así como generando espacios de reflexión para que las madres expusieran sus puntos de vista. Se pudo percibir de igual forma que para las talleristas era muy importante escuchar las necesidades de las mujeres.

Si bien este análisis ya fue realizado en párrafos anteriores, desde mi análisis considero que se entretejió una buena relación entre las capacitadoras y las madres durante las capacitaciones. En este sentido pienso que este aspecto se constituyó como de gran relevancia y significancia durante el desarrollo de los talleres.

5.2.4 Las metodologías de capacitación de agentes multiplicadores o gestores

Tal como fue señalado en el capítulo tercero, las capacitaciones basadas en las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI, fueron realizadas a partir de una propuesta metodológica basada en un proceso de aprendizaje que parte de actividades individuales y grupales guiadas hacia la reflexión de las experiencias desarrolladas en las capacitaciones y que finalizan en plenarias en las que las capacitadoras recogen los consensos.

Considero que la propuesta metodológica fue exitosa en la medida en que se planteó una propuesta de capacitación en la cual se propusieron espacios de reflexión y de interacción de ideas. De igual forma se propusieron actividades lúdicas en donde se reforzaron los conceptos aprendidos.

Sin embargo, señalo una crítica al eje de salud del programa relacionada con el hecho de teniendo en cuenta que luego del proceso de capacitación las madres replicarían la información recibida a otros miembros de la localidad, la propuesta metodológica de las capacitaciones no incluyó herramientas para que las madres realizaran el proceso de réplica de una forma exitosa. En otras palabras, la metodología se enfocó en el proceso de las capacitaciones, pero no tuvo en cuenta que las madres comunitarias eran agentes multiplicadores del proceso.

Esto se constituye como una gran falencia del programa ya que desde un inicio las funcionarias del eje de salud debieron prever que las madres comunitarias replicarían la información a otras personas de la localidad.

5.2.5 La propuesta de evaluación participativa en la evaluación

Durante el primer capítulo se propuso una estrategia de evaluación participativa, la cual sería empleada para evaluar las capacitaciones del eje de salud del programa de desarraigados. Esta propuesta consistió en que se involucraban a todos los actores que participaron en el programa para evaluar las capacitaciones.

Profundizando en esta estrategia, en el capítulo primero expuse que su propuesta se enfoca en tener en cuenta a todos los actores en la evaluación del programa. En este sentido, todos los actores involucrados realizan una evaluación de forma diaria y permanente reforzando el fomento del aprendizaje por parte de los participantes mediante el propio proceso evaluativo. De esta forma es plausible establecer que esta forma de evaluación afecta al “como se evalúa” y al “quien se evalúa”.

Desde mi análisis sociológico, considero que el análisis de las capacitaciones realizado desde el empleo de la herramienta de evaluación participativa fue valioso en cuanto a que tuve en cuenta a todos los actores involucrados en el programa para realizar este trabajo. Es decir, no me limité a un simple análisis desde la perspectiva institucional, sino que, teniendo en cuenta una perspectiva democrática que es una de las premisas de este tipo de evaluación, tomé en cuenta todos los puntos de vista.

Mi aporte en la realización de este trabajo consistió en que empleé varias herramientas metodológicas como entrevistas, grupos focales y observación no participante que a mi modo de ver, contribuyeron al desarrollo del análisis.

Sin embargo, destaco como falencia importante que el trabajo se enfocó en una evaluación participativa, en la cual conceptualmente supone la participación de la comunidad en el diseño de la evaluación, no sólo como fuente informante, en el caso del presente trabajo de grado considero que se presentó una ausencia de participación de todos los actores involucrados en el programa en el diseño de la evaluación de las capacitaciones. Es decir, los participantes solo participaron colaborando en las respuestas a las entrevistas que les hice pero no en el diseño de la evaluación.

5.3 Elementos faltantes durante el desarrollo de los talleres

Finalmente este trabajo tiene algunos elementos que faltaron desarrollar con mayor profundidad. En el primer capítulo no hubo suficientes modelos para ejemplificar los conceptos señalados. Para la explicación de la estrategia AIEPI solo expuse el caso de la evaluación en Bolivia, y para ejemplificar el tema de la evaluación participativa, también sólo expuse un ejemplo. De otro lado, si bien pienso que los elementos que señalé acerca de la evaluación de programas fueron valiosos, pienso que estos fueron insuficientes, lo cual representa una falencia para el desarrollo de este capítulo.

De igual forma durante el primer capítulo realicé una crítica al enfoque tradicional de evaluación argumentando que este sólo se enfocaba en analizar la consecución de objetivos. Habiendo terminado de realizar las últimas correcciones personales a la monografía, pude inferir que faltó profundizar en el desarrollo del proceso de las capacitaciones. En este sentido pienso que faltó recurrir a la memoria del programa para evaluar además de su eficacia, su eficiencia y el desarrollo de los procesos.

Agregado a ello, considero que hizo falta un mayor análisis sociológico que trascendiera la descripción realizada. Pienso que el lector pudo comprender a cabalidad el contenido de los

talleres pero en algunos apartes hizo falta un razonamiento más minucioso acerca de los mismos.

El análisis de la enseñanza de la estrategia AIEPI, en el tercer capítulo fue un poco limitado para dar cuenta de todos los temas discutidos. Se recordará que durante esta parte del taller las capacitadoras entregaron la cartilla a las madres en la cual iban incluidas el contenido de las 16 prácticas saludables. En plenaria las prácticas iban siendo leídas luego de una explicación de las capacitadoras para reforzar los conceptos aprendidos. Posteriormente las capacitadoras aplicaron la lectura de las prácticas a la discusión de los problemas discutidos por las madres. Sobre esta parte realicé un análisis pero considero que fue insuficiente. Hubiera sido interesante citar específicamente los discursos de las capacitadoras utilizados para enseñar el contenido de la estrategia y poder analizar estos contenidos. Esto no fue posible, ya que en el momento en que participé en las capacitaciones, aun no estaba pensando en este tema de monografía y por ello no grabé, ni llevé el seguimiento adecuado de las discusiones que en ese momento se estaban dando.

En este mismo capítulo faltó plasmar la información relacionada con el proceso de réplica de las capacitaciones. A esta información no se pudo tener acceso por políticas del programa. Si se hubiera tenido un conocimiento más profundo acerca de la forma como se llevaría a cabo el proceso de réplica se podrían haber realizado un análisis más profundo y certero de ello. Al respecto señalo una crítica al programa relacionada con la falta de receptividad para brindar documentos que pudieran ser analizados.

En la primera parte del cuarto capítulo realicé un análisis relacionado con el diario vivir de las madres comunitarias, así como de su relación con el ICBF. Pienso que la descripción de las capacitaciones que reciben las madres por parte de la institución fue insuficiente. No describí con detalle acerca del contenido de estos talleres. La verdad, no fue posible hallar registros que me permitieran acceder a esta información, lo cual representa un elemento valioso que me hubiera gustado analizar más a fondo. Sin embargo esta ausencia de registro es muy dicente de la forma en que se desarrollan estas actividades de las cuales finalmente nunca se tienen resultados que puedan ser estudiados y evaluados, para mejorar las formas en que el ICBF ha venido trabajando con las madres.

Para la realización del cuarto capítulo también he de reconocer que la muestra fue reducida, entrevisté a seis madres que habían sido capacitadas en la universidad del Rosario, lo cual pudo haber sesgado sus impresiones sobre el programa. Si hubiera entrevistado a un grupo de madres que recibieron la capacitación en la localidad, considero que hubiera tenido mayores elementos para analizar el capítulo con mayor profundidad. Tal como lo señalé en la parte final de ese capítulo, el análisis realizado a partir de las respuestas de las madres no proporcionó una respuesta definitiva acerca de la visión del programa desde la perspectiva comunitaria.

Se debe señalar como elemento sustancial que la evaluación de las capacitaciones no tuvo una sistematización ni elaboración de indicadores. En el primer capítulo desarrollé la definición de Robert Horn, quien expuso que los indicadores representan cualquier forma de indicación que ofrece la posibilidad de estudiar la dirección de un programa, por lo cual son herramientas útiles en cuanto a que su empleo permite a los evaluadores hacer la evaluación a partir de unas metas y objetivos establecidos y de igual forma poder evaluar el impacto de un programa.

Considero que la falta de implementación de indicadores incidió en que la evaluación del presente trabajo de grado se enfocara principalmente en el desarrollo de las capacitaciones dejando a un lado una evaluación de impacto del eje de salud a largo plazo. En este sentido considero que se evaluó la forma como se llevaron a cabo los talleres pero no el impacto de ésta en la salud de la comunidad seleccionada.

Considero que al programa le faltó una pregunta por responder, encaminada a si el eje de salud del programa pudo iniciar un proceso de reconstrucción del tejido social de la localidad de Usme, durante su primera fase. Es decir, si con el desarrollo de las capacitaciones durante la primera fase del programa se dio inicio a un proceso de mejoramiento de las condiciones de vida de la población beneficiada.

Ante esta pregunta, infiero que durante la primera fase del programa todavía no se puede establecer un diagnóstico acerca de si se contribuyó a una reconstrucción del tejido social. Pero infiero que es una meta muy ambiciosa para el eje salud que tuvo bastantes deficiencias en el desarrollo de sus actividades.

Anexo 1 (Planeación de base en las UPZ's priorizadas)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA- CARACTERIZACION DE PROBLEMAS

POBLACIÓN: LA FLORA

Metodologías: Árbol de problemas-Cartografía social de problemas

Problemas		Causas		Consecuencias		Soluciones	
Gripas	9	Cambios de clima	7	Fiebre	2	Acudir rápidamente al médico	2
						Vacunación	2
Diarreas	5	Intolerancia a algunos alimentos		Deshidrataciones		Mejor cuidado en casa	2
		No lavado de manos	2	Hospitalizaciones a repetición	2	Patrones de aseo e higiene	2
		Mala manipulación de los alimentos	2				
		Basuras en las calles					
Bajas defensas		Mala alimentación	2	Desnutrición	2		
Falta de aseo	2	Descuido	2	Dermatitis por contacto		Patrones de aseo e higiene	2
				Piojos	4		
				Brotos	2		
Enfermedades a repetición		El centro de salud queda muy lejos		Cuidado de los abuelos		Mejor alimentación	
		Falta de centro sobre cuidados				Mejorar condiciones del centro médico	
Mordeduras de perros		Muchos perros en la calle		Calles sucias		Recolección de perros	
						Vacunación	
Maltrato		Agresividad		Falta de motivación		Mejorar patrones de crianza	4
		Soledad		Niños decaídos	3	Cuidar mas a los niños	

		Inseguridad		Retraidos		Mas capacitaciones a los padres	2
		Aislamiento		Bajo rendimiento físico, psicológico y social	3	Recreación	
		Falta de lugares de recreación					
		Falta de cariño					
		Desempleo					
		Padres adolescentes					
		Papás trabajan mucho					
		Bajos niveles de socialización					
Falta de recursos económicos		Desempleo		Mano de obra barata	2	Fomento de trabajo	
		Muchos niños fuera de los jardines		Descuido por parte de los padres		Mas ayuda del gobierno	
		Comedores comunitarios					

POBLACIÓN: LA MARICHUELA

Metodologías: Árbol de problemas-Cartografía social de problemas

Problemas		Causas		Consecuencias		Soluciones	
-----------	--	--------	--	---------------	--	------------	--

Dermatitis por contacto	3	Falta de hábitos de aseo		Complicaciones de las enfermedades	4	Capacitación	3
Alergias	1	Descuido de los padres				Formación y concientización	3
Gripas	2	Falta de formación en salud de las familias	3	Infecciones respiratorias por gripas no cuidadas	2	Llevar a los niños a control de niño sano	2
Fiebre	2	Inmadurez de los padres adolescentes	1			Mejorar los espacios para que sean saludables	
Vómitos	1	Falta de conocimiento de los padres adolescentes				Control médico	2
Diarreas	1	La contaminación del ambiente				Seguir tto médico y especializado	
Infecciones respiratorias	1	Falta de afecto				Estabilidad de los niños en el jardín	
Problemas de higiene oral	1	Lugares en estado de vulnerabilidad por la contaminación					
Dolor oído		Cambio de clima		Problemas de lenguaje			
Desnutrición	4	La mala alimentación cuando el niño o la niña está en el jardín		Problemas en el desarrollo de los niños	2	Fomento de la lactancia materna exclusiva	
Mala alimentación		Pereza de cocinar los fines de semana				Buena nutrición	
Mala higiene	2	Falta de compromiso de los padres		Problemas de socialización	2	Tener buenos hábitos higiene	2
Pediculosis	2	Mal uso de los recursos para higiene					
Infecciones tóxicas por no cuidado de los golpes		Descuido en cuanto a cuidas y golpes					

POBLACIÓN: SANTA LIBRADA

Metodologías: Árbol de problemas-Cartografía social de problemas

Problemas		Causas		Consecuencias		Soluciones	
Abandono	6	Papás adolescentes	4	Negligencia de los padres	2	Talleres a los padres sobre cuidado de los niños	7
Maltrato	4	Agresividad	3	Falta de recursos económicos	6		
Niños solos	1	Mal manejo de remedios caseros		Niños sin cuidado			
		Intolerancia	3	Drogadicción	1		
		Madres cabeza de familia adolescentes	6	Niños distraídos	3		
		Descuido de los niños		Niños sin orientación en su sexualidad	3		
				Pandillismo			
Desnutrición	3	Madres cabeza de familia adolescentes		Muerte de los niños			
Mala alimentación	2	Abuelos cuidadores		Malos hábitos alimenticios	1		
IRA	5	Contaminación del medio ambiente	10	Complicaciones de las enfermedades		Vacunas	
EDA	4	Mala alimentación		Neumonía		Capacitación sobre IRA y EDA	2

Diarrea	2	Cambio de clima	5	Malos olores	1	Control de niño sano	6
Gripa	2	Polvo en el aire				Seguir tto médico y especializado	1
Zancudos	2					Ir al Médico particular	
Anemia							
Ratas							
Malos olores							
Desempleo		Desplazamiento	4	Familias sin valores	3		
Inseguridad							

POBLACIÓN: DANUBIO AZUL

Metodologías: Árbol de problemas-Cartografía social de problemas

Problemas		Causas		Consecuencias		Soluciones	
Falta de alimentos	5	Mal manejo de tto de IRA y EDA		Desnutrición		Concientizacion de los padres	
	2	Malos hábitos alimenticios				Uso adecuado de los servicios de salud	
	2	Mal manejo de remedios caseros					
Maltrato físico y psicológico	5	Poco cuidado de los adultos hacia los niños	4	Niños en la calle		Mejorar la autoestima	
Abuso sexual	5			Delincuencia			
Soledad percibida	3			Baja autoestima			

Irresponsabilidad de los padres	Drogadicción de los padres		Descuido	Programas dirigidos a los padres jóvenes	
	Alcoholismo de los padres		Niños solos	Organización de padres de los jardines	
	Falta de orientación a los padres		Falta de recursos económicos		
	Vagancia de los padres		Hacinamiento		
	Padres y madres adolescentes		Mal vocabulario		
	Madres cabeza de familia		Familias separadas		
	Falta de parques		Poca estabilidad de las familias		
			Comportamiento sexuales aprendidos		
		Niños posibles consumidores de spa			
Contaminación ambiental	Cárcavas	10	Malos olores		
	Ladrilleras	10	Fiebre		
	Quebradas contaminadas	10	Vómito		
			Diarrea		
			Zancudos		

Anexo 2 (Cartilla de las 16 prácticas saludables de la estrategia AIEPI)



Comisión Europea

Las 16 prácticas saludables para el crecimiento y el desarrollo

Programa

**Acción integral de atención a
poblaciones desarraigadas de la
localidad de Usme en Bogotá y las
comunas 3 y 8 en Medellín**



aiepi

CURSO AIEPI COMUNITARIO

Las 16 prácticas saludables

USME 2007

“Hoy en día el afán de la vida, de conseguir trabajo, nos hace dejar a los niños solos, encerrados y no hay tiempo para estimular, ni mucho menos brindarles cariño ni calidad de tiempo. A los padres se les olvida, que el desarrollo integral de un menor abarca comunicación, afecto, motricidad, relación consigo mismo y con su entorno. Pensamos que con darles de comer, vestirlos hemos cumplido.”

Madre comunitaria Barrancabermeja

¿QUE ES AIEPI Y QUE PROPONE SU COMPONENTE COMUNITARIO?

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es un conjunto integrado de acciones curativas, de prevención y de promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad.

En los servicios de salud para la detección oportuna y el tratamiento eficaz, y en el hogar y comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables para el cuidado del Niño(a) y la Mujer Gestante.

La implementación del componente comunitario del AIEPI comenzó dos años después de la implementación de los otros componentes. En 1997 en una reunión de agencias internacionales en República Dominicana se reconoció que solamente mejorando la calidad de atención de los niños enfermos en los servicios de salud podría tener un limitado impacto en reducir la morbilidad y mortalidad infantil. Se propuso en esa reunión la necesidad de desarrollar una estrategia basada en comunidad y en las familias para promover las prácticas familiares que son la clave para la supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil. En 1999 se hizo el lanzamiento oficial para los países de la región del componente AIEPI comunitario.

Esta estrategia parte de la premisa que las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a sus niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños⁷⁵. Considerando que el éxito en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de salud y de las familias con el apoyo de su comunidad; entonces las comunidades necesitan ser fortalecidas con conocimientos y habilidades relacionadas a la salud y el desarrollo del niño.

El componente comunitario y familiar del AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de desarrollo comunitario. Con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas y motivadas.

La vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todos, más si las causas del problema son manejables en la familia y la comunidad

El componente Comunitario propone que las **FAMILIAS** incorporen **PRÁCTICAS SALUDABLES** para el desarrollo seguro del niño protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando **CUIDADOS ADECUADOS** en el hogar cuando está enfermo, **DETECTANDO OPORTUNAMENTE SIGNOS** que manifiestan que requieren **TRATAMIENTO INMEDIATO** para **BUSCAR AYUDA**.

Mediante diversas reuniones y consultas regionales de ínter agencias (UNICEF, OMS, Banco Mundial, USAID, DFID, BASICS y ONGs) se llegó al consenso de las prácticas familiares que se deberían promover. Globalmente 12 prácticas han sido identificadas, y la Región del Este y Sur Africano identificó cuatro prácticas adicionales para la prevención del VIH/SIDA,

⁷⁵ Kenya-Mogisha N, Pangu K. The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, Health Section UNICEF ESARO, 1999, P: 3

prevención del abuso y accidentes en niños, y la participación de los padres en el cuidado de los niños. Existe consenso también que esas prácticas son genéricas y que serán adaptadas de acuerdo a la situación local y prioridades del país, distrito o comunidad.

En consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover 16 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micro nutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (Alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación de hombres), y búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos).

Para alcanzar los objetivos y obtener resultados del componente comunitario del AIEPI, se han recomendado seis estrategias (que pueden ser adaptadas de acuerdo a la situación específica de cada país):

- Defensa en todos los niveles para promover el compromiso político y social. Movilizar recursos, y estimular el desarrollo de políticas.
- Movilización social para construir alianzas.
- Programa de comunicación para promover y sostener conductas positivas sobre la población vulnerable.
- Fortalecer alianzas entre servicios de salud, comunidades y hogares.
- Mejorar la recolección y utilización de la información basada en la comunidad.
- Construir capacidades para implementar programas efectivos.

La estrategia fundamental consiste en el desarrollo participativo de proyectos en áreas de alto riesgo para apoyar la efectiva aplicación de las 16 prácticas clave para mejorar la salud de la niñez. Las intervenciones son participativas, y aglutina a todas las instituciones que trabajan a favor de la niñez en el nivel comunitario, entre ellas los servicios de salud, escuelas, iglesias, municipalidades, grupos de voluntarios, clubes de madres y ONGs.

En forma conjunta, todas estas instituciones identifican las prácticas familiares y comunitarias que no están protegiendo la salud de la niñez y ni favoreciendo el crecimiento y desarrollo saludables. Luego planifican las actividades, acciones, y proyectos. Esta forma de trabajar evita la duplicación de esfuerzos, y fortalece la capacidad de la propia comunidad para la resolución de sus problemas.

CÓMO DISEÑAMOS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA PROMOCIONAR LAS PRÁCTICAS CLAVE CON UN ENFOQUE INTEGRAL Y PARTICIPATIVO?

Ejercicio 1

San Andrés es una localidad rica en recursos naturales habitada por cerca de 3000 familias agrupadas en varias comunidades pequeñas, cuyos miembros se dedican especialmente labores agrícolas y ganaderas. Todo haría pensar que es una comunidad próspera, y sin embargo los problemas de salud que presentan los más pequeños son preocupantes. Tres década cinco niños tienen menos de cinco años. En su mayoría, las familias están compuestas por 6 ó 7 miembros, con cinco hijos en promedio cada una. En

esta localidad existen un centro de salud y tres puestos de salud, y la mayor parte de la población tiene que desplazarse entre una y dos horas para llegar a ellos. Jacinta y José son esposos y viven la comunidad de Buenaventura, que pertenece a la localidad de San Andrés. Ya llevan 7 años juntos y tienen a Marco, un niño de 4 años que va a una escuelita cercana a su casa, y a Rosita, una bebé de 4 meses.

Jacinta está preocupada pues Marco tiene diarrea hace ya varios días y duerme todo el día; siempre está cansado y cada vez se ve más flaquito. Como no tiene tiempo de llevarlo al establecimiento de salud, la ha dado unos matecitos para aliviar el malestar. Debido a que Jacinta tiene que atender la casa, a los niños y a su esposo, ha resuelto no amamantar a su niña pues es más fácil darle la leche en biberón u otros líquidos. Una tarde de domingo, en una actividad de su iglesia Jacinta sí oyó hablar algo al sacerdote acerca de la importancia de la lactancia materna, pero no prestó mucha atención. Una mañana Jacinta se dio cuenta de que Rosita también había amanecido con diarrea. Cansada de tener a sus dos hijos enfermos, le pidió a José que la ayudara y llevara a Marco al puesto de salud. Sin embargo, José dijo tener mucho trabajo, por lo cual no podía ocuparse de las cosas de la casa. Mientras tanto Marco le contaba a su mamá que se dormía en el colegio y que ha tenido que ir varias veces al baño. Sin embargo, el maestro del niño nunca le comentó nada a Jacinta.

A Doña Juana, vecina de Jacinta y dirigente del pueblo, le extrañaba que esta última no amamantara a su niña, siendo ésta tan pequeña, y especialmente teniendo en cuenta que la madre había ido a unas charlas donde se había hablado de la importancia de la lactancia materna. Pero a pesar que le había aconsejado a Jacinta hacerlo, ésta nunca hizo caso.

Una tarde, Doña Juana fue a visitar a su vecina Jacinta y encontró que Marco estaba con diarrea. Entonces recordó que lo había visto jugando en un basural que había en el parque. Y como hacía tiempo la municipalidad no recogía la basura, seguro el niño se había metido algo a la boca y por eso la diarrea no paraba. Como dirigente de la comunidad, doña Juana estaba preocupada porque ya eran varios los niños con diarrea. Ella estaba segura de que

era necesaria hacer algo al respecto, pero no sabía muy bien qué ni cómo ni con quién. También le preocupaba que Rosita no estuviera siendo amamantada exclusivamente ¿Cuántos niños y niñas de su comunidad estarían sufriendo los mismos problemas de salud?. Los días pasaron y Marco cada vez comía menos, y seguía durmiendo mucho tiempo, lloraba sin lágrimas y se le secaron los labios. Ante este cuadro José culpó a Jacinta por no cuidar a su hijo. Edwin,

El promotor de salud, alertado por doña Juana, visitó a la familia y encontró a Marco totalmente deshidratado. Así que llevó al niño inmediatamente al establecimiento de salud, que quedaba a una hora de la comunidad.

Al llegar Jacinta sacó cita solo para Marco, porque era el mayor, creyendo que no iban a querer atender a los dos niños. Y como los dos tenían lo mismo, entonces pensó que seguiría las mismas indicaciones para Rosita. Cuando entró a la consulta, el médico se sorprendió al ver el estado de salud del niño y, sin preguntar nada, recriminó a Jacinta: “ ¡Ahhh! seguro que tu eres una de esas madres que se contentan con darle agüitasa sus hijos, sopitas y pan y con eso creen que ya cumplieron con su obligación”.

Jacinta, con voz muy bajita y sin mirar a los ojos le respondió: “es que en mi pueblo los mates son buenos y con eso ya se sienten mejor”. El médico, ya muy impaciente, le respondió: “Tú lo has dicho: en tu pueblo. Este no es tu pueblo y aquí las cosas se complican un poco más. Bueno, no perdamos el tiempo. Dale al chico estas sales de rehidratación oral para que se recupere. Si en una semana no ha mejorado, regresas”. Jacinta salió asustada y sin saber qué hacer, sintiéndose culpable y con rabia porque la habían tratado mal.

Seguro muchos de nosotros hemos escuchado o hemos sido testigos de historias como ésta, que no son ajenas a nuestra realidad. A partir de la situación descrita nos podríamos preguntar:

- ➤ Jacinta y José, ¿supieron identificar a tiempo los signos de alarma del niño con diarrea y el peligro en el que se encontraba la vida de su hijo?
- ➤ ¿Por qué los padres de Marco y Rosita actuaron como lo hicieron?
- ➤ El comportamiento de José ¿ayudó a solucionar el problema de salud de la familia?
- ➤ Si doña Juana, la dirigente de la comunidad, se daba cuenta que había un problema ¿porqué no actuaba?
- ➤ ¿Qué pudo hacer el maestro, desde su laboren la escuela, para poder prever que Marco no llegará al estado de gravedad en el que se encontraba?
- ➤ ¿Quién hubiera podido hacer algo para solucionar el problema de la basura?

- ➤ ¿Aprovechó el médico la oportunidad para brindar una atención integral al niño y a la
- niña? ¿Aprovechó la oportunidad de contacto con la madre para comunicar los mensajes para promover prácticas clave referidas al cuidado del niño en el hogar?
- ➤ ¿La historia hubiera sido diferente si la familia hubiera conocido y aplicado las medidas de prevención para el cuidado de la salud de los niños y las hubiera puesto en práctica?
- ➤ ¿La historia hubiera sido diferente si la familia hubiera sido consciente de que el cuidado de salud integral de los niños y niñas es un derecho y también una responsabilidad?
- ➤ ¿La actitud del médico reforzó en la madre el desarrollo de una conducta positiva respecto a los cuidados de sus niños enfermos? ¿Por qué?
- ➤ ¿Qué podemos hacer para evitar situaciones como esta? ¿Las acciones deben provenir solo del nivel local o también de los niveles de decisión regionales o nacionales? ¿Qué acciones a nivel local, nacional o regional se pueden emprender para evitar situaciones como éstas?

¿QUE PODEMOS HACER COMO MADRES COMUNITARIAS?

**AYUDAR A MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS
PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS Y DE
NUESTRA COMUNIDAD**

Nuestro Rol como personal de salud es:

- Promover las practicas claves mediante el reconocimiento de los problemas de salud infantil en su comunidad y los recursos organizativos para
- Impulsar un plan de Acción que incorpore las prácticas claves priorizadas.
- Implementar y mantener la vigilancia comunal con la participación de personal de salud y la comunidad
- Mejorar las condiciones de los servicios de salud para brindar una atención de calidad para madres y niños
- Impulsar acciones de comunicación y educación en la comunidad para difundir las practicas claves

¿COMO LO HAREMOS?

¿Que acciones podemos realizar?:

**CON LA PARTICIPACION DE TODOS LOS
ACTORES LOCALES DESDE NUESTRAS PROPIAS
REDES**

- El Análisis de la Realidad Local identificando:
 - Actores locales
 - La situación de salud de niños y niñas
 - La situación de las prácticas claves

- El Plan Local Comunitario

- La Vigilancia Comunal

- El Mejoramiento de la Calidad

- La Promoción de las Practicas Claves en la Comunidad

EL ANALISIS DE LA REALIDAD LOCAL

Para lograr un conocimiento adecuado de tu realidad es necesario que reconozcas los siguientes aspectos:

Identificando a los Actores Locales

Convoca a los diferentes actores de tu comunidad a una reunión (organizaciones de mujeres, comedores populares, juntas vecinales, agentes comunitario, etc) con el objetivo de compartir información sobre el Proyecto AIEPI Comunitario, así como para analizar la situación de salud del niño y de las practicas claves en la localidad.

Inicia la reunión recordando el objetivo de la misma, desarrollando las siguientes momentos: elabora un mapa para la ubicación de los actores locales y una matriz para identificar las funciones que realizan, con quiénes trabajan y que redes forman, para ello puedas utilizar la siguiente matriz.

Matriz para Identificación de Actores Locales

Actores Locales		Funciones	Población objetivo	Redes de las que forman parte
Gobierno Local				
Asociaciones Comunitarias				
Juntas Vecinales				
Agentes comunitarios				
Centros educativos				
Clubes de madres				
Comedores				
Establecimientos de salud				
Iglesia				
Medios de comunicación				
Otros				

Reconociendo la situación de la salud del niño/a

- A través de una Lluvia de Ideas analiza con los participantes las situaciones de salud de niños/niñas, para lo cual puedes utilizar algunas preguntas como:

¿como nos imaginamos a un niño sano?

¿y como son los niños de nuestra comunidad?

¿que situaciones afectan la salud de los niños?

¿que conocen y hacen las familias para enfrentar estas situaciones?

- Anota todas las respuestas, en papelotes o tarjetas, de tal manera que todos las identifiquen.

Identifica la situación de las Prácticas Claves en la comunidad

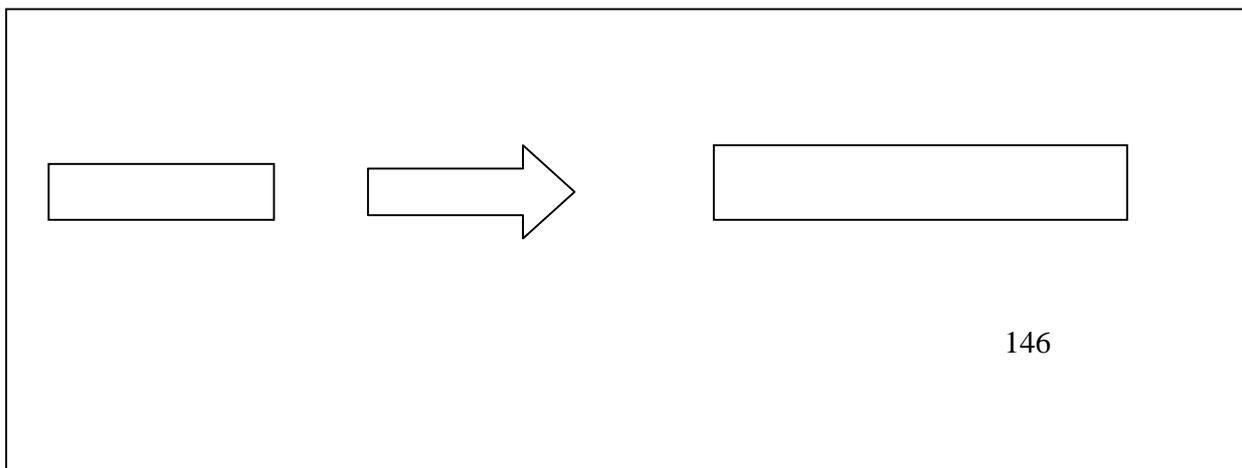
- Presenta las prácticas claves que se promueven desde AIEPI comunitario.
- Con la participación de todos, contrasta los conocimientos y practicas de la comunidad con las practicas claves presentadas, e identifica cuales de ellas no se cumplen.

Para evidenciar y profundizar en el análisis de las prácticas claves puedes hacer uso de alguna de las siguientes herramientas:

- Revisión de información disponible
- Aplicación de encuestas
- Con la información complementaria obtenida , elabora con los participantes un listado de los principales problemas y practicas.

El Plan de Acción Comunitario

Con la participación de todos los actores locales comprometidos, y con el apoyo de la metodología de Planificación de Base, elabora el Plan de Acción Comunitario, según el siguiente esquema:



PROBLEMAS

¿por qué?

CAUSAS DEL PROBLEMA

CONSECUENCIAS

DEL PROBLEMA

ACCIONES PARA

SOLICIONAR EL PROBLEMA

La planificación de base es el método a través del cual el grupo identifica y prioriza un problema, analiza sus causas y consecuencias y proponga acciones o tareas para frenar dichas causas.

La planificación de base, tiene una dimensión educativa, desde el momento en que el grupo toma conciencia de los problemas de su comunidad y construye caminos viables para trabajar en conjunto para superarlos.

El siguiente cuadro define cada momento y señala el proceso metodológico para la Planificación de Base

El problema	Causas	Las consecuencias	Las acciones
<p>Definir el problema quiere decir encontrar la situación crítica que pone en riesgo de muerte o enfermedad de una población determinada</p>	<p>Definir las causas quiere decir encontrar y analizar las razones por las que se da el problema. A través de una sucesión de preguntas.</p> <p><i>¿Por qué?</i></p>	<p>Definir las consecuencias quiere decir ver o prever lo que pasa o puede pasar si el problema persiste y no se atacan las causas</p>	<p>Definir las acciones quiere decir decidir en grupo que podemos hacer para combatir las causas del problema.</p> <p><i>¿Que hacemos?</i></p> <p><i>¿Cuando lo hacemos?</i></p> <p><i>¿Como lo hacemos?</i></p> <p><i>¿Quienes lo hacemos?</i></p> <p><i>¿Con que lo hacemos?</i></p> <p><i>¿Que y cuando evaluamos?</i></p>

Definición del Problema:

- Utilizando el listado de problemas y practicas identificados analiza y prioriza el/los problema/s de salud y las practicas claves tomando en cuenta si afecta *a todos* o *casi todos* y si es o no *posible de solucionar*.

Matriz de priorización

PROBLEMAS	¿A quienes afecta?		¿Es posible resolverlo?		PUNTAJE
	A todos (2 ptos.)	A pocos (1 pto.)	Si (2 ptos.)	No (1 pto.)	

- Como resultado de este ejercicio obtendrán un listado de problemas priorizados.
- A partir de los problemas priorizados los participantes de común acuerdo decidirán sobre cuales intervendrán.

Definir y analizar las Causas

- Una vez definido el/los problemas analizaremos las causas por las que se da, para ello preguntamos **¿por qué?** en forma repetida, hasta llegar a identificar las causas básicas del problema.
- Define con los participantes qué causas son factibles de abordar desde AIEPI Comunitario y cuáles necesitan el apoyo y confluencia de otras acciones y actores

Recuerda: Este ejercicio es un espacio de inter.-aprendizaje donde la riqueza y profundidad del análisis dependerá del aporte de todos los actores.

Definir las consecuencias

- Identifica los efectos o consecuencias del problema, es decir lo que sucede o puede suceder si el problema persiste y no se combaten las causas.
- La identificación de las consecuencias permitirá demostrar que las acciones dirigidas a enfrentar las causas son las mas sostenibles y exitosas.

Definir las Acciones

- En esta etapa, para cada causa definida y analizada se propondrán una o mas acciones a realizar.
- Las acciones involucraran a uno o mas actores dependiendo de su quehacer y disposición.

Una vez definida las acciones es necesario precisar como nos vamos a involucrar todos los actores para ejecutarlas y precisar de una forma mas operativa como implementaremos estas grandes acciones.

Para lo cual podemos guiarnos con las siguientes preguntas:

¿Cómo lo haremos?

¿Quiénes lo hacen?

¿Con qué lo hacen?

¿Cuándo lo hacemos?

Matriz de acciones

Acciones propuestas	Tareas ¿Como lo haremos?	Responsables ¿Quienes lo hacen?	Recursos ¿Con que lo hacen?	Tiempo ¿Cuando lo Haremos?

Monitoreo y evaluación de las acciones

Todas las acciones planificadas requieren ser monitoreadas y evaluadas periódicamente para lo cual es necesario que acuerdes con el actores sociales la mejor manera de evaluarlas. Aquí te sugerimos:

- Reuniones periódicas quincenales o mensuales en un primer momento y posteriormente cada tres meses.
- Formatos que registren cuantitativa y cualitativamente el logro y las limitaciones que se presentan en la ejecución de las acción
- Aplicando técnicas sencillas de observación participante, conversaciones informales con las familias y otros actores.

Es necesario que los esfuerzos de cada actor local y de las familias este registrado para poder tomar decisiones adecuadas, retroalimentar el proceso y socializaron otras redes y actores las lecciones aprendidas.

La vigilancia comunitaria

¿Que es un sistema de vigilancia comunitaria?

Es un sistema de vigilancia que permite identificar a las familias de nuestra localidad, según el riesgo que tienen de padecer enfermedades o problemas de salud perinatal s y prevalentes en la infancia y, focalizar las acciones, haciéndolas mas intensas en las familias que mas lo necesitan, es decir, las que tienen u riesgo mayor de enfermar y morir.

¿Qué nos permite la vigilancia comunitaria?

- Mapear a las familias con madres gestantes, niños y recursos comunitarios
- Determinar las prioridades de atención
- Proteger a los mas vulnerables
- Asegurar un sistema de referencia y contrarreferencia desde la comunidad a los servicios de salud
- Organizar la evaluación comunitaria
- Evaluar el efecto de nuestras acciones
- Afianzar los aspectos educativos de las prácticas claves en las familias

¿Quienes participan en el sistema de vigilancia comunitaria?

¿Como se implementa la vigilancia comunitaria?

Con la participación de todos los actores de la comunidad se planifican las siguientes acciones:

Identificación de todos los niños y niñas menores de cinco años y las madres gestantes:

Realice un registro donde liste a todas los niños y madres de la comunidad

Clasificación de las familias en riesgo

Se consideran familias susceptibles de estar en riesgo desde el solo hecho de contener una madre gestante y/ o un niño menor de cinco años

Existen otras condiciones adicionales que colocan a una familia en condición de riesgo, dependiendo de las característica locales u otras consideraciones:

	CRITERIOS PARA PRIORIZAR FAMILIAS EN RIESGO
Criterio 1	Familia con mujeres gestantes
Criterio 2	Familia con gestante, madre de 4 hijos o mas
Criterio 3	Familia con gestante de 35 años o más
Criterio 4	Familia con gestante adolescente (menor de 16 años)
Criterio 5	Familia con una o mas muertes de niños menores de cinco años
Criterio 6	Familia que viven a dos o mas horas del centro de salud mas cercano (con medico o personal de enfermería)
Criterio 7	Familia con madre analfabeta o que hable exclusivamente su lengua nativa

Sugerencias

Construcción del mapa o croquis comunitario

Sobre un mapa de nuestra comunidad, se dibujan las viviendas, locales comunales y otros servicios o instalaciones de importancia. En este mapa, utilizando símbolos, identifique la ubicación de:

- Las familias en riesgo (todas)
- Las autoridades comunitarias
- Los actores comunitarios y sus redes

Visitas a las familias en riesgo

Elabore una programación de visitas periódicas a las familias en riesgo

Esta actividad puede realizarla el personal de salud o el ACS previamente capacitados

Durante la visita se realizaran las siguientes actividades:

- Aconsejar a la madre y la familia en relación a cada uno de los menores de cinco años
- Aconsejar a la madre y la familia en relación con la gestación de la madre.
- Conversar con la madre y la familia acerca de las practicas claves
- Realizar la autopsia verbal en caso de haberse producido la muerte materna o de un menor de cinco años.
- Luego de la visita, el ACS debe actualizar el nivel de riesgo de la familia en su mapa o croquis

Organización de la referencia y contrarreferencia comunitaria

En cualquier momento pueden presentarse situaciones de riesgo para la salud de los menores de cinco años en cualquier familia de la comunidad y no únicamente en las familias en riesgo

Todas las redes de actores locales sensibilizados en la AIEPI pueden apoyar en la identificación de situaciones o comportamientos de riesgo para los niños en la comunidad y referirlos para su atención a los servicios de salud.

Los servicios de salud atienden a los niños y realizan la contrarreferencia al actor que lo refirió, para el seguimiento correspondiente en la comunidad

Para ello los actores locales deben ponerse de acuerdo acerca de:

- Como hacer la referencia de un niño con riesgo identificado, utilizando una boleta o fichas de referencia
- Establecer los mecanismos para obtener una atención efectiva en los servicios de referencia
- Disponer de un sistema de transporte efectivo y comprometido
- Organizar el acompañamiento del niño enfermo
- Disponer de un plan de atención para los casos de emergencia.

Seguimiento periódico de la vigilancia comunitaria

Para asegurarse que el sistema de vigilancia funcione bien, se deben considerar los siguientes puntos:

- Se realizan las visitas con la regularidad acordada
- En las visitas se realizan todas las actividades acordadas
- La calidad de las actividades realizadas es adecuada
- Se cumplen con los formatos de referencia
- Se da seguimiento a la contrarreferencia
- Se hacen autopsias verbales y se entrega la información a los servicios
- Se actualiza en todas las visitas el nivel de riesgo de la familia

a) Prácticas relacionadas con el crecimiento físico y el desarrollo mental del niño y la niña

<i>PRACTICAS</i>	<i>MENSAJES</i>
<p>1.- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES</p> <p>“Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses. (Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presente las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La leche materna es el primer y mejor alimento que da vida a los bebés. Inmediatamente, desde la primera media hora de nacido, el bebé debe tomar su primer y mejor alimento: la leche materna. Recuerda que así crecerá sano, fuerte y feliz. - Hasta los 6 meses la leche materna es el mejor alimento para los bebés. No necesita de otro alimento ni agüitas. Se le debe dar sólo el pecho tantas veces como el bebé pida. Por lo menos 8 veces en 24 horas. <p><i>Mensajes de apoyo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La leche que sale del pecho poco después del parto, también llamada primera leche o calostro, es el mejor alimento para el bebé porque posee sustancias que lo protegen de muchas enfermedades. Recuerda que mientras más rápido se le de el pecho al bebé, en la primera media hora de nacido, la protección será mayor. - Cuando el bebé toma el pecho, también está protegiendo a la mamá, porque la lactancia materna ayuda a disminuir el sangrado después del parto, de esta forma el útero se contrae con más rapidez. - Los bebés que son alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses se enferman menos que aquellos que reciben otros tipos de leche. - La lactancia materna es un acto de amor que ayuda a fortalecer los vínculos de afecto y comunicación con el bebé. - Cuanto más a menudo y más tiempo mama el bebé, más leche producirá la madre. - Si los bebés son alimentados sólo con leche materna los primeros seis meses, no necesitan tomar agua ni otro líquido para satisfacer la sed, ni siquiera cuando hace calor, porque la leche materna satisface todas las necesidades de alimentación del bebé incluyendo la sed. - La participación de la familia facilita una lactancia materna plena. El padre, los hermanos mayores, los abuelos, etc. deben realizar las actividades del hogar para que la madre disponga de más tiempo para dedicarlo a la lactancia y cuidado del recién nacido. - La leche materna es limpia, está a la temperatura adecuada y no necesita tiempo ni recursos adicionales

	<p>para su preparación.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si la madre tiene que dejar a su bebé para volver al trabajo o a la escuela, es recomendable que extraiga la leche de su pecho y la guarde en envases pequeños. -El envase debe cubrirse con una tela limpia y debe mantenerse en un lugar fresco o en la refrigeradora. -Esta leche debe ser ofrecida al bebé usando una taza y cuchara en lugar de un biberón. -Durante las siguientes ocho horas la leche se conservará en buen estado y no representará ningún peligro para la salud del bebé. Una vez transcurridas esas ocho horas, no se debe alimentar al bebé con esta leche.
<p>2.- ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>“A partir de los seis meses de edad, aproximadamente, suministre al niño/niña alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recuerde que hasta los 6 meses la leche materna es el único alimento del bebé y cubre todas sus necesidades. -Alimente a los niños y niñas a partir de los 6 meses con comidas espesas y variadas tomadas de la olla familiar, 5 veces al día en cantidades pequeñas en cada ocasión. -Continuar amamantando al niño/niña hasta que cumpla 2 años de edad. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Además de su comida, seguir amamantando al niño/niña, ya que la leche lo/a sigue protegiendo contra las enfermedades. -Ofrecer una porción diaria de los siguientes alimentos ricos en hierro, por ejemplo carnes blancas, rojas, huevo o proteína de origen vegetal como fríjol, soya, etc. Recuerde que las carnes rojas contienen mayor cantidad de hierro que es beneficioso para prevenir la anemia. -Incluir progresivamente nuevos alimentos en su dieta: Verduras de color verde oscuro machacadas (espinaca), fríjol, plátano o papa machacados, verduras anaranjadas machacadas (zanahorias, calabaza o zapallo), frutos anaranjados machacados (duraznos, papaya), los cítricos podrán incluirse a partir de los nueve meses. -Ofrecerle leche materna después de los alimentos sólidos. -En general los alimentos para el niño o la niña deben ser preparados para que le guste y provoque comerlos.

<p>3.- CONSUMO DE MICRONUTRIENTES</p> <p>“Proporcione al niño/niña cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La alimentación del niño o niña a partir de los 6 meses debe incluir frutas y verduras de color anaranjado o verde, sal yodada y carnes por que ayudan a su crecimiento y desarrollo por ser ricos en vitaminas y hierro. -Cuando el niño/niña cumpla los 6 ó 9 meses de edad llévelo/a al establecimiento de salud para recibir su primera dosis de vitamina A y hierro que lo protegerán contra la anemia y evitara que se enferme tanto. <p>Mensajes de apoyo:</p> <p>La leche materna incluyendo el calostro, es una excelente fuente de vitamina A y Hierro.</p> <p>Entre otros, los alimentos ricos en vitamina A son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Frutas de color anaranjado: papaya, mango, durazno, albaricoque y otras.</i> ○ <i>Verduras: camote, calabaza, zapallo, zanahorias y espinaca de preferencia anaranjadas o verde oscuro.</i> ○ <i>Carnes: pescados, res, pollo y vísceras de animales como el hígado de pollo. Es necesario consumir aceites o mantequillas durante la misma comida para aumentar la absorción de la vitamina A.</i> ● <i>La vitamina A ayuda a prevenir las infecciones como el sarampión y la diarrea.</i> ● <i>Las principales alimentos ricos en hierro son:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Vísceras de res y de pollo (hígado, riñón), huevos, mantequillas, avena, hojas verdes (acelga) y leguminosas como garbanzo, lenteja, frejol negro.</i> ● Es necesario consumir vitamina C (jugo de naranja) para aumentar la absorción del hierro que contienen los cereales, verduras y carnes. ● Es recomendable usar sal yodada para prevenir el bocio y favorecer el desarrollo del cerebro del niño/niña. Se debe evitar suministrarle la sal gruesa destinada a los animales.
<p>4.- AFECTO – CARÍO, ESTIMULACION TEMPRANA.</p> <p>“Promueva el desarrollo</p>	<p>Mensajes clave:</p> <p>Las madres y los padres deben pasar más tiempo con sus hijos. El niño o la niña se desarrolla mejor cuando sus padres le hablan, los escuchan y juegan con ellos. A esto se llama estimulación temprana y ayuda a desarrollar su inteligencia y le da seguridad.</p>

<p>mental y social del/a niño/niña, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo/a mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.”</p>	<p>Un niño o una niña que se desarrolla bien físicamente crece en talla y aumenta de peso en forma regular.</p> <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga que el bebe comparta las actividades de la familia aún cuando parezca muy chiquito. Hay que hablarle, reírse con él, mostrarle objetos, hacerlo escuchar sonidos, abrazarlo, mostrarle cariño. • Tres momentos son especialmente importantes para que el niño o la niña reciba el cariño de su familia: cuando toma pecho o come, cuando lo cambian o bañan y al momento de dormir. • Los bebés y los niños, como los adultos, necesitan saber que tienen la aprobación de las personas importantes en su vida. Aprobarlos es aplaudirlos y felicitarlos cuando tienen éxitos. Por ejemplo, aplaudirlos cuando cogen una sonaja o simplemente cuando dicen su primera palabra. • Los niños y niñas aprenden mejor a las buenas que a las malas. El castigo, físico o hablado, es muy malo para el desarrollo del niño o niña. Puede marcarlo/a para toda la vida. • Controle si es posible mensualmente, si el bebé, el niño o niña está creciendo en talla, peso y desarrollando habilidades. • Todos los niños y niñas necesitan aprender a ser disciplinados. Para disciplinar al niño o niña tenga reglas claras: Las reglas tienen que ser pocas, claras, estar de acuerdo a la edad del niño o niña y toda la familia debe repetir la misma regla. Es como la ley de la casa. Por ejemplo, se come en la mesa, se duerme a cierta hora, se recogen los juguetes que se usaron. El niño o niña aprende con la firmeza. Se puede manifestar disgusto con la voz, pero nunca llegar al grito ni al castigo físico. • Los niños y niñas tienen derecho a un certificado o partida de nacimiento, y ello, entre otros beneficios, puede ayudar a que sean cobijados por programas de bienestar social y reciban atención en salud.
---	--

b) Prácticas relacionadas con la prevención de enfermedades

<i>PRACTICAS</i>	<i>MENSAJES</i>
5.- VACUNACION	Mensajes clave:

<p>“Lleve al niño y niña en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, VOP y antisarampionosa) antes de que cumplan un año.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lleve al niño/niña al establecimiento de salud para que reciba todas las vacunas en las fechas establecidas. • Los niños y niñas deben recibir todas sus vacunas en las fechas establecidas, durante su primer año de vida, así crecerán sanos y felices y estarán protegidos contra muchas enfermedades. La vacunación es un acto de amor y protección al niño y niña. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las vacunas protegen a los niños y niñas de las enfermedades más frecuentes y peligrosas como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, la hepatitis B., el sarampión y formas graves de tuberculosis. • Si el niño o la niña tiene resfrío, diarrea o fiebre puede vacunarse sin riesgo alguno.
<p>6.- SANEAMIENTO</p> <p>“Deseche las heces (inclusive las de los niños y niñas) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños/niñas.”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lávese las manos con agua que corre y jabón, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño/niña, después de hacer nuestras necesidades, y después de cambiar los pañales del niño/niña. • Las heces, inclusive las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario, o en una fosa cubierta. • La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, hervida o clorada. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos con agua y jabón elimina y mata los gérmenes, de esta manera ayuda a proteger a la familia y a la comunidad contra las enfermedades. • Cuando muchas personas se lavan las manos utilizando la misma agua, la contaminan y transmiten los gérmenes a las otras personas. Asegúrese de lavarse las manos con agua que corre. • Todas las heces, incluyendo las de los niños, contienen gérmenes y pueden transmitir enfermedades

	<p>de una persona a otra. Estos gérmenes no pueden verse a simple vista.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las moscas merodean los baños sucios. Para evitar que aumente el número de moscas en el hogar, es necesario mantener los inodoros limpios. • Si en su comunidad identifica familias que no tienen servicios sanitarios, coordine con un funcionario de Salud Ambiental o con una ONG local para la construcción o compra de losas para servicios sanitarios.
<p>7.- MALARIA</p> <p>“Proteja a los niños y niñas en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese que toda la familia, en especial los niños y niñas menores de cinco años, duerman protegidos por mosquiteros tratados con insecticida para evitar el paludismo. • En zonas de paludismo, lleve al niño o niña con fiebre al establecimiento de salud para su evaluación. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los mosquiteros tratados con insecticida producen doble protección contra el paludismo: con el mosquitero y con el insecticida. • En las zonas en las que hay paludismo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Use ropa de manga larga, pantalón largo y calcetines o aplique repelente en la ropa o en la piel a partir de las 6 de la tarde. ○ Instale telas metálicas en puertas y ventanas que impidan el ingreso de mosquitos y zancudos a la vivienda. ○ Drene los criaderos de mosquitos (estanques, pantanos, recipientes de agua limpia o sucia) o

	<p>tape con tierra los charcos para impedir que los mosquitos se reproduzcan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumigar las casas con insecticida para matar los mosquitos. Después de fumigar, no lavar ni limpiar las paredes de la casa porque al hacerlo puede quitarse la sustancia que aleja a los mosquitos.
<p>8.- INFECCION POR VIH SIDA</p> <p>“Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA, especialmente los huérfanos.”</p>	<p>Mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transmisión del virus del SIDA se puede prevenir a través de abstinencia, fidelidad, relaciones sexuales protegidas, y transfusiones de sangre segura. • La transmisión del virus del SIDA de madre a hijo/a se puede prevenir a través de un diagnóstico temprano durante el embarazo, seguido de un tratamiento adecuado. • Las personas que viven con el virus del SIDA, especialmente niños y niñas, tienen los mismos derechos y necesidades que otras personas y necesitan tratamiento, adecuada nutrición, atención, amor, educación, albergue y apoyo de las personas que los rodean (familias, comunidades y trabajadores de salud). <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable que madres, padres, niños y niñas viviendo con el virus participen en grupos locales de apoyo. También es deseable involucrar a toda la familia en su cuidado.

c) Prácticas relacionadas con el cuidado apropiado del niño/niña en el hogar

<p>9.- ALIMENTACION DEL NIÑO ENFERMO</p> <p>“Continúe alimentando y dando líquidos a los niños y niñas, especialmente leche materna, cuando están enfermos.”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuando los niños están enfermos necesitan continuar tomando leche materna y alimentando para recuperarse más pronto.• Si el niño o la niña está enfermo y es menor de 6 meses, es necesario amamantarlo más frecuentemente mientras dure la enfermedad.• Si el niño o niña enferma y es mayor de 6 meses, aumentar los líquidos y alimentos en cantidades pequeñas y dárselos más veces al día que de costumbre. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un niño o una niña enfermo/a mayor de 6 meses y con fiebre puede perder muchos líquidos, en este estado el niño/niña tiene necesidad de ingerir mas líquidos y leche materna. Es necesario llevar al niño/niña al establecimiento de Salud.• El niño o la niña con fiebre pierde mucha energía. Recuerde que, aunque pierda el apetito, es importante darle más alimentos de lo normal, con el fin de que recupere la energía perdida. Es necesario darle con frecuencia cantidades pequeñas de alimentos blandos y de alimentos que le gusten.• Asegurarse de que los alimentos ofrecidos sean ricos en energía y nutrientes, como: papilla con margarina, frijoles triturados, y pedazos pequeños de papaya y otras frutas.• La leche materna y otros líquidos son especialmente importantes porque alimenta y previene la deshidratación. Continué amamantando. <p>Alimentación durante la recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si el bebe es menor de seis meses, necesita ser amamantado con mayor frecuencia durante su recuperación para ayudarlo a ganar el peso perdido durante la enfermedad.• Si el niño o niña es mayor de seis meses, después de la enfermedad y durante una o dos semanas
--	--

	<p>darle una comida extra al día, para su completa recuperación. Lo más adecuado es ofrecerle sus alimentos predilectos, preferentemente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerle alimentos nutritivos y con alto contenido de energía, como: pollo, hígado, huevos, carne, pescados, margarina y aceite.
<p>10.- TRATAMIENTO CASERO DEL NIÑO ENFERMO</p> <p>“Administre a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay un niño o niña enfermo/a en su casa dale su máxima atención, y si presenta alguno de estos signos: no puede mamar o tomar líquidos, vomita todo, tiene convulsiones, está como dormido/a y no puede despertar, llévelo/a inmediatamente al establecimiento de salud más cercano. • Si el niño o la niña presenta respiración rápida o dificultad para respirar, puede ser neumonía, llévelo/a de inmediato al establecimiento de salud más cercano. • Si el niño o la niña tiene diarrea, empiece cuanto antes a darle líquidos caseros, sin interrumpir la lactancia o su alimentación diaria. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o la niña tiene tos, déle más líquidos y alimentos • Si el niño o la niña tiene fiebre, déle más líquidos, siga alimentándolo/a, no abrigarlo/a demasiado. Déle una dosis de paracetamol (una gota por cada kilo de peso del niño o niña) para bajar la fiebre. • Un niño o niña enfermo/a pierde muchos líquidos debido a la transpiración por eso necesita tomar más líquidos. • Un niño o niña enfermo/a pierde mucha energía debido a la fiebre y al daño causado por la enfermedad, déle más alimentos para que se recupere más rápido de esas pérdidas <p>Recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o la niña no juega, no come o bebe como de costumbre, puede estar enfermo, llévelo al establecimiento de salud más cercano.

<p>11.- PREVENCIÓN DE LESIONES Y ACCIDENTES DEL NIÑO</p> <p>“Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños y niñas”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar en el hogar y comunidad los elementos y situaciones potencialmente peligrosas para el niño y/o niña, y tomar las medidas necesarias para hacer de la vivienda un lugar seguro y así evitar accidentes. • Si un niño o niña ha sufrido un accidente, es necesario llevarlo/a cuanto antes al servicio de salud más cercano. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los accidentes de los niños y niñas no ocurren por casualidad o “mala suerte”; las lesiones, heridas o quemaduras más frecuentes ocurren en la vivienda. Y se producen por el exceso de confianza de los adultos, falta de conocimiento, imprudencia, apresuramiento, descuido o irresponsabilidad frente a los potenciales peligros para los niños y niñas. • Los objetos o sustancias que pueden representar un peligro para los niños y niñas deben mantenerse fuera de su alcance, algunos son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuchillos, clavos y máquinas de afeitar, ○ Productos químicos (veneno de ratas, insecticidas, fertilizantes, parafina, kerosene, aguarras, decolorantes, desinfectantes), ○ Bebidas alcohólicas, cigarrillos, ○ Toma corrientes, buzones abiertos, ○ Cocina , horno, primus, hervidores, cuando están prendidos, ○ Medicamentos. <p>Recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos y productos químicos deben guardarse bajo llave o en un lugar fuera del alcance de los niños y niñas. • Los medicamentos que ya no están en uso deben ser eliminados, de preferencia por el inodoro; no deben ser dispuestos en lugares donde los niños o las niñas puedan encontrarlos. • Apagar el fogón para evitar que los niños o niñas puedan quemarse con las brasas restantes. • Mantener a los niños y niñas lejos del agua hirviendo o de las tazas calientes, las cacerolas ollas y
---	--

	<p>planchas calientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponga fuera del alcance del niño o niña objetos o juguetes muy pequeños que pueda llevarse a la boca, oído o fosas nasales; pueden causar atoros u obstrucciones. • Cuide que en los alimentos no hayan trozos o porciones de alimento cuyo tamaño pueda producir atragantamientos. • No guarde sustancias tóxicas en recipientes o envases de gaseosas o alimentos para evitar que sean consumidos por los niños o niñas por equivocación. • Mantenga los fósforos y productos pirotécnicos fuera del alcance de los niños y niñas.
<p>12.- BUEN TRATO Y CUIDADO PERMANENTE DEL NIÑO</p> <p>“Evite el maltrato y descuido de los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteja a los niños y niñas del maltrato y descuido, bríndeles amor y atención para que puedan crecer y desarrollarse bien. • Cuando un niño o niña ha sido maltratado, identifique el problema con la familia y acuda a los grupos y/o autoridad local responsables de la atención y prevención de este problema. • Manténgase vigilante para detectar cualquier signo o situación de maltrato o violencia intrafamiliar, en su barrio o en su comunidad. La violencia no es un tema privado. Todos los adultos tenemos la responsabilidad de evitar y denunciar los casos de violencia o maltrato infantil o familiar. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para disciplinar al niño o niña hay que tener reglas claras: Por ejemplo, se come en la mesa, se duerme a cierta hora, se recogen los juguetes que se usaron. El niño o niña aprende con la firmeza. Se puede manifestar disgusto con la voz, sin necesidad de gritar. Pero nunca llegar al castigo físico. • Cuando un niño o niña ha sido maltratado, identifique el problema con la familia y acuda a los grupos y /o autoridad local responsables de la atención y prevención de este problema. Lo mejor es llevar al niño o niña inmediatamente al centro de salud, al hospital o al centro de atención más cercano en el que se pueda atender de manera efectiva este problema. • Busque redes de apoyo, acuda a redes de prevención y atención del maltrato infantil, a grupos de madres, comités de salud comunitaria o en caso necesario a la policía para que haga frente al problema. • El maltrato de menores es ilegal; el médico o la enfermera están obligados por la ley a informar de él a la policía.

<p>13.- PARTICIPACION DEL HOMBRE</p> <p>“Asegure que los hombres participan activamente en el cuidado de sus hijos/as y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesaria la participación del padre durante el embarazo, en el momento del parto y en el cuidado del niño o niña y de la madre después del nacimiento. • Es derecho de la pareja decidir el número de hijos que la familia puede sostener, cuidar y educar. <p>Mensajes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hombres deben apoyar a la mujer en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Demorar el primer embarazo hasta que la mujer haya cumplido por lo menos los 18 años de edad, reduce el riesgo de complicaciones al momento del parto. ○ Durante el embarazo de la madre, el hombre debe conocer los signos de peligro que indican que puede haber alguna complicación, saber como actuar y cuidar que ella cumpla con sus controles prenatales.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Al momento del parto, debe tratar que ella tenga un parto seguro atendido por personal apropiado. ○ Después del parto, la pareja y otros miembros de la familia deben hacerse responsables de las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministrar alimentos adecuados a la madre. ▪ Cuidar al bebé, limpiar y alimentar a los niños y niñas mayores. ▪ Encargarse de los quehaceres de la casa: cocinar, lavar la ropa, lavar los utensilios de la cocina y limpiar la casa. ▪ Facilitar que la madre pueda ir al servicio de salud para su control después del parto y el control del recién nacido. ▪ La crianza de los hijos ● Dejar pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro. Así se repone el cuerpo de la madre.
--	--

d) Prácticas relacionadas con la búsqueda de atención fuera del hogar

<p>14.- TRATAMIENTO FUERA DEL HOGAR</p> <p>“Reconozca cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.”</p>	<p>Mensaje Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lleve de inmediato al niño o niña al servicio de salud si presenta uno o varios de los siguientes signos de peligro: no pueden mamar o tomar líquidos, vomita todo, tiene convulsiones, esta como dormido y no puede despertar. <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si observa que el niño o la niña tiene tos y esta respirando rápido - como agitado/a-, puede ser neumonía. Llévelo/a de inmediato al servicio de salud más cercano. ● Si el niño o niña está deshidratado/a: tiene los ojos o fontanela hundidos, boca seca o mucha sed y la piel al pellizcarla en la zona abdominal demora en recuperar su posición normal; dele sales de rehidratación o líquidos y llévelo de inmediato al servicio de salud más cercano.

<p>15.- SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE SALUD</p> <p>“Siga las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al ser atendido por el personal de salud, asegúrese de haber entendido todas las indicaciones y cumpla con cada una de ellas. <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déle al niño o niña el tratamiento completo, aún cuando parezca que ha mejorado o que ya está sano/a. • Si no está segura/o de la cantidad y dosis de medicamento que debe administrarle al niño o niña, pregunte al personal de salud. • No le de al niño o niña los medicamentos que le hayan sobrado de un tratamiento anterior. • Regrese al establecimiento de salud en la fecha y hora citada para la consulta de seguimiento aunque el niño o la niña parezca estar mejor. • Si el niño o la niña no mejora o se agrava su estado de salud, vuelva al establecimiento de salud y de ser posible consulte al mismo personal de salud que lo trató. • Recuerde que siempre debe llevar consigo el carné de salud del niño o niña. • Debe llevar al bebe o niño/niña a la consulta todas las veces que se lo pida el personal de salud, hasta que le digan que el bebe, niño/niña ya se recuperó. • Cumpla con llevar al niño o niña al establecimiento de salud cuando el agente comunitario de salud (ACS) se lo solicite o recomiende.
---	---

<p>16.- ATENCIÓN PRENATAL</p> <p>“Asegúrese que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de establecimientos de salud apropiado y la administración de las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y periodo de lactancia.”</p>	<p>Mensajes Clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El embarazo es un hecho natural pero puede complicarse y convertirse en un riesgo para la salud de la madre y la de su bebe. • Las madres tienen derecho a un embarazo seguro y un bebe sano. Para ello, deben tener acceso a los servicios de salud, recibir al menos 4 controles prenatales y la dosis de vacuna antitetánica. • El primer control debe ser en los primeros tres meses del embarazo. • Es más seguro dar a luz en un establecimiento de salud que en la casa. • Si está embarazada y tiene cualquiera de estos signos de peligro : Hemorragia vaginal, vómitos excesivos, hinchazón de piernas, visión borrosa, dolor de cabeza intenso, pérdida de líquido, ausencia de movimientos del bebe, inicio de los dolores antes de la fecha de parto, busque atención médica de inmediato. • Después del parto también se pueden presentar complicaciones peligrosas. Por eso la familia debe apoyar a la madre para que acuda de inmediato a un servicio de salud si presenta alguna o varias de estas señales: mucho sangrado, descensos con mal olor, fiebre, o marcado decaimiento. <p>Mensajes de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el control prenatal pídale al personal de salud que le explique cómo avanza su embarazo y le enseñe a reconocer las señales de peligro para su salud y la del bebé. • Durante el control prenatal le harán exámenes para conocer su estado de salud (Papanicolau, prueba para conocer su tipo de sangre, saber si tiene anemia o no, y prueba para infección de vías urinarias u otra que sea necesaria.) • Durante el embarazo debe aplicarse la vacuna para evitar el tétanos en el recién nacido. • Todas las embarazadas deben tomar comprimidos de hierro y ácido fólico durante el embarazo para prevenir o tratar la anemia. • Los hombres deben apoyar a la mujer en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Durante el embarazo: conocer los signos de peligro que indican que puede haber alguna complicación y saber cómo actuar cuidar que ella cumpla con sus controles prenatales. ○ Durante el parto: Asegurar que ella tenga un parto seguro y sea atendida por personal apropiado. ○ Después del parto: Responsabilizarse con otros miembros de la familia de las siguientes tareas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministrar alimentos adecuados a la madre.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidar al bebé, y limpiar y alimentar a los niños mayores.▪ Encargarse de los quehaceres de la casa: cocinar, lavar la ropa, lavar los utensilios de la cocina y limpiar la casa.▪ Facilitar que la madre pueda ir al servicio de salud para su control después del parto y el control del recién nacido.<ul style="list-style-type: none">○ La crianza de los hijos.• Dejar pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro. Así se repone el cuerpo de la madre.
--	--

Con un trabajo continuo y coordinado todos juntos podremos mejorar la calidad de los servicios de salud

Bibliografía

- Cohen Ernesto, Franco Ronaldo. Evaluación de Proyectos Sociales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Buenos Aires. Grupo Editorial Latinoamericano, 1998
- Correa Santiago, Puerta Antonio, Restrepo Bernardo. Investigación evaluativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, 1996.
- Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente DAMA, FES. Agendas Ambientales Locales. Bogotá D.C, 1994.
- Formulario de solicitud de subvención enviado por la Cancillería de la Universidad del Rosario a la Línea de Desarraigados de la Comunidad Europea. Universidad del Rosario. Bogotá, 2006.
- Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Bogotá, 1997
- Mercado Francisco, Hernández Nereyda, Tejada, Luz María, Calvo Ana, Springett Jane. Evaluación de Políticas y Programas de Salud. Enfoques emergentes en Ibero América a principios del siglo XXI. Evaluación cualitativa de programas de salud. Enfoques emergentes. Editora Vozes, 2006.
- Nirenberg Olga, Brawerman Josette, Ruiz Violeta. Programación y evaluación de proyectos sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2003
- Perez-Llantada M. Carmen, López Andrés, Evaluación de Programas de Salud y Servicios Sociales: Metodología y ejemplos. Editorial Dykinson. Madrid, 1999
- Sandoval de Ecurdia, Juan Martín. Los indicadores en la evaluación del impacto de programas. Sistema Integral de Información y Documentación. 2003
- Secretaría de Hacienda Distrital- Encuesta de Calidad de Vida 2003
- Soler Lizarazo, Jairo Martín, Diagnóstico sobre la situación de seguridad integral en la localidad de Usme. Alcaldía de Bogotá, Secretaría de Gobierno, Noviembre de 2006.

Bibliografía de internet

- Alianza Regional AIEPI Comunitario en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-aiapi.ali.htm>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
<http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>
- El Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI: marco conceptual
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>
- El árbol de la evaluación. Revista Mexicana de Investigación Educativa. Julio-Septiembre. Vol. 11, número 030 Distrito Federal, México, 2006.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/140/14003018.pdf>
- Evaluación democrática. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Documento de trabajo No. 3, Mayo, 1998. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsapi/e/cursogerencia/mod5unicef.pdf>. P. 113
- Herramientas pedagógicas, Eje de salud – AIEPI Comunitario
- Salazar, Ligia de; Velez, Jenny Andrea. Hacia la Búsqueda de efectividad en Promoción de la Salud en América Latina. Scielo Brasil – Scientific Electronic Library Online.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300022
- Montero Eliana, Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Volumen 1, número 2, artículo 6. Enero-Junio, 2004. Publicado 12 de marzo de 2004.
[Http://ccp.ucr.ac.cr/revista/](http://ccp.ucr.ac.cr/revista/)
- Zamora Adalid, Cordero Dilberth, Mejía Martha, Evaluación de la Estrategia “Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI) en Servicios de Salud, Bolivia. Archivo Pediatría. Uruguay. V. 73, n. 1. Montevideo, marzo 2002
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842002000100007&script=sci_arttext

