

827 B093

LIBRARY
INTERNATIONAL
FOR COMPREHENSIVE
SANITATION

REPORTE DE POST-EVALUACION
CARE BOLIVIA
PN17
OCTUBRE DE 1993

**Primary
Health
Care**

827-BO-12422

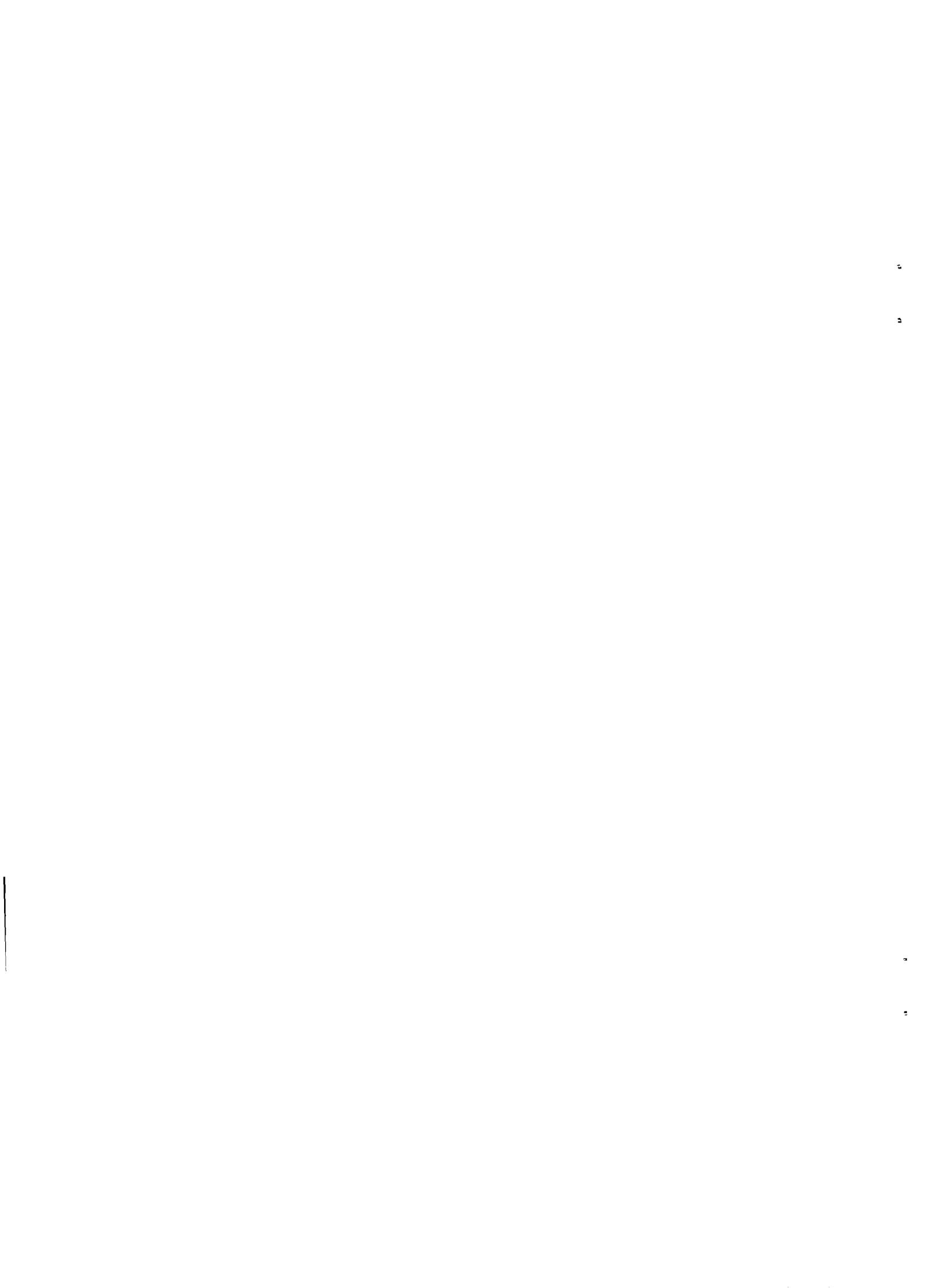


TABLA DE CONTENIDO

EXECUTIVE SUMMARY	i
ANTECEDENTES	1
ALCANCE DEL TRABAJO	2
Objetivo general	2
Objetivos específicos	2
EL CONCEPTO DE SOSTENIBILIDAD	2
DISEÑO DEL ESTUDIO	3
Definición de los Beneficios del Proyecto	3
Definición de Indicadores Relacionados con el Beneficio	4
Definición de Indicadores sobre Conocimientos, Prácticas (CP) y Recursos para su aplicación	4
Definición de Indicadores para los Sistemas de Apoyo Interno	5
Comités de Agua y Saneamiento	5
Operadores	5
Promotor de Salud	5
Club de Madres	6
Consejos de Autoridades	6
Definición de Indicadores para los Sistemas de Apoyo Externo	7
Unidad Sanitaria (MSP)	7
Corporaciones de Desarrollo	7
DISEÑO DE INSTRUMENTOS	7
METODOLOGIA DE INVESTIGACION	8
Fase Cuantitativa	8
Fase Cualitativa	9
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	10
Madres por Comunidad	10
Total de Madres por Comunidades	11
Otros Grupos por Comunidades	11
HALLAZGOS Y DISCUSION	11
El Mito de las Comunidades con Mayor o Menor Sostenibilidad	11
Las Comunidades Control	12
Indicadores de Beneficio	13
Protección contra la diarrea y Cólera	13
Cobertura de Vacunación	15

BIBLIOTECA NACIONAL DE VENEZUELA
CALLE 5ta. N. 1070, P.O. BOX 1000, CARACAS, VENEZUELA
TEL. (0212) 910.1000 FAX (0212) 910.1000
15N 12422
827 8093

Cobertura de Monitoreo y Promoción del Crecimiento	16
Indicadores de Conocimientos, prácticas y recursos	16
Indicadores para los Sistemas de Apoyo Interno	19
Comités de Agua y Saneamiento	19
Operadores	23
Clubes de Madres	23
Promotores de Salud	24
Consejo de Autoridades	25
Indicadores para los Sistemas de Apoyo Externo	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
Diseño y ejecución del proyecto	26
Beneficios de salud	28
Prácticas socioculturales relacionadas con salud	29
La participación de la mujer	30
Mecanismos de autogestión intracomunitario	31
Contrapartes: apoyo externo?	31
Organismo ejecutor	32
Otras organizaciones de desarrollo: coordinación o competencia?	32
Políticas de financiamiento	33
TABLAS Y FIGURAS	34
BIBLIOGRAFIA	54

EXECUTIVE SUMMARY

Between June and August, 1993, CARE-Bolivia conducted a post-evaluation of the Water Sanitation and Primary Health Care Project (PN17). PN17's purpose was "to reduce under-5 morbidity and mortality caused by scarcity and contamination of water for domestic use, inadequate hygiene practices and immuno-preventable diseases". The project included four components: water, sanitation, home gardens, and health (immunizations and growth monitoring and promotion). The implementation period was from August, 1987 to July, 1990.

The purpose of this post-evaluation was to identify PN17's strategies to achieve sustainability and the factors that contributed to or hindered these strategies in order to apply lessons learned to future project design and implementation. The study was conducted by Dr. Mercedes Juárez from the Royal Tropical Institute, The Netherlands and Dr. Salvador Baldizón, CARE's Regional Technical Advisor for Health Projects in Latin America. The study was conducted in three phases: Design (May 31, June 12); field survey and data tabulation (June 21, July 8); data analysis and case studies (August 2-27).

The design phase included: adoption of an operational definition of sustainability that was based on the current CARE-Bolivia paradigm and included the main PN17 components; design of the survey methodology; and development of 7 survey questionnaires. Sustainability was defined as: "the ability of a project to make its benefits last beyond the implementation period through an internal (community) and external (outside the community) support system"

The field survey was conducted in 20 of the original 200 communities where PN17 was implemented and 5 control communities. This covered 390 mothers of children under-5 years of age, 22 water committees, 20 water operators, 20 mothers clubs, 20 volunteer health workers, 7 town councils and 2 health posts.

During the last phase data analysis was conducted and 15 of the 20 communities surveyed were revisited to conduct direct observations and group and individual interviews.

Main findings of the study include:

- the distinction between communities with high and low levels of sustainability is not black and white -each component has particular levels of sustainability across the communities;
- protection against diarrhea among children under-5 is high in comparison with the national average for the same season; 90% of the water systems continue to function at an acceptable level in quantity, and a high level with regard to quality;

- the percentage of the population that owns a latrine increased from 57% when the project finished to 66% now;
- coverage of vaccinations and growth monitoring has decreased by 55% and 45% respectively;
- water committees are permanent institutions in all communities. Their wide variation in performance seems to reflect personal characteristics more than the training received from the project;
- most mothers clubs have been declining because mothers become bored with the repetition of a few health talks; those that remain active either receive donated food from another organization or have included other activities such as handicrafts;
- water operators are the most consistently high performing and the most motivated group;
- volunteer health workers were found in 90% of the communities but only half of the them were currently active;
- as usual, project counterparts are the least active participants and those most unaware of the issue of sustainability.

The main conclusions and recommendations include:

- **Clear definition of a mission's development strategy is essential for defining and pursuing project sustainability.** Is the mission's main purpose to increase the availability of clean water, to achieve a health impact or to facilitate the community development process through a water or other type of project? CARE-Bolivia, like any other development institution, needs to develop a clear development strategy as the basis for defining and implementing the sustainability strategy of its projects.
- **Time is a significant constraint against a sustainability strategy.** In many cases time pressures to accomplish a specific set of goals reduce effective community and counterpart involvement in the project implementation process. In other cases communities that do not move at the speed that the project requires might be left without services. The lack of post-project follow-up prevents support of community sustainability and learning about its process. To overcome these factors the mission should design less ambitious projects and allow for longer implementation periods as well as a follow-up component.
- **Cultural barriers are the third obstacle to sustainability.** Western concepts and technologies are more frequently a barrier than a bridge to reach indigenous populations. Knowledge of and adaptation to the target population's culture and values are key to increasing acceptance and permanence of Western-type services. If CARE-Bolivia

continues to work with indigenous populations, a sound strategy to work with this culture is essential for implementation of more sustainable interventions.

Probably one of the most significant contributions of this study was to develop a methodology to evaluate sustainability of development projects. Since this methodology is still far from perfect, the authors recommend its dissemination and further use and refinement by CARE-Bolivia and other missions in developing countries. For better results the authors suggest that this methodology be used periodically during project implementation rather than on a sporadic and post-facto basis.

The authors also thank CARE-Bolivia and all its staff as well as Científica Consultora, for its unconditional and efficient support during the hectic rhythm of the study.

RESUMEN EJECUTIVO

Entre junio y agosto de 1993 CARE-Bolivia condujo una post-evaluación del Proyecto de Agua y Saneamiento y Atención Primaria en Salud (PN17). El propósito del PN17 era "reducir la morbilidad y mortalidad de niños menores de 5 años causada por escasez y contaminación de agua para uso doméstico, prácticas higiénicas inadecuadas y enfermedades inmuno-prevenibles". El proyecto incluyó cuatro componentes: agua, saneamiento, huertos familiares y salud (inmunizaciones y promoción y control del crecimiento). El período de implementación fue de agosto, 1987 a julio, 1990.

El propósito de esta post-evaluación fue identificar las estrategias del PN17 para lograr su sostenibilidad y los factores que contribuyeron o impidieron el logro de estas estrategias, con el fin de aplicar las lecciones aprendidas en el diseño e implementación de futuros proyectos. El estudio fue conducido por la Dra. Mercedes Juárez del Royal Tropical Institute de Holanda y el Dr. Salvador Baldizón, Asesor Técnico Regional de CARE para proyectos de salud en Latinoamérica. El estudio incluyó tres fases: diseño (mayo 31, junio 12); encuestas y tabulación de datos (junio 21, julio 8); análisis de datos y estudio de casos (agosto 2-27).

La fase de diseño incluyó: adopción de una definición operacional de sostenibilidad que estuviera basada en el enfoque actual de CARE-Bolivia y que incluyera los principales componentes del PN17; diseño de la metodología para la encuesta, y desarrollo de siete cuestionarios. Se definió sostenibilidad como: "la capacidad de permanencia que tienen los beneficios logrados por un proyecto más allá del período de implementación, lo que supone la existencia de un sistema de apoyo (o un conjunto de estrategias y actividades) que propicie la continuidad de los logros alcanzados".

La encuesta fue realizada en 20 de las 200 comunidades donde se implementó el PN17 y en cinco comunidades control e incluyó a 390 madres de niños menores de 5 años, 22 comités de agua, 20 operadores de sistemas de agua, 20 clubes de madres, 20 promotores voluntarios de salud, 7 consejos de autoridades y 2 puestos de salud.

Durante la última fase se realizó el análisis de los datos, y 15 de 20 comunidades encuestadas fueron revisitadas para realizar observaciones directas así como entrevistas grupales e individuales.

Los resultados más importantes del estudio incluyen:

- la diferenciación entre comunidades con altos y bajos niveles de sostenibilidad no es en blanco y negro --cada componente tiene niveles particulares de sostenibilidad en las diferentes comunidades;

- la protección contra la diarrea en niños menores de 5 años es alta en comparación con el promedio nacional;
- 90% de los sistemas de agua continúan funcionando a un nivel aceptable en cantidad y a un alto nivel en calidad;
- el porcentaje de población que posee letrina aumentó de 57% cuando el proyecto finalizó a 66% en la actualidad;
- las coberturas de vacunas y monitoreo del crecimiento se han reducido a 55% y 45% respectivamente;
- los comités de agua son instituciones permanentes en todas las comunidades. La gran variación en su desempeño parece reflejar más sus características personales que el entrenamiento recibido del proyecto;
- la mayoría de los clubes de madres han disminuido su número de socias porque las madres se aburren con la repetición de unas pocas charlas de salud; los clubes que permanecen activos reciben alimentos donados por otra organización o incluyen actividades como manualidades;
- los operadores de sistemas de agua son los que consistentemente tienen un alto desempeño y el grupo más motivado;
- se encontró promotores voluntarios de salud en 90% de las comunidades, pero solamente la mitad de ellos están activos actualmente;
- de rutina, las contrapartes del proyecto son las que menos participan y las más preocupadas sobre el aspecto de sostenibilidad.

Las principales conclusiones y recomendaciones incluyen:

- La definición clara de una estrategia de desarrollo de la institución es esencial para definir y lograr la sostenibilidad de un proyecto. Es el objetivo principal de la misión aumentar la disponibilidad de agua limpia, alcanzar un impacto de salud o facilitar el proceso de desarrollo comunitario a través de un proyecto de agua o de otro proyecto? CARE-Bolivia, como cualquier otra institución de desarrollo necesita establecer una clara estrategia de desarrollo como base para definir e implementar la estrategia de sostenibilidad de sus proyectos.
- El tiempo es una limitación significativa en contra de la estrategia de sostenibilidad. En muchos casos la presión de tiempo para alcanzar un conjunto específico de metas reduce la participación efectiva de la comunidad y de las contrapartes en el proceso de implementación del proyecto. En otros casos, las comunidades que no van al ritmo que

el proyecto requiere pueden quedar sin servicios. La falta de seguimiento de un proyecto más allá de su período de implementación impide el apoyo a la sostenibilidad comunitaria y el aprendizaje del proceso. Para superar estos factores la misión debe desarrollar proyectos menos ambiciosos, permitir periodos de implementación más largos y agregar un componente de seguimiento post-proyecto.

- Las barreras culturales son el tercer obstáculo a la sostenibilidad. Los conceptos y tecnologías occidentales son más frecuentemente una barrera que un puente para llegar a poblaciones indígenas. El conocimiento y la adaptación de la cultura y los valores de la población objetivo son la clave para incrementar la aceptación y permanencia de los servicios de tipo occidental. Si CARE-Bolivia continúa trabajando con poblaciones indígenas, será esencial desarrollar una estrategia sólida para trabajar con esta cultura en la implementación de intervenciones más sostenibles.

Probablemente una de las contribuciones más importantes de este estudio fue desarrollar una metodología para evaluar la sostenibilidad de proyectos de desarrollo. Ya que esta metodología necesita ser pulida, los autores recomiendan su disseminación, utilización y refinamiento por parte de CARE-Bolivia y otras misiones en países en desarrollo. Para mejores resultados, los autores sugieren que esta metodología sea utilizada periódicamente durante la implementación del proyecto y no sólo en casos esporádicos y a posteriori.

Los autores desean agradecer a CARE-Bolivia y a todo su personal así como a Científica Consultora, por su apoyo incondicional y eficiente durante el difícil ritmo de este estudio.

SOSTENIBILIDAD DE PROYECTOS DE AGUA, SANEAMIENTO Y SALUD

Una Revisita al PN17 Tres Años

1. ANTECEDENTES

En los últimos años, una de las prioridades de CARE ha sido el incrementar la calidad, el impacto y la sostenibilidad de sus proyectos. Como resultado de ese esfuerzo se están desarrollando metodologías y estrategias para conocer, documentar y aprender de la evolución ocurrida en las comunidades después de que la institución se ha retirado.

Una de las estrategias propuestas por CARE es la Evaluación Post-Proyecto (EPP). Esta consiste en visitar comunidades en las cuáles CARE ya no ha tenido presencia en años recientes. Una de las dificultades para realizar este tipo de evaluación es la falta de una metodología desarrollada y probada. Su ejecución requiere de una considerable inversión de recursos, lo que hace que en la actualidad estas evaluaciones se hayan realizado en forma limitada.

CARE-Bolivia, ha obtenido financiamiento del Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil (PROCOSI) para realizar esta EPP en un Proyecto de Agua, Saneamiento y Salud (PN17) que concluyó en Junio de 1990. PN17 fue un proyecto de 4 años de duración que se implementó en 200 comunidades en 5 departamentos del país (La Paz, Oruro, Potosí, Chuquisaca, y Tarija). El proyecto tenía como objetivo final reducir la morbilidad y la mortalidad de niños menores de 5 años, mejorando para ello la cantidad y calidad del agua apta para consumo humano, prácticas de higiene, disposición adecuada de excretas, servicios de inmunización, monitoreo y promoción del crecimiento y, con menor intensidad, promoción de huertos caseros. A nivel de la comunidad se formaron/fortalecieron recursos humanos a nivel grupal o individual tales como comités de agua potable, operadores, clubes de madres, promotores de salud y consejos de autoridades. A nivel externo se contó con diferentes grados de participación de las unidades sanitarias del Ministerio de Salud y corporaciones departamentales de desarrollo.

Este documento describe la EPP realizada en el PN17. La evaluación se realizó en tres etapas: Diseño, del 31 de mayo al 12 de junio; encuesta de campo, del 21 de junio al 8 de julio; análisis, estudios de casos e informe preliminar del 2 al 27 de agosto; informe final, octubre de 1993. El estudio estuvo a cargo de Mercedes Juárez, responsable del área de Mujer y Salud en el Royal Tropical Institute de Holanda y Salvador Baldizón, Asesor Técnico Regional de Atención Primaria de Salud de Latinoamérica de CARE-USA.

2. ALCANCE DEL TRABAJO

Objetivo general:

Identificar estrategias que permitan mejorar la permanencia a largo plazo y la sustentabilidad de intervenciones de salud y saneamiento básico en las comunidades.

Objetivos específicos:

Determinar el estado actual de salud de la población, de los servicios de salud y de saneamiento básico en las comunidades seleccionadas, usando como línea de base la evaluación final del PN17.

Identificar factores que influenciaron positiva o negativamente las estrategias del proyecto en torno a sustentabilidad.

Desarrollar estrategias y recomendaciones tendientes a aumentar la sustentabilidad en proyectos similares.

3. EL CONCEPTO DE SOSTENIBILIDAD

Dado que en este momento no hay una definición de sostenibilidad universalmente aceptada, y con el fin de evitar interminables discusiones filosóficas, los autores decidieron utilizar una definición que tuviera tres características básicas: ser eminentemente práctica, estar basada en el enfoque de sostenibilidad manejado por CARE-Bolivia y englobar los componentes del proyecto.

Tomando como base las ideas generadas por los participantes en un reciente taller (abril de 1993) sobre PERMANENCIA Y SOSTENIBILIDAD DEL CAMBIO EN COMUNIDADES RURALES, para los fines del estudio se definió sostenibilidad como:

EL PROCESO PARA LOGRAR QUE LOS BENEFICIOS DE UN PROYECTO PERDUREN MAS ALLA DEL PERIODO DE APOYO EXTERNO A LA COMUNIDAD.

Conforme se avanzó en el desarrollo del estudio, se hizo obvio que sostenibilidad si bien implica un proceso, éste supone la creación de un sistema de apoyo que facilite la permanencia de los beneficios introducidos por un proyecto. El concepto se redefinió en la forma siguiente:

ES LA CAPACIDAD DE PERMANENCIA QUE TIENEN LOS BENEFICIOS LOGRADOS POR UN PROYECTO MAS ALLA DEL PERÍODO DE IMPLEMENTACION, LO QUE SUPONE LA EXISTENCIA DE UN SISTEMA DE APOYO (O UN CONJUNTO DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES) QUE PROPICIE LA CONTINUIDAD DE LOS LOGROS ALCANZADOS.

Esto implica que un estudio de sostenibilidad requiere la identificación y el análisis de un conjunto de elementos que van desde la definición de los beneficios de un proyecto, pasando por los sistemas que deben quedar funcionando a nivel de la comunidad, hasta los recursos y mecanismos de apoyo interno (dentro de la comunidad) y externo que deben quedar establecidos y operando a largo plazo. En la Figura No. 1 se representa el concepto de sostenibilidad en cuatro círculos concéntricos:

- el círculo exterior representa los beneficios derivados del proyecto a nivel de las condiciones de vida de los beneficiarios, es decir, el impacto del proyecto.
- el segundo círculo representa los beneficios a nivel de efectividad del proyecto para promover la adopción de prácticas higiénicas y promover los recursos necesarios para dichas prácticas.
- el tercer círculo representa el sistema de apoyo interno cuyas actividades o servicios son fundamentales para mantener, a largo plazo, los conocimientos, prácticas y recursos del círculo anterior.
- el cuarto círculo representa el sistema de apoyo externo de cuya existencia y eficiencia depende, en gran medida, que el sistema de apoyo interno continúe cumpliendo con sus funciones.

4. DISEÑO DEL ESTUDIO

En base a la definición anterior el diseño del estudio incluyó los siguientes pasos:

4.1 Definición de los Beneficios del Proyecto

Los beneficios se definen en base al resultado final que el proyecto se proponía lograr a nivel de las condiciones de vida de la población meta. De acuerdo al documento que describe al PN17 se encontró que el proyecto tenía como objetivo principal:

"Reducir la morbilidad y mortalidad de niños menores de cinco años especialmente de aquellas enfermedades relacionadas con la escasez y/o contaminación del agua para uso doméstico, prácticas inadecuadas de higiene, deficiente saneamiento ambiental y enfermedades prevenibles por vacuna" En muchas partes del documento también se hace énfasis en que "habrá una notable mejoría de la desnutrición infantil"

4.2 Definición de Indicadores Relacionados con el Beneficio

Se consideraron los siguientes:

Reducción de la prevalencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años
Baja o ninguna incidencia de casos de cólera
Alta cobertura de niños con esquema completo de inmunizaciones
Alta cobertura de monitoreo y promoción del crecimiento
Baja prevalencia de desnutrición

Los cuatro primeros indicadores se seleccionaron para evaluar la continuidad de los beneficios del proyecto. Los dos primeros reflejan beneficios a nivel de impacto al reducir el riesgo de enfermedad y muerte en la población meta. El tercero es un indicador de efectividad necesario para proteger contra enfermedades comunes en la niñez y requiere de la colaboración entre el sistema de salud y la comunidad para mantener altas coberturas de servicio. El cuarto también es un indicador de efectividad que puede contribuir a optimizar el crecimiento y refleja acciones del sistema de salud, de otras organizaciones trabajando en la comunidad y de grupos organizados de madres. El quinto no se incluyó porque incrementaría el costo de la evaluación más allá de los recursos disponibles.

4.3 Definición de Indicadores sobre Conocimientos, Prácticas (CP) y Recursos para su Aplicación

Estos CP se consideran elementos esenciales a nivel del hogar para lograr y mantener los beneficios del proyecto. Para su aplicación se requiere de ciertos recursos tales como agua limpia y suficiente y de letrinas adecuadas a las necesidades de los usuarios. Se incluyeron los siguientes:

- Tenencia del carnet de salud infantil (CSI) para niños < 5 años
- Registro reciente de peso e inmunizaciones
- Capacidad para interpretar y actuar según datos del carnet
- Niños menores de cinco años con esquema de inmunizaciones al día
- Disponibilidad permanente de suficiente agua limpia
- Hábitos adecuado de higiene personal y doméstica
- Manejo adecuado de casos de diarrea
- Tenencia, uso y mantenimiento de letrina en buen estado
- Conocimientos básicos sobre el Cólera
- Consumo de sal yodada
- Prácticas óptimas de lactancia materna, destete y alimentación del niño menor de cinco años
- Presencia de huerto casero

- Acceso a, y utilización de servicios básicos de salud
- Participación de la madre en organizaciones y actividades de salud de la comunidad

4.4. Definición de Indicadores para los Sistemas de Apoyo Interno

Los sistemas de apoyo interno son las organizaciones e individuos que existen dentro de la comunidad y que facilitan la adquisición, aplicación y mantenimiento de los CP

4.4.1 Comités de Agua y Saneamiento

- Existencia y forma de organización
- Continuidad de la organización
- Capacidad de renovación
- Cumplimiento con actividades asignadas incluyendo:
 - continuidad del servicio
 - volúmen adecuado
 - calidad del agua
 - mantenimiento de las instalaciones
 - número de socios en 1990 y 1993
 - número de familias con letrina funcional
- Capacidad de resolver problemas
- Coordinación/colaboración con otros organismos de la comunidad
- Conocimiento de, y acceso a, fuentes de asistencia técnica
- Capacidad de planificar a largo plazo

4.4.2 Operadores

- Existencia
- Experiencia y habilidades
- Cumplimiento de actividades de operación y mantenimiento
- Acceso a herramientas y repuestos
- Satisfacción en el trabajo
- Apoyo y supervisión del comité de agua y saneamiento
- Capacidad de resolver problemas
- Existencia de un suplente
- Colaboración con otros organismos que promueven salud
- Planes futuros

4.4.3 Promotor de Salud

- Existencia
- Experiencia y habilidades

- Cumplimiento de actividades asignadas incluyendo:
 - Vacunaciones
 - Manejo y control de diarreas
 - Monitoreo y promoción del crecimiento
 - Coordinación con clubes de madres y otros grupos internos de la comunidad
 - Coordinación con el MSP y otros grupos externos
- Satisfacción en el trabajo
- Apoyo y supervisión de grupos de la comunidad y del MSP
- Capacidad de resolver problemas
- Acceso a capacitación continua
- Existencia de un suplente
- Planes futuros

4.4.4 Club de Madres

- Existencia
- Estructura organizativa
- Liderazgo y membresía en 1990 y 1993
- Institucionalización
- Capacidad para generar y administrar fondos
- Cumplimiento de actividades asignadas
- Autovaloración y poder de decisión
- Capacidad para resolver problemas
- Coordinación y colaboración con otros organismos (internos y externos)
- Capacidad para planificar a largo plazo

4.4.5 Consejos de Autoridades

- Existencia
- Estructura organizativa
- Continuidad
- Capacidad de renovación
- Institucionalización
- Cumplimiento de actividades
- Capacidad para resolver problemas y poder de decisión
- Coordinación y colaboración con otros organismos
- Acceso a fuentes externas de apoyo
- Capacidad de planificar a largo plazo

4.5 Definición de Indicadores para los Sistemas de Apoyo Externo

Los sistemas de apoyo externo son grupos o instituciones con mandato, interés y capacidad para apoyar a los sistemas internos. Como este apoyo generalmente no ocurre en forma espontánea, es necesario establecer una estrecha colaboración entre ambos sistemas durante la ejecución del proyecto y, en último caso, es indispensable que los sistemas internos tengan la capacidad para gestionar el apoyo externo.

4.5.1 Unidad Sanitaria (MSP)

- Nivel de participación en implementación, monitoreo, rediseño y evaluación de las actividades del proyecto
- Capacidad para dar seguimiento y apoyo a las actividades después de terminado el proyecto
- Fortalecimiento de su capacidad institucional para mantener y/o superar las metas del proyecto y extenderlas a otras áreas
- Continuidad institucional (políticas, programas, personal y recursos)

4.5.2 Corporaciones de Desarrollo

- Nivel de participación en implementación, monitoreo, rediseño y evaluación
- Capacidad para ejecutar actividades de seguimiento
- Fortalecimiento de su capacidad institucional
- Continuidad institucional

5. DISEÑO DE INSTRUMENTOS

En base a los indicadores antes definidos, se diseñaron una serie de cuestionarios tendientes a recoger datos de individuos, grupos y organizaciones. Estos cuestionarios incluyeron los siguientes:

- para las madres de niños menores de 5 años
- para el operador del sistema de agua
- para el promotor de salud (voluntario de salud)
- para el club de madres
- para el comité de agua y saneamiento
- para el consejo de autoridades
- para la Unidad Sanitaria (puesto de salud)

En su mayoría las preguntas de estos cuestionarios están codificadas para facilitar el vaciado de la información y agilizar la interpretación de la misma. La codificación se ha hecho de modo que el número más bajo corresponde a la respuesta más deseable. Por lo tanto, a menor puntaje

corresponde un mejor desempeño tanto de individuos como de grupos y de comunidades. Las preguntas no codificadas son para recoger información cualitativa complementaria.

Para la aplicación del cuestionario a las madres se elaboró una "guía instructiva" indicando las respuestas que serían consideradas como correctas. La misma guía fue utilizada para preguntas similares que se repiten en algunos de los otros cuestionarios.

Los instrumentos de trabajo fueron probados y ajustados antes de ser utilizados en el campo.

6. METODOLOGIA DE INVESTIGACION

La investigación se realizó en dos modalidades. En la primera se recogió información cuantitativa a través de encuestas aplicadas en 20 comunidades "casos" de las 200 que habían participado en el proyecto. La segunda modalidad, de tipo cualitativo, se hizo a través de entrevistas individuales a profundidad y de grupos focales, en 15 de las 20 comunidades "casos".

Con el fin de tener una base de comparación de los resultados del cuestionario de madres, en la fase cuantitativa se tomaron 5 comunidades "controles", una por cada departamento. Los requisitos para escoger estas comunidades fueron los siguientes: estar ubicada en alguna de las áreas donde el proyecto trabajó, ser de tamaño semejante a aquella con la cual sería comparada y no haber tenido ninguna intervención por parte de ninguna agencia de desarrollo en los últimos seis años. En estas comunidad se aplicó sistemáticamente la encuesta de madres y, ocasionalmente, algunos de los otros cuestionarios debido a que generalmente no existían los organismos o personas para los cuales fueron creados.

6.1 Fase Cuantitativa

Su implementación estuvo a cargo de CIENTIFICA CONSULTORA y un consultor local de CARE-Bolivia.

Durante esta fase se aplicaron los cuestionarios descritos en la Sección 5, a: 390 madres, 22 comités de agua potable, 20 operadores, 20 clubes de madres, 20 promotores de salud, 7 consejos de autoridades y 2 puestos sanitarios en 20 comunidades "casos" y 5 comunidades "controles". Ver Tabla 1.

Para la selección de las comunidades "casos" se tomó como base la lista de las 20 comunidades en que se realizó la evaluación final del PN17, a fin de poder comparar algunos de los indicadores del estudio. De estas comunidades, 6 de la lista original tuvieron que substituirse por otras equivalentes debido a ausencia temporal de la población (3) o estar trabajando en otro proyecto con CARE (3).

Las comunidades "control" inicialmente seleccionadas también fueron cambiadas en su totalidad por dificultades operativas. De acuerdo al equipo de encuesta fue prácticamente imposible encontrar comunidades con las características requeridas y fue necesario tomar las que estaban disponibles aunque no llenaran los criterios establecidos. Por lo tanto, las comparaciones y referencias que se hagan a dichas comunidades deben hacerse con mucha cautela. No son útiles para generalizar conclusiones.

Para tener una representación proporcional al tamaño de la comunidad se aplicó la encuesta de madres al 30% del total de la comunidad pero sin sobrepasar un máximo de 20 ni bajar de un mínimo de 10 encuestas en cada comunidad. En promedio se aplicaron 16 encuestas por comunidad. Inicialmente se planeó generar una muestra representativa con madres seleccionadas al azar (tanto socios como no socios del sistema de agua) pero esto no fue posible debido a la ausencia de un número considerable de ellas en cada comunidad y a las limitaciones de tiempo para realizar la encuesta. No obstante que con anticipación se avisó a las comunidades de la fecha en que dicha encuesta sería aplicada, las madres no podían desatender sus ocupaciones.

En el caso de organizaciones y personas en cargos claves de la comunidad cuando éstas no existían, en su mayoría se localizó y entrevistó a las últimas personas que habían ocupado estos cargos.

Durante la ejecución de esta encuesta también se planeó realizar el análisis de la calidad del agua. Por falta de reactivos no se incluyó el análisis bacteriológico. Este último fue realizado en la fase cualitativa en un número reducido de comunidades.

Los consultores responsables de este estudio hicieron énfasis en la necesidad de informar con anticipación a las comunidades participantes en el estudio, de la post-evaluación y el objetivo de la misma con el fin de evitar crearles falsas expectativas. Asimismo, insisten en la necesidad de buscar mecanismos para devolver a las comunidades la información recogida de tal forma que puedan utilizarla para mejorar el desempeño de sus actividades y de ser posible buscar fondos para crear un programa de seguimiento y apoyo espaciado atendiendo a la problemática específica que presentan dichas comunidades. La sola presencia de los investigadores generó expectativas de poder recibir orientación y/o ayuda de "afuera".

6.2 Fase Cualitativa

Esta fase fue ejecutada por los consultores responsables del estudio con el fin de complementar la información cuantitativa para su análisis e interpretación.

En base a los resultados preliminares de la primera fase se seleccionaron 15 comunidades que presentaban mayor o menor continuidad en determinadas acciones de salud y

saneamiento básico y cuya exploración más a fondo podría enriquecer la interpretación de los resultados.

La metodología para esta etapa fue variada y adaptada a las condiciones de los entrevistados. Esta metodología incluyó: entrevistas a grupos focales integrados por hombres y mujeres, por mujeres y por niños; entrevistas individuales; observaciones; y participación en actividades de la comunidad (celebraciones o rituales como la fabricación de chicha).

Las limitaciones de tiempo (12 días) para visitar 15 comunidades en 5 departamentos del país, hicieron difícil la obtención de la información buscada. A 13 de las 15 comunidades se llegó sin tener la oportunidad de avisar previamente. Sin embargo fue impresionante la receptividad y disposición de quienes se encontraban en la comunidad para atender a quienes llegan en nombre de CARE. Las comunidades donde se hablaba Quechua y Aymara fueron las más difíciles de evaluar debido a que el desconocimiento del lenguaje no sólo genera dilución de la información al ser traducida por intérpretes, sino también imposibilita conocer la perspectiva cultural de los entrevistados.

Los sistemas de apoyo externo fueron cubiertos muy brevemente debido a limitantes de tiempo y a los cambios de personal por el cual atraviesan las dependencias gubernamentales. En muchos puestos de salud no se encontró al personal y solamente fue posible entrevistar al director provincial en Tarija. Fuimos informados de que las corporaciones de desarrollo estaban igualmente en una etapa de transición administrativa debido a la reciente transmisión de mando en Bolivia.

7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

La limpieza de los datos, su digitación y generación de los cuadros preliminares estuvo a cargo de CIENTIFICA CONSULTORA.

El análisis preliminar se realizó por medio de 3 tipos de tablas:

7.1 Madres por Comunidad

En esta tabla se tabularon las respuestas dadas por cada madre de cada comunidad tal como aparecían en los cuestionarios. En el margen inferior se tabuló el total de puntos acumulado por cada madre y en el margen derecho el punteo promedio para cada pregunta. En la última línea del margen derecho aparece el punteo promedio para la comunidad. Con esta tabla se puede conocer: las madres con los mejores y peores punteos, el punteo total para la comunidad y el punteo promedio para cada pregunta.

7.2 Total de Madres por Comunidades

Aquí se tabularon el número y porcentaje de cada respuesta dada por las madres de cada comunidad. En el margen derecho se tabularon los totales para cada pregunta. Como esos totales sólo llegaban a consolidarse hasta nivel de departamento se generó una tabla adicional para conocer números y porcentajes globales para las 20 comunidades "casos". Esta tabla permite conocer: las comunidades con los mayores y menores porcentajes de respuestas correctas y el promedio general de respuestas correctas para las 20 comunidades.

Las tablas descritas anteriormente sirvieron para generar otras más específicas que permitieron profundizar el análisis de los resultados (ver tablas 2-3 y gráficas 1-6).

7.3 Otros Grupos por Comunidades

Esta tabla se utilizó para tabular las respuestas de los demás grupos e individuos de las comunidades. Se generó una tabla para cada tipo de organización o individuo. En el margen inferior aparece el punteo total obtenido por el grupo o individuo de cada comunidad y en el margen derecho el punteo promedio para cada pregunta. Esta tabla permite clasificar las comunidades de acuerdo a los mayores y menores punteos obtenidos por cada grupo o individuo.

8. HALLAZGOS Y DISCUSION

8.1 El Mito de las Comunidades con Mayor o Menor Sostenibilidad

La hipótesis inicial de identificar comunidades con mayor y menor grado de sostenibilidad para profundizar su estudio e identificar factores que promueven o dificultan dicha sostenibilidad, no pudo cumplirse en forma categórica. Más que una clasificación en blanco y negro, las comunidades presentan una amplia y compleja gama de combinaciones de diferentes factores.

Aunque a primera vista, en la Tabla 2 pareciera posible identificar comunidades con punteos altos en los cuatro indicadores (Monte Sandoval, Cayara, Maquelaya) también puede verse que los dichos indicadores muestran grandes variaciones que en algunos casos van desde 0% a 100%. Las variaciones en estos indicadores no muestran una correlación cercana sino más bien errática. Por ejemplo, Chua Jichupata está entre los más altos para Diarrea y Cólera, y entre los más bajos para vacuna y peso. Nueva Llagua, en cambio, tiene uno de los indicadores más altos en Cólera y Vacuna, a la vez que está entre los más bajos para diarrea y peso. Por otra parte, a excepción de La Pintada y San Miguel, no es fácil seleccionar en este cuadro comunidades que presenten definitivamente un menor nivel de sostenibilidad. Más aún, cuando más adelante se

examinan otros elementos de sostenibilidad, La Pintada se coloca entre los primeros lugares.

Con el fin de ampliar el número de variables que pudieran ayudar a identificar comunidades claves para recoger información útil para el análisis de sostenibilidad se generaron las gráficas 2-6 donde se agrupa a las comunidades por departamento. Estas incluyen los indicadores de beneficio y aspectos relacionados con tenencia, uso y mantenimiento de letrinas. Las gráficas nuevamente muestran que las comunidades tienden a tener los mismos altibajos. Excepto algunos casos aislados, hay una alta protección contra diarrea y cólera; hay una caída en las coberturas de vacuna y de peso; hay una subida en la tenencia y uso de letrinas; y finalmente, una caída en el mantenimiento adecuado de las letrinas.

En vista de estos resultados la selección de comunidades para el estudio cualitativo no se hizo en base a "mayor" o "menor" sostenibilidad sino a características específicas de los sistemas de apoyo interno.

8.1.1 Las Comunidades Control

En términos de indicadores de beneficio las comunidades "control" no difieren mucho de las "caso" pero sí lo hacen en indicadores relacionados con Conocimientos, habilidades, prácticas y recursos. En estos últimos las comunidades "control" tienden a tener puntajes mucho más bajos que las "caso", por ejemplo en conocimientos y prácticas que son esenciales para la salud tales como lavado de manos, prevención de diarrea y preparación de suero casero los porcentajes para las comunidades "caso" son de 66%, 45% y 54%, respectivamente; en cambio para las comunidades "control" estos porcentajes equivalen a 21%, 18% y 31%. Sin embargo, como se explicó en la Sección 6.1, la flexibilidad con se escogieron dichas comunidades no permite hacer comparaciones justas ni sacar conclusiones definitivas. A continuación se hace una descripción breve de cada comunidad "control", con el fin de mostrar sus características.

Compi Calamaya, por ejemplo, queda en la misma área donde trabajó el PN17, no tiene sistema de agua potable, está a pocos minutos de una posta sanitaria, no tiene club de madres ni promotor de salud y en 1988 tuvieron una experiencia negativa cuando con una ONG construyeron un dique para microrriego que no funcionó por falta de agua.

Sillota Belén tuvo un sistema de agua con tres bombas manuales (CORDEOR) que actualmente está paralizado, tiene un Concejo de Autoridades cuyo presidente y tesorero han estado 10 años en el cargo, hay un club de madres que ha perdido

socias por la reciente suspensión de distribución de alimentos, recibe asistencia ocasional de CORACA, OFINAL, CORDEOR y CARITAS, no tiene promotor.

Tres Cruces, comunidad de reciente formación (urbanización), tiene consejo de autoridades, su sistema de agua es a base a dos bombas manuales que son insuficientes para 350 familias, no hay comité de agua ni operador; por malos entendidos con sus autoridades el hospital de distrito no les da servicio; tienen un club de madres (13 socias) de reciente formación que se dedica a manualidades y no tienen promotor.

San Juan del Oro, tiene sistema de agua construido por CARE-CORDECH en 1988 (PN09), comité de agua y operador activos, tiene club de madres con reducido número de socias (18) que se dedican a manualidades, tiene promotor de salud y reciben apoyo del Puesto Médico de Las Carreras.

Calamuchita, tiene sistema de agua por bombeo construido por CARE-CODETAR (PN09) en 1988 (no incluyó letrinas) y ha tenido tres interrupciones del servicio en el último año; tiene comité de agua que está gestionando el cambio de la bomba, no tiene operador, tiene club de madres que se ha retirado de la federación por cobro alto de cuotas, tiene posta sanitaria, auxiliar de enfermería y promotora de salud. Cabe resaltar que las socias del club de madres, a iniciativa propia e influenciadas por comunidades donde CARE ha trabajado, iniciaron la construcción de letrinas con materiales que ellas mismas adquirieron. Es muy probable que esta situación esté reflejando una influencia por parte de las comunidades beneficiadas por intervenciones de CARE u otras ONGs y cuyo ejemplo tiene un efecto multiplicador en comunidades vecinas.

8.2 Indicadores de Beneficio

8.2.1 Protección contra la diarrea y Cólera

El indicador Diarrea se define como el porcentaje de familias que reportaron que ninguno de sus niños menores de 5 años había tenido diarrea en los últimos 15 días. Este porcentaje va desde 56% en San Miguel hasta 95% en Monte Sandoval. El promedio global de 82% equivaldría a una prevalencia de diarrea de 18%. Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989, en el mes de marzo de ese año se encontró una prevalencia de 28% sin que existieran variaciones significativas en las diferentes regiones del país. Aunque el proyecto no monitoreó este indicador, en un estudio citado en el Segundo Informe Trimestral del Año Fiscal 90 el PN 17 indica que al comparar una

comunidad con sistema de agua y letrinas con una que todavía no lo tenía se encontró que la prevalencia de diarrea era de 14% en la primera y de 40% en la segunda.

Llama la atención en el presente estudio que la protección contra diarrea no guarda una correlación directa con tenencia y uso de letrinas tal como los casos extremos de Carachimayo y de Monte Sandoval. Estas comunidades tienen cero uso de letrina y muy baja prevalencia de diarrea lo cual pareciera indicar que el uso de agua limpia¹ es factor que protege contra la diarrea. Dadas las variaciones estacionales de la diarrea, los datos de este trabajo no pueden ser conclusivos. Es de advertir que la época en que fue realizado este estudio pareciera ser de baja prevalencia de diarrea. Una nueva encuesta a finales del año, cuando la prevalencia es mayor, será de mucha utilidad si la protección contra diarrea se mantiene al nivel actual aún en épocas de alta prevalencia.

Otro factor importante a tomar en cuenta es la concepción que las madres tienen sobre la diarrea, dado que no siempre tiende a coincidir con la noción médica. Por ejemplo, para las comunidades aymaras, los vocablos "wichu usu" o "cursi usu" incluyen el concepto occidental de la enfermedad pero no necesariamente se limitan a dicha concepción. La causa puede asociarse igual a malas prácticas de higiene que al espanto, al frío o a comer fruta verde. La cultura popular parece distinguir varios tipos de diarrea: 'quechallera' "cuando hacen hartos", 'desintería' "cuando hacen poquito y el estómago retuerce", 'larilari' "cuando esta asustados (los niños) y esta con diarrea, se levantan y se estiran hacia arriba y hay que llevarlos para hacer llamar su animita". La tendencia pareciera ser no reportar como casos de diarrea aquellos atribuidos a la pérdida del alma o al susto. Su explicación del origen de la enfermedad afecta asimismo, la adopción o no de medidas preventivas.

Algunos estudios etno-médicos han señalado que la percepción de las comunidades quechuas incluyen el adjetivo de "mojada" como un elemento que le da una connotación particular a la diarrea (Q'icha) y las madres de las zonas rurales parecieran considerarla menos mala que las madres de las zonas urbanas. Esto sugiere una toma de conciencia diferente frente a la enfermedad, en la que las madres de los barrios urbano-marginales tienen una evaluación más real del peligro y por lo mismo están más pendientes de los cambios en las evacuaciones de sus niños, lo que hace que lo recuerden y lo reporten.

La Protección contra el Cólera es más difícil de interpretar porque los datos se obtuvieron sólo de entrevistas con madres. El porcentaje de madres que

¹Los análisis bacteriológicos indican que sólo un tercio de las comunidades examinadas presentan 3 o menos coliformes totales por 100 ml. En el resto no se encontró ningún coliforme.

informaron no conocer ningún caso de cólera en la comunidad va de 0% en San Miguel hasta 100% en todas las comunidades de la Paz donde coincide con un uso elevado de letrinas. En San Miguel, donde parece haber ocurrido el mayor número de casos de Cólera, esto coincide, según la información recogida en los cuestionarios, con un porcentaje muy bajo (10%) de uso de letrina. En esta comunidad todos los que tienen letrina la usan, aunque ninguno la mantiene limpia. Estas conclusiones, sin embargo fueron matizadas al encontrar en la investigación cualitativa, que el proyecto simplemente no incluyó letrinizaci3n en San Miguel y que las 3nicas letrinas existentes son las de la escuela y las de las casas de algunos de los profesores.

8.2.2 Cobertura de Vacunaci3n

Este indicador refleja el porcentaje de ni1os menores de 5 a1os que tienen esquema completo de inmunizaciones. La cobertura oscila entre 9% en Chua Jichupata hasta 75% en Monte Sandoval, con un promedio de 40% para el total de comunidades. De acuerdo al informe de la evaluaci3n final, el proyecto haba alcanzado un nivel de cobertura 89% de ni1os entre 10 y 59 meses. Hay por lo tanto una reducci3n de 55% de cobertura en los 3ltimos tres a1os. La explicaci3n para tal reducci3n fue expresada en t3rminos simples por un comunitario que nos explic3: "cuando estaba CARE era bueno porque el promotor (Supervisor de Care) se encargaba de vacunar a todos los ni1os. Ahora nuestra voluntaria poco puede hacer porque nunca aprendi3 a vacunar". Esto, desde luego, s3lo refleja parte del problema, hay otros factores que tambi3n influyen en la ca3da de las coberturas: mientras que el proyecto tena un sistema continuo de vacunaci3n, el sistema actual es por jornadas; el sistema de salud al no ser incorporado en las actividades del proyecto, se desentendi3 de estas 3reas y se dedic3 a cubrir otras comunidades; y los voluntarios aunque tuvieran inter3s en mantener el programa tienen poca accesibilidad al sistema de salud. Finalmente, el programa actual de vacunaci3n opera en condiciones dif3ciles, por ejemplo, ha sufrido un retraso de varios meses para el inicio de las jornadas del presente a1o por falta de fondos para pagar los vi3ticos de los vacunadores.

En las comunidades donde se encontraron las mayores coberturas de vacunaci3n, Monte Sandoval (75%), Nueva Llallagua (69%), Santa Luc3a y Maquelaya (60%), generalmente se debe a su cercan3a a los servicios de salud y a la iniciativa del personal de esos servicios para vacunar en forma peri3dica en vez de hacerlo por jornadas anuales. En este sentido la contribuci3n m3s importante y duradera del proyecto fue en dos sentidos: la inmunizaci3n que se logr3 de todos los ni1os que completaron su esquema durante la vida del proyecto y la de aumentar la receptividad de la poblaci3n a continuar vacunando a sus ni1os.

8.2.3 Cobertura de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

La cobertura de esta actividad varía desde 0% en comunidades como Sella Cercado, Chicata y San Miguel, hasta 87% y 90% en Maquelaya y Monte Sandoval, respectivamente. El promedio de cobertura para las 20 comunidades es de 38%. La cobertura de esta actividad en febrero de 1990 era de 69% por lo que ha habido una reducción de 45% en los últimos tres años. Las razones para la pérdida de interés en esta actividad parecen estar en la enorme inversión de tiempo que requiere de parte de las madres y en los pocos beneficios que parecen obtenerse cuando un niño no crece en forma adecuada. "Me decían que mi hijo no estaba creciendo bien" decía una madre, pero "nadie parecía saber cómo hacer para que creciera bien". Es muy común que en lugares en que hay que controlar el peso de más de 15 niños en una sesión, la actividad se concentre en la toma y registro de datos dejando escaso o ningún tiempo para dialogar con las madres sobre sus puntos de vista en relación a la salud de sus niños. De esta forma, el control de peso se convierte en un fin (en vez de un medio para promover el desarrollo infantil) que termina en una rutina sin sentido para las madres participantes. En los comunidades donde hay una alta cobertura de esta actividad como Monte Sandoval (90%) y Maquelaya (87%), la misma se debe a presencia de otras organizaciones que en ciertos casos donan alimentos y amenazan con castigos a las faltantes. La madres expresan que "tienen que asistir bajo amenazas de que les pueden incluso cortar el suministro de agua".

Por otra parte, las madres parecen guiarse por otros criterios que nada tienen que ver con una concepción preventiva para saber "si esta sanito" y si esta creciendo su niño: "nos controlamos cuando vemos que llora, que ya esta enfermo y no quiere comer".

8.3 Indicadores de Conocimientos, prácticas y recursos

Estos indicadores se investigaron a través de un cuestionario de madres que incluyó 46 preguntas. El cuestionario podía dar lugar a un punteo mínimo de 41 puntos, para las madres que contestaran correctamente a todas las preguntas, y a un máximo de 120 para aquellas madres que contestaran incorrectamente todas las preguntas. En la primera columna de la Tabla 3 aparece el promedio del punteo obtenidos por las madres de cada comunidad. Este punteo varia desde 73 (el último) en Compi Cahuaya hasta 62 (el primer lugar) en Monte Sandoval. El promedio para las 20 comunidades es de 67, es decir a 26 del punteo ideal y a 53 puntos del punteo menos deseable.

En las columnas de la derecha de esta tabla y en la Tabla 3.1 se presentan indicadores seleccionados del cuestionario que permiten un análisis más profundo de su contenido. Hay que advertir que estos datos representan el porcentaje de respuestas correctas de las madres de cada comunidad. Como se explicó en la sección 5, los punteos más bajos son los más deseables.

En cuanto a conocimientos se describen los porcentajes de madres que describen correctamente las medidas de prevención de diarrea (PREVEN, 45%), preparación correcta del suero casero (SUERO C., 54%) y manejo adecuado de casos de cólera (M. COLERA, 36%). Considerando que la estrategia del proyecto fue la de capacitar a una de cada 5 madres para que estas difundieran los conocimientos en la comunidad, uno puede suponer que la capacitación fue efectiva en sobrepasar esas metas y en mantener conocimientos básicos a lo largo del tiempo. Sin embargo, dado que no es posible saber qué información tenían las madres sobre prevención y manejo de casos de diarrea antes del proyecto, tampoco es posible asegurar que los conocimientos actuales que las madres reflejaron en las entrevistas se deban principal o exclusivamente a las acciones del proyecto.

Cabe cuestionar, por otro lado, si este conocimiento se traduce automáticamente en las prácticas promovidas por el proyecto. Por ejemplo, si la comunidad tiene diferentes conceptos sobre el origen de la diarrea, las medidas de prevención promovidas por el proyecto tendrán una aplicación parcial por parte de la comunidad, según el sentido y significado que se le da a las prácticas propuestas en el contexto de su comprensión de la diarrea ("desintería", "quechalera", "larilari", etc.) como fue explicado en el apartado 8.2.1.

Otra limitante para traducir los conocimientos adquiridos en prácticas se debe a que ni los promotores de salud ni las madres saben como pasar de "la charla" de salud a la acción. Una promotora de salud relata su experiencia: "las señoras repiten pero no practican, fácil aprenden el suero casero y excelente sacan el examen, las señoras de edad bien que me dicen las preguntas, mas fallan las jóvenes. Yo trato de meterles en sus cabezas y demostrar pero nos vamos olvidando y luego nomás se aburren porque yo lo mismo repito, lo que se nomás, pues no puedo dar otras cosas". En otra comunidad las madres expresaron: "nuestra voluntaria es buena, lo que ha aprendido lo ha enseñado, pero no sabe más y no puede enseñarnos, sólo nos da las mismas charlas que cuando venía la señorita de CARE". En este sentido el proyecto parece haber logrado que la comunidad reproduzca una de sus acciones: "charlar sobre salud". Modificar las prácticas pareciera requerir otros métodos además del de dar charlas: "nos falta una persona que oriente a la comunidad, aunque nos dieron a algunos cursillos de 15 días, pero no es suficiente, como no estamos practicando, se nos olvida".

En relación a recursos se investigó si las madres sienten que tienen suficiente agua para todas sus necesidades (D. AGUA, 71%) y si disponían de un lugar para lavarse las manos con agua y jabón (L. MANOS, 66%). Es interesante que sólo en 3 comunidades, el 100% respondió afirmativamente a D. AGUA. Los porcentajes más bajos corresponden a comunidades donde hay un caudal limitado (Sajsani, 47%), donde el sistema ha sufrido desperfectos serios (Monte Sandoval, 35%) o ha dejado de funcionar (Nueva Llallagua, 23%). Como se verá más adelante, la percepción de que el agua es

escasa ha sido dada como una explicación para un mantenimiento inadecuado de letrinas. El indicador L. MANOS es considerablemente alto y es mejor reflejo de la conciencia sobre la práctica de lavarse las manos.

Entre las prácticas más importantes está la de tenencia de letrina (T. LETR., 66%), uso de letrina (U. LETR., 87%) y mantenimiento adecuado de las letrinas (M. LETR., 65%). En primer lugar hay que aclarar que aunque el proyecto sobrepasó su meta de construcción de letrinas (5,000 letrinas para cubrir aproximadamente al 45% de la población) por un margen de 1415, varias comunidades recibieron un número muy limitado o ninguna letrina. El porcentaje de tenencia actual (66%) es superior a lo que el proyecto pareciera haber logrado originalmente (57%). Probablemente la amenaza del cólera ha contribuido al aumento de este porcentaje. Sin embargo hay que aclarar que a través de entrevistas con personal que laboró en el proyecto se nos informó que una vez finalizado el proyecto, CARE distribuyó 1000 letrinas más incluyendo algunas de las comunidades del PN17, lo que también puede explicar el aumento encontrado en tenencia de letrinas.

Otra historia es el uso sistemático y limpieza de las letrinas. El indicador U. LETR., (87%) refleja el porcentaje de familias que tienen letrina y la usan (y no el porcentaje de la población general que usa, el cual equivale a 57%). Las razones encontradas para el alto uso de letrinas en ciertas comunidades fueron: el miedo al Cólera, conveniencia/comodidad, cierto grado de privacidad (especialmente en comunidades concentradas) y signo de progreso. En las comunidades de baja utilización, las razones manifestadas para ello son: el tipo de letrina (pozo ciego que despide muy mal olor), la falta de recursos para completar la instalación, la preferencia por hacerlo a campo abierto en comunidades dispersas, el mal entendido de que si la heces transmiten el cólera es mejor echarlas en el río que tenerlas cerca de la casa, evitar que los niños la ensucien, y la sensación de que no hay suficiente agua para su limpieza: "mantenimiento de letrina, no utilizamos suficiente porque no hay agua, lejos de la casa vamos al baño. Yo la he tapado porque luego mis hijos entran y no le echan agua, de ese modo la he clausurado más de un mes porque no había agua. Los mando allá abajo al canto para hacer y poder tenerla limpia".

En algunas comunidades donde el proyecto trabajó, existe el problema de que la gente vive en el pueblo temporalmente, pudiendo pasar la mayor parte del tiempo en sus "estancias" que es donde tienen su terreno de cultivo y donde está su ganado. En lugares como el cantón de San Miguel (donde ha habido brotes de cólera) piensan que es más necesario tener letrinas en las estancias porque allí pasan más tiempo. Los profesores piensan que para que a los niños se les haga el hábito de usar la letrina es necesario tener en el pueblo y en las estancias. También señalaron que por no tener letrinas en las estancias, sus animales se enferman: "nuestras ovejitas se enferman porque comen lo que hacemos".

Otro factor importante a considerar es el hecho de que el proceso de toma de conciencia por la comunidad y su compromiso para con el proyecto pareciera no siempre coincidir con el ritmo del proyecto. En una de las comunidades donde el proyecto no puso letrinas, el profesor de la escuela lamentaba: "no lo han sabido pensar (refiriéndose a la comunidad) cuando estaba CARE que el pueblo si necesita las letrinas. Podríamos pagarlas pero no teníamos planificado". Desafortunadamente el proyecto no tenía la flexibilidad de esperar a que la comunidad tomara conciencia de la necesidad de las letrinas --había que pasar a otras comunidades.

De especial interés es señalar que las letrinas con menos uso y limpieza son las instaladas en las escuelas. Factores tales como un número limitado de letrinas en relación al número de niños, la falta de puertas que facilita que se conviertan en baño público o la carencia de facilidades para mantenerlas limpias contribuyen a que sean muy poco o mal utilizadas. Si se toma en cuenta que la escuela puede ser uno de medios más eficientes para inculcar hábitos de uso y mantenimiento adecuado de letrinas y que los escolares pueden ser agentes de cambio a nivel del hogar, futuros proyectos deberán poner énfasis en el diseño y construcción de letrinas para escolares.

En términos de utilización de servicios de salud, el indicador de control prenatal en el último embarazo (C.PREN., 51%), el porcentaje no parece variar mucho del reportado por el Ministerio de Salud (53%) en su informe Gestión 1990/1991. Los porcentajes más bajos se encuentran en comunidades indígenas. De acuerdo a estudios recientes como el de CIAES existen barreras económicas, sociales y culturales que reducen la posibilidad de utilización de estos servicios por los grupos indígenas.

El testimonio de una promotora de salud de Sajsani puede ilustrar lo anterior: "queremos apoyo, nuestra balanza ya no sirve, y necesitamos otra para pesar a las señoras embarazadas, no sabemos cuánto pesan y al hospital no quieren ir porque tienen miedo, me dicen "el doctor me va a urguetear", a eso es a lo que más le tienen miedo y no quieren ir, por eso prefieren tener sus hijos en sus casas, les pregunto, con quien te has enfermado? y dicen con "mi esposo nomás", aunque aquí yo no tengo ni con que pesarlas, ellas prefieren venir a controlarse conmigo y en el hospital me regañan porque dicen que no estoy haciendo bien mi trabajo porque las señoras embarazadas no están yendo".

8.4 Indicadores para los Sistemas de Apoyo Interno

8.4.1 Comités de Agua y Saneamiento

Para la evaluación del desempeño de estos comités se elaboró un formulario de 27 preguntas. El punteo obtenible en este cuestionario va desde 23 puntos, para los comités que contestaran correctamente a todas las preguntas, hasta un máximo

de 87 puntos para aquellos comités que contestaran incorrectamente todas las preguntas.

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos con punteos que van desde 30 para Compi Central hasta 51 para Monte Sandoval. Los elementos que hacen a Compi Central obtener el primer lugar incluyen: renovación frecuente de la directiva, reuniones de trabajo frecuentes, cumplimiento de actividades, incremento en número de socios del sistema y de los que usan letrina, alto porcentaje de socios que pagan su tarifa ($= > 90\%$), aumento del valor de la cuota (por inflación) y continuidad del servicio de agua. Las dos comunidades con los peores punteos son aquellas en las que el sistema ha sufrido desperfectos que han llevado a una paralización del servicio (Monte Sandoval y Nueva Llallagua). Otras comunidades con bajos punteos se deben a que las mismas personas han sido parte de una directiva sumamente pasiva en los últimos 4 años (Santa Lucía) o a que viven fuera de la comunidad (Okoruro).

La investigación cualitativa fue muy valiosa para conocer detalles de operación de los comités que el cuestionario no reveló. Compi Central, por ejemplo, tiene un sistema de rotación para renovar su directiva en forma anual a través de su lista de socios. Si bien esto pareciera dar a todos los socios la oportunidad de ser parte de la directiva, también crea situaciones en las que personas sin habilidades mínimas resultan ocupando puestos de mucha responsabilidad a la vez que son susceptibles de ser manipulados por personas o grupos de interés.

Cabe resaltar aquí la situación de las mujeres solas (viudas, abandonadas, madres solteras, o con esposo ausente), quienes se ven obligadas a ocupar puestos al no tener un hombre en la casa que las represente. Estas mujeres se enfrentan a problemas de discriminación en un contexto donde "aquí el hombre es el que manda". A manera de ejemplo citamos lo expresado por la directiva de uno de los comités de agua: "no pueden (las mujeres), cuando cobran nos dicen que los hombres les riñen, pero como van por lista les va a tener que tocar (refiriéndose a las aproximadamente 10 viudas o a las madres solteras que son socias). Por la lista va a tener que ir obligadamente la mujer si no está el esposo. Aunque como no sabe manejar la plata la mujer, no puede ser tesorera. Tiene que ser hombre el presidente, el vicepresidente y secretario". En las reuniones, predomina la asistencia de las mujeres en representación de sus maridos y tienen que firmar el acta que contiene los acuerdos sin saber leer su contenido.

Es importante resaltar que todos los comités de agua coincidieron en señalar que "las mujeres responden más que los hombres" tanto cuando se trata de asistir a las reuniones como de llevar a cabo actividades tales como cobrar cuotas o limpieza y mantenimiento del sistema de agua. "Una mujer siempre es más seria y cuando hay una mujer, las reuniones se toman más en serio". En comunidades donde el comité no funcionaba bien, ellas suplen el trabajo que dejan de hacer los

hombres: "Los comuneros se molestan porque los plomeros no van arriba, ni al estanque van a mirar. Aquí las mujeres somos activas y más responsables; en los trabajos comunales todo hacemos igual que los hombres: cabamos tierra, cargamos piedra, traemos agua, pasamos adobe, sabíamos reboquear en nuestra carpa solar, nosotras solitas hacemos. Nos indican los hombres y pues hacemos. Al estanque hemos ido a limpiar igualito que los hombres, trabajamos igualito y hacemos, porque otros caballeros no tienen tiempo, se van al relabe, al campo, a la mina. Pero siempre a las mujeres nos ponen abajo, no nos quieren hacer valer y cuando somos mayoría en las reuniones luego quieren suspender".

Por su compromiso e interés en que el sistema de agua funcione, las mujeres están más dispuestas a hacerse cargo del trabajo y son más constantes, sin embargo no recibieron capacitación para desempeñar funciones de tesorera, operadora o plomera por citar un ejemplo. Si bien que ellas tendrían que trabajar por lo menos en grupos de dos o tres mujeres porque la tradición hace difícil que interactúen individualmente con hombres, quienes, por otra parte, siempre están "naturalmente" organizados grupalmente.

Sólo dos comités de agua cuentan con una mujer dentro de la directiva en los puestos de Vicepresidenta (Santa Lucía) y Almacenera (Chua Jichupata). Como vimos anteriormente, en las comunidades que eligen directiva de acuerdo a la lista de socios, la mujeres viudas también tienen que servir como miembros de la directiva.

Dentro de la investigación cualitativa se encontró que el comité de agua de La Pintada es uno de los más avanzados. Este es el único comité que habló de: su plan para reunir el capital necesario para reponer el sistema a un plazo de 20 años; la conveniencia de transformarse de comité a Cooperativa para tener mayor poder de gestión; y la necesidad de asegurar que los beneficios de la cooperativa de agua lleguen a los más necesitados de la comunidad (ej. préstamos para compra de semilla en época de siembra) para que los recursos contribuyan realmente al desarrollo de la comunidad.

En general los comités de agua son instituciones permanentes en todas las comunidades. Su nivel de actividad varía de acuerdo a la experiencia e iniciativa de quienes ocupan los cargos. La visita que recibieron los comités durante esta evaluación permitió conocer la fuerte conexión que todos ellos sienten hacia CARE. En muchos casos los comités aprovecharon esta visita para aclarar rumores, identificar problemas y pedir consejos a las instituciones. Las entrevistas efectuadas permitieron ver que la capacitación recibida ha sido muy puntual y relacionada exclusivamente a ciertos elementos del sistema de agua. Su visión de desarrollo comunitario es inexistente o muy limitada.

Existen, por otra parte, una serie de problemas técnicos en el sistema de agua que van más allá de la capacidad del operador o del mismo comité o del plomero. Aunque el problema es identificado, no les es claro cómo o a quién pueden pedir ayuda para resolverlo. Ejemplos de esto son las declaraciones siguientes: "este lugar tiene mucha cuesta y al venir las piedras rodando van quebrando la tubería. Tenemos un lugar que es bofedal y allí hay filtración pero no sabemos de donde viene. Con las nevadas las tuberías se nos congelan, no sabemos si lo podemos resolver pero no tenemos los materiales. No tenemos de donde sacar el material. Esta no es una zona productiva o ganadera, no hay para venta, la gente aquí no es de tener". Una queja constante fue que el pegamento que consiguen en el mercado nacional no dura porque se seca.

Otro tipo de irregularidades que se presentan cuando se comparte la fuente de agua, la ilustra Monte Sandoval, donde la comunidad de Carreras (con quien comparte la fuente de agua) ha modificado la instalación hecha por CARE, para tener más agua, dejando sin agua hasta por meses a Monte Sandoval. Una situación frecuente es el no poder atender las solicitudes para ampliar la red; la gente pide captación en las estancias cuando ya ha visto los beneficios en el poblado.

Otra situación que es frecuente es la falta de experiencia en funcionar en el marco de estructuras institucionales lo que hace que se presenten irregularidades como las siguientes: no tienen los papeles oficiales claves (acta de constitución, de entrega del sistema, planos, etc.), cuotas que quedan en manos de dirigentes anteriores, depósitos hechos en el banco que no son retirados porque no se sabe cómo porque fueron depositados por comités anteriores, sumas considerables de dinero (1300 Bs) "inactivos" en manos del tesorero.

La capacidad para mantener y administrar el sistema de agua parece variar mucho entre las comunidades. Hay algunas que reflejan muy poca cultura de construcción y para algunos, CARE fue su primera experiencia. Un factor que parece importante para incorporar culturalmente el sistema de agua y las letrinas, es la serie de rituales que existen en torno a la construcción. En la concepción tradicional hay un profundo respeto por la "Pacha mama", a quién hay que darle de comer y tomar siempre que se construye: "tienes que darle de comer, la pacha mama ya fuma hasta que se consuma y también lo das de tomar. Para que tengas salud, para que tengas trabajo, para construir tu casa, para que no te falte nada. Los Yatiris siempre lo hacen hacer, pero como CARE no acostumbra no lo hicimos. Aquí siempre lo hacemos al empezar, la siembra, la casa, caminos, puentes, pa todo sirve".

La población sin embargo parece encontrar formas de introducir sus rituales. Un ejemplo lo encontramos en una comunidad que cuando vieron que el agua estaba escaseando, hicieron una "macumba" a la pacha mama para que aumentara el

caudal: "Hemos ido con el Yatiri y estaba el curaka y todas las autoridades. Lo hicimos solos y desde que hicimos la macumba el caudal ha aumentado harto y tenemos agua todo el día". Cabe señalar que la cuota por socio para pagar al yatiri la dieron todos a pesar de ser mayor que la tarifa anual para el agua. En contraste, la tarifa del agua no la han pagado la mayoría de los socios desde que CARE salió: "nos falta educación, no estamos acostumbrados a dar cuota", nos dieron como explicación.

8.4.2 Operadores

El cuestionario para entrevistar a los operadores tiene un punteo mínimo de 20 y un máximo de 85 puntos. El mejor punteo (24) fue obtenido por Sajlina, donde el operador (agricultor/albañil) entrenado por el proyecto continúa prestando servicios, cumple con todas sus actividades, recibe un pago de 30 bolivianos al mes, está satisfecho con lo que recibe por sus servicios y considera que la gente le aprecia por su trabajo. La comunidad también cuenta con un operador suplente.

El peor punteo (47) corresponde a Maquelaya donde el operador (agricultor/albañil) capacitado por el proyecto no recibe ningún pago por sus servicios y piensa abandonar el cargo dentro de poco. Este operador ha conseguido un trabajo en la ciudad y ahora le queda poco tiempo para atender el sistema.

Sólo 7 de los 19 operadores dicen estar satisfechos con lo que reciben como pago, sin embargo 17 de los 19 dicen tener intención de continuar con en el cargo. En 11 comunidades hay un operador suplente entrenado. En dos comunidades no hay operador actualmente (ambos han emigrado en busca de trabajo). Durante este estudio se encontró también que muchas comunidades después de haber acordado pagar un sueldo al operador, han revisado su decisión y acordado que: las labores de mantenimiento deben ser hechas sin cobro (como compensación por el entrenamiento recibido) y que sólo para reparaciones extraordinarias se le pagará al operador por trabajo hecho.

8.4.3 Clubes de Madres

El cuestionario para el club de madres tenía un punteo mínimo de 17 puntos y uno máximo de 50 puntos. El mejor punteo (20)² corresponde a la comunidad de Primero de Mayo el cual tiene un club muy activo, con una estructura bien

²El punteo inicial fue 18, pero al revisar el cuestionario se encontró error en la tabulación. El punteo correcto es 20.

organizada y renovación reciente de directiva. El club ha aumentado su número de socias de 35 en 1990 a 46 en la actualidad. Esta comunidad está próxima a una posta sanitaria que le apoya con atención médica y vacunación además de contar con un programa de estimulación temprana apoyado por UNICEF.

El punteo más alto (34) corresponde a Okoruro donde el club existe en forma inactiva desde 1991. Ambas, la presidenta y vicepresidenta fueron entrevistadas durante la encuesta y a raíz de la entrevista les volvió a nacer la idea de tratar de reunir nuevamente a sus socias, que ahora son 14 de 24 que eran en 1990. Otra comunidad entre los últimos punteos (33) es Chua Jichupata donde el Club dejó de reunirse un año después de terminado el proyecto, debido a la suspensión de distribución de alimentos por otra ONG.

De los 15 clubes entrevistados 14 reportan que su número de socias ha disminuido desde la finalización del proyecto. En efecto, de acuerdo a la última columna de la Tabla 3.1, sólo el 41% de las madres reportan pertenecer a un club o centro de madres.

En la mayoría de los casos la razón más frecuente para que haya pérdida de socias es el hecho de que la repetición de las mismas charlas producen cansancio y sensación de estar perdiendo el tiempo. Por otra parte, los clubes que se mantienen activos casi siempre es porque han desarrollado proyectos de manualidades o porque se distribuyen alimentos gratuitos. En este último caso las madres informan que se les obliga a asistir bajo amenaza de hasta cortarles el suministro de agua.

Una limitación que los clubes originales parecían tener fue el hecho de que se enfocaban en mujeres con niños menores de 5 años. Esto dejaba a mujeres jóvenes y mayores fuera de la posibilidad de pertenecer al grupo. De esta forma se han creado organizaciones paralelas como los Centros de Madres que aglutinan a mujeres de todas edades.

Es interesante hacer notar que cuando alguna familia quiere ingresar como socio al sistema de agua no sólo se le cobran los jornales correspondientes al esposo sino también los días que la esposa debía de haber asistido a las reuniones del club de madres.

8.4.4 Promotores de Salud

Aunque la Tabla 7 muestra punteos para 18 promotores que fueron entrevistados, sólo 9 de ellos son realmente promotores activos. Esta Tabla bien refleja la situación de dualidad en que se encuentra una gran proporción de promotores: si bien no realizan actividades de promoción de salud en forma rutinaria, cuando se

les requiere, en su mayoría están dispuestos a colaborar con actividades puntuales. O como expresara la promotora de Chicata, quien abandonó su cargo en 1990 porque las mujeres perdieron interés debido al carácter repetitivo de unos pocos temas: "si los comunarios me reeligieran estaría dispuesta a volver a ser promotora".

El punteo mínimo obtenible en el cuestionario del promotor es de 27 y el máximo de 99 puntos. El menor punteo corresponde a Chicata pero su promotora no es activa. La promotora en segundo lugar (Primero de Mayo, 38 puntos) ha desempeñado ese cargo por más de tres años, fue capacitada inicialmente por CARITAS y recientemente por UNICEF (para ser partera), recibe apoyo del club de madres y colabora regularmente con el puesto médico de Culpina. Cabe resaltar que los cuatro primeros punteos pertenecen a promotoras del sexo femenino.

De los 9 promotores activos, uno recibe supervisión regular de la Unidad Sanitaria, uno supervisión ocasional, dos colaboran con la unidad regularmente y el resto colaboran sólo ocasionalmente o nunca. De la misma manera, los 9 promotores activos y por lo menos 2 de los inactivos, tienen planes de continuar cumpliendo esa función en el futuro.

El promotor activo con el punteo en último rango (57) es de Sajlina y manifiesta que por ser varón fue difícil trabajar con las mujeres del club de madres, quienes finalmente se independizaron y eligieron a una promotora mujer.

8.4.5 Consejo de Autoridades

Aunque el proyecto promovió estos consejos durante su ejecución, sólo se encontró a éstos en 4 de las 20 comunidades. Estos consejos parecen cumplir una función aglutinadora en comunidades como Sajlina y Primero de Mayo donde facilitan la coordinación entre las organizaciones existentes. Tienen una actividad más reducida en Sella Cercado, donde se limitan a coordinar el mejoramiento de viviendas con Plan International. En Okoruro reportan que su función es el mantenimiento del sistema de agua.

8.5 Indicadores para los Sistemas de Apoyo Externo

Las limitaciones de tiempo (visitar 15 comunidades en 5 departamentos en 12 días) no permitieron profundizar en este aspecto. En muchos lugares el personal estaba ausente o no había participado en el proyecto. Por otra parte, la expectativa del nuevo cambio de gobierno tenía al personal de ciertas instituciones más interesado en lo que vendría en el futuro que lo aprendido en el pasado. En términos generales, PN17 no parece haber

sido diferente de otros proyectos similares: las instituciones tienen reducida o ninguna participación en acciones muy puntuales como entrega de materiales o insumos y no tienen ninguna de sostenibilidad ni de su responsabilidad para lograrla.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Diseño y ejecución del proyecto

- El proyecto es representativo de una época y una concepción, en donde la sustentabilidad se daba como un hecho que sucedería, dados una serie de supuestos y una vez activados los mecanismos de la atención primaria.
- El proyecto no se trazó un plan específico para garantizar que sus actividades fueran sostenibles una vez terminada su intervención en la comunidad, lo que impide enfocar la evaluación en un número específico de estrategias de sustentabilidad. No obstante el análisis retrospectivo de sus componentes desde la óptica de la sustentabilidad permite generar una serie de reflexiones que pueden contribuir a mejorar el impacto de futuras intervenciones.
- El proyecto trabajó bajo los siguientes supuestos:
 - entrenando a un promotor en salud en actividades de atención primaria de la salud (charlas sobre diarrea, vacunación y saneamiento básico, control de peso), sería posible continuar con actividades de salud iniciadas en la comunidad
 - con las cuotas de los usuarios se podría pagar el mantenimiento del sistema de agua
 - entrenando a un operador sería posible dar mantenimiento básico al sistema de agua
 - con el establecimiento de un comité de agua, éste se encargaría de supervisar y dar mantenimiento al sistema de agua
 - organizando e involucrando organismos de base, tales como comités de madres, sería posible mantener en el tiempo las actividades de salud iniciadas.

Estos supuestos llevaban implícita una estrategia, pero no necesariamente implica que el proyecto tenía una estrategia estructurada sobre sustentabilidad.

- Una preocupación central era cumplir frente al donante con las metas de cobertura dentro de un determinado límite de tiempo, (en este sentido ver Informe de Asistencia Técnica, PN20, diciembre de 1992).
- Fue difícil hacer coincidir los ritmos programáticos y el tiempo que supone la generación de un proceso de internalización de los hábitos y prácticas que el proyecto promovió en un contexto de participación, por ejemplo, los que no se decidieron por tener una letrina dentro de un plazo determinado se quedaron sin la opción de obtenerla más tarde. Con el fin de incrementar coberturas de vacuna, fue el personal de CARE (y no el personal de la Unidad Sanitaria o Voluntarios) quien aplicó las vacunas.
- Los resultados obtenidos parecen sugerir que las actividades relacionadas exclusivamente con el sistema de agua logran ser sostenibles a pesar de los problemas relacionados con el funcionamiento de los comités de agua y de los operadores. Si bien es cierto que 90% de los sistemas continúan operando en forma aceptable hay que tomar en cuenta que la expectativa es que estos sistemas funcionen efectivamente por 20 años y que la evaluación de sostenibilidad se realizó al tercer año. Si 10% de los sistemas dejan de funcionar cada tres años, 60% no estarán funcionando en 18 años.
- Los resultados muestran que las actividades relacionadas directamente con salud (vacunación, control de peso, prácticas higiénicas como lavado de manos y mantenimiento de letrinas) sólo logran mantenerse de manera limitada. Esto pareciera deberse fundamentalmente a que lo aprendido por los promotores durante el entrenamiento proporcionado por el proyecto tiene que ser ejercido en un marco de colaboración con los servicios de salud. En tanto la institución sanitaria no participe, el promotor pierde su única posibilidad de apoyo institucional.

Por otro lado, las actividades del promotor tienen como base los comités de madres y en tanto las mujeres de la comunidad no atienden el llamado del promotor, carece de sentido su trabajo. Se crea un círculo vicioso, donde las madres pierden la motivación ante la repetitividad del promotor, quien a su vez pierde la motivación ante la apatía de las madres.

Recomendaciones:

Desde su concepción hasta su diseño, un proyecto debiera plantearse en el marco de la sustentabilidad. Esto supone:

- Tener claridad sobre cuáles beneficios y actividades deberán ser sostenibles una vez terminado el proyecto y su diferencia con los beneficios ya alcanzados durante el proyecto.

- Identificar en qué grado la continuidad de dichas actividades depende de:
 - comportamiento individual
 - participación de organismos de la comunidad
 - colaboración de organismos externos
- Utilizar métodos de diagnóstico participativo que permitan conocer en forma rápida la factibilidad y la viabilidad a nivel cultural, social, técnico y económico de una intervención y de las modificaciones que sean necesarias para adaptarlas al marco cultural de la población en que se espera que funcionen en forma sostenida. Estos métodos además ayudarían a la comunidad a generar procesos de participación útiles en la implementación del proyecto y en la sustentabilidad de sus acciones.
- Los proyectos para poder conciliar los ritmos y necesidades de la población a la que desean servir con las expectativas y tiempos requeridos por los donantes, necesitan evitar metas ambiciosas en términos de logros, cobertura y extensión geográfica si el objetivo de la institución es promover el desarrollo y no sólo implementar un proyecto.

9.2. Beneficios de salud

- La información recogida refleja una alta protección de niños menores de cinco años contra la diarrea. Sin embargo, es difícil confirmar que esto se debe a las intervenciones del proyecto ya que no hay una correlación con el uso de letrinas y no hay garantía de que dicha protección se mantenga en épocas de mayor prevalencia de diarrea.
- Las coberturas de peso y vacuna han mostrado una caída significativa debido a que las intervenciones del proyecto no fueron enfocadas a mejorar la capacidad del sistema de salud para extender y mantener coberturas adecuadas. Por otra parte las comunidades no fueron seleccionadas por su baja cobertura en estos temas, sino por ser factible la construcción de un sistema de agua. Cuando el proyecto tomó la responsabilidad de aplicar las vacunas directamente, los sistemas de salud se desentendieron de la cobertura de dichas áreas.
- En términos de letrinas, el proyecto sobrepasó las metas de cobertura, logrando un alto porcentaje de utilización. Sin embargo la limpieza y mantenimiento de las mismas no alcanza el mismo nivel, reflejando la necesidad de un seguimiento a más largo plazo.
- Las observaciones indican que un tema desatendido es la construcción de nuevas letrinas una vez que las primeras han agotado su uso. Los usuarios, por ejemplo, no parecen conocer las técnicas y procedimientos a seguir.

- Algunas observaciones hacen suponer que la capacitación en manejo de excretas es muy elemental. Esto hace que las enseñanzas resulten en ocasiones contradictorias para la población: el hecho de convencer a la gente sobre la dimensión de peligro que suponen las heces (ej. cólera) y al mismo tiempo promover que las mismas se guarden en un depósito cercano a la vivienda o inclusive al lado de la cocina, puede dar lugar a conductas riesgosas para la salud.

Recomendaciones:

- Para aclarar la correlación existente entre la protección contra la diarrea y el uso de agua limpia y/o letrina es necesario llevar a cabo estudios periódicos de prevalencia en las diferentes estaciones del año. Aclarar esta relación permitirá definir políticas de intervención más efectivas. Por ejemplo, aunque la literatura indica que letrinización es la intervención más barata y efectiva en términos de impacto en la salud, la misma también indica que factores locales como el clima, prevalencia de lactancia materna y tasa de analfabetismo pueden hacer variar los resultados de un lugar a otro.
- En actividades que son propias del sistema formal de salud, es necesario definir una estrategia dirigida a fortalecer su capacidad de prestar servicios en forma eficiente y continua, como en el caso de vacunas. Por ejemplo, es preferible un aumento menos espectacular de la cobertura de vacunas que sea más sostenible en el tiempo. Es más fácil obtener la colaboración de la unidad sanitaria cuando se trabaja con todo un distrito que con comunidades aisladas. Por otro lado, existe la necesidad de evaluar las bondades de actividades aisladas como el control de peso en vez de sólo incluirlas en forma rutinaria.
- Promover conductas "deseables" en el campo de la higiene personal y doméstica, supone una incorporación y adecuación de las propuestas al sistema de creencias y prácticas tradicionales de la población meta. Es difícil para una madre asociar la relación lavado de manos-diarrea si su patrón cultural indica que la diarrea es causada por el frío.

9.3 Prácticas socioculturales relacionadas con salud

- Muchas de las comunidades donde el proyecto operó tienen una composición étnica muy definida, lo que supone una integración sociocultural que tamiza con diferentes grados de efectividad y aceptación las acciones llevadas a cabo por un proyecto. Llama la atención que en el diseño e implementación del proyecto no se incluyen estos aspectos.

- La complejidad de rituales que permean la cultura popular Boliviana en torno a prácticas como la construcción (letrina incluida) requiere de una sensibilidad cultural que permita comprender los ritos que rodean dichas prácticas con el fin de favorecer la aceptación e incorporación de actividades del proyecto. Nuestro desconocimiento de la cultura de las poblaciones con quienes trabajamos termina haciendo que la gente se adapte a la tecnología en vez de la tecnología a la gente y esto reduce drásticamente sus posibilidades de sostenibilidad.

Recomendaciones:

Tomando como centro de atención el respeto a la persona, su cultura y sus creencias, los proyectos de desarrollo debieran partir para su diseño e implementación de la incorporación de los esquemas de percepción, acción y valoración que tienen los grupos sociales a los cuales va dirigido. Hay que reconocer que los conceptos accidentales de salud son más bien una barrera que un puente para llegar a las poblaciones indígenas. Los proyectos deben adaptar dichos conceptos a la cultura indígena si es que esperan que sus intervenciones sean sostenibles.

9.4 La participación de la mujer

- Las mujeres de la comunidad parecieran atrapadas en una dinámica generada por dos posiciones extremas: la asistencialista y la emancipadora. Ninguno de estos dos extremos pareciera ser alternativa para ellas. La asistencialista está basada en el clientelismo y que compra sus asistencia a través de pequeñas donaciones aprovechando sus necesidades de supervivencia. La emancipadora, que le impone un patrón de comportamiento que la forza aisladamente a ir más allá de las limitantes de control social propias de su grupo.

Los proyectos de desarrollo al querer promover la participación de la mujer han caído en utilizarla desde como mano de obra barata hasta involucrarla en una serie de cargos representativos en nombre de su participación para los cuales no se la prepara. Esto trae como consecuencia que ella se tenga que enfrentar de manera individual a toda una serie de patrones de discriminación que la desalientan, más que animarla, a iniciar un proceso de liberación.

Recomendaciones:

- Hay necesidad de que los proyectos formulen dentro de sus programas, políticas específicas que contrarresten la vulnerabilidad de la mujer, tomando en cuenta la restricción que le impone el grupo social en el cual ella se desenvuelve. Su participación en comités de agua, por ejemplo, acaba siendo una historia de frustraciones y de reducción de su autoestima y no una experiencia positiva que la anime a seguirse desarrollando fuera de los marcos tradicionales.

- En los esfuerzos de promoción de la mujer es importante reconocer el papel que juega el hombre como un elemento de apoyo o de impedimento al desarrollo de la mujer. Involucrar al hombre en la problemática de la mujer es una manera eficaz de promover el desarrollo de ambos.

9.5 Mecanismos de autogestión intracomunitario

Las formas de autogestión que tradicionalmente se vienen empleando presentan una serie de vicios que es necesario considerar:

- inversión en capacitación de líderes que abandonan el cargo por una serie de causas (migración, casamiento, trabajo mejor remunerado, falta de un espíritu de servicio, etc.) fuera del control del proyecto.
- uso del cargo para lograr beneficios personales
- monopolio de poder y vicios asociados tales como nepotismo, continuismo, personalismo, etc.

Recomendaciones:

Hay necesidad de replantear y explorar otras formas de autogestión tales como grupos solidarios de hombres, mujeres, jóvenes y niños que extiendan y democratizen el acceso a la información y los recursos y, a través de un esfuerzo colectivo, promuevan un desarrollo más armónico y sostenido de sus comunidades.

9.6 Contrapartes: apoyo externo?

A pesar de que las llamadas "contrapartes" tradicionales de los proyectos de saneamiento y salud, presentan serias limitaciones para cumplir compromisos durante y después de la ejecución de los proyectos, no parece haber ninguna iniciativa para promover y apoyar la reformulación de sus políticas y procedimientos, ni para buscar o desarrollar contrapartes alternativas. Más bien parece haber un estado de resignación y aceptación de la realidad y con tendencia a perpetuarse indefinidamente.

Recomendaciones:

Es necesario que las organizaciones que implementan servicios de agua y saneamiento y salud, definan una estrategia de trabajo a largo plazo con o sin participación de las contrapartes tradicionales. De ser una estrategia "con" deberá haber un acercamiento más estrecho con los cuadros directivos y gerenciales de las contrapartes y de otros miembros del gobierno para analizar la problemática e identificar soluciones. Por

ejemplo, dada la ineficiencia de agencias públicas para ejecución de obras, su rol podría ser más efectivo en desarrollo de normas, políticas, estándares y en monitoreo de actividades, mientras las ONGs se concentran en aspecto de implementación. De ser una estrategia "sin" las ONGs deberán identificar otras contrapartes como el Ministerio de Educación u otras organizaciones voluntarias y del sector privado.

9.7 Organismo ejecutor

Un aspecto que parece ser descuidado con mucha frecuencia, es la definición de políticas institucionales de desarrollo, de selección y capacitación de su personal, eficacia gerencial y de utilización de la capacidad negociadora con contrapartes. La falta de atención a estos aspectos reduce la eficacia de una organización para promover el desarrollo sostenido de las comunidades en que interviene debido a una dilución de esfuerzos y recursos que se dispersan en diferentes prioridades, direcciones y niveles.

Recomendaciones:

CARE-Bolivia debe dar prioridad a la realización de ejercicio de planificación estratégica participativa (involucrando todo su personal gerencial de nivel alto, medio y bajo) para revisar la razón de su presencia en Bolivia y definir con mayor visión y claridad su filosofía y sus estrategias de trabajo en el país. Un ejercicio de este tipo tiene la ventaja de favorecer el uso más eficiente de las fortalezas de la organización (que son muchas) y una reducción significativa de sus debilidades. Su mayor ventaja sin embargo, es el lograr una visión de desarrollo compartida con todo el equipo que permite una mayor coordinación más sinérgica de esfuerzos.

9.8 Otras organizaciones de desarrollo: coordinación o competencia?

Es notoria la presencia de otras agencias de desarrollo (gubernamentales o no) en el radio de acción de los proyectos. Asimismo es notoria la falta de coordinación, la duplicación, la competencia por la misma población meta, y los intereses encontrados entre diferentes grupos. La falta de oportunidad o de voluntad para realizar coordinaciones disminuye substancialmente el impacto sinérgico que puede obtenerse de organizaciones con programas complementarios. Por otra parte, la saturación de ONGs en ciertas áreas geográficas puede llegar a convertir a la población en "participantes profesionales" que aprenden a obtener recursos de varias instituciones con el consecuente efecto de incrementar el paternalismo y la dependencia. Algunos de los clubes de madres más activos están siendo apoyados por otras organizaciones, pero esto ha ocurrido en forma espontánea y no como resultado de un esfuerzo planificado.

Recomendaciones:

Una recomendación en este sentido es casi innecesaria. La coordinación con otras instituciones es una necesidad sentida a todo nivel. Lo que parece faltar son: una decisión política de dar prioridad a dicha coordinación y una estrategia clara sobre cómo hacerlo en forma efectiva. Ambas, política y estrategia, pueden ser el resultado de un ejercicio de planificación estratégica. El trabajo con ONGs locales y acciones de abogacía son dos de las prioridades actuales de CARE-USA. En Bolivia el terreno para desarrollar estas iniciativas es sumamente fértil.

9.9 Políticas de financiamiento

En forma reciente, el entorno dentro del cual se proporciona el financiamiento de proyectos de desarrollo ha cambiado significativamente. Muchos donantes se han vuelto muy sofisticados en relación al tipo de proyectos que financian. Prácticamente ha pasado la época en que había presión para colocar fondos en diferente tipos de proyectos. Los fondos también se han diluido al tener que ser extendidos hacia nuevas áreas geográficas y la competencia por los fondos restantes será cada vez más fuerte. Sólo las instituciones que tengan la capacidad de adaptarse a este nuevo mundo del financiamiento podrán sobrevivir.

Indudablemente los nuevos proyectos que tengan bases sólidas para lograr un alto nivel de impacto y sostenibilidad serán los que tengan mayores probabilidades de ser financiados.

Por otra parte, los donantes también tendrán que reconocer que los proyectos con más posibilidades de ser sostenibles son aquellos que se adapten más adecuadamente a la cultura en que se van a implementar y una estrategia adecuada de autogestión. Para lograr este tipo de proyectos, sin embargo, será necesario no sólo que los financiamientos se otorguen a más largo plazo (5-10 años) sino que también permitan amplia flexibilidad para adaptarse a las necesidades e intereses reales de la población.

Recomendaciones:

Es necesario el desarrollo de una estrategia de mayor acercamiento y "educación" a los donantes. Los resultados de evaluaciones post-proyecto realizados en forma periódica representan material apropiado para este fin. El desarrollo de políticas y estrategias de desarrollo que utilizan los proyectos como medios de promover desarrollo y no como fines en si mismos son también un material apropiado. El desarrollo de proyectos pilotos que involucran a la población meta en la planificación local e incluyen sus necesidades y prioridades además de los compromisos contraídos con el donante está siendo probado en algunas misiones como CARE-Ecuador. Los resultados también serán material de interés para los donantes. Finalmente, algunas misiones están considerando el

agrupamiento (simultáneo o secuencial) de proyectos multisectoriales con dos fines: motivar a los donantes a otorgar financiamiento multisectorial de largo plazo y extender su período de permanencia en las mismas comunidades y áreas geográficas para consolidar el proceso de desarrollo.

Una noticia alentadora es que donantes como ODA están dispuestos a considerar financiamiento de proyectos con períodos largos dedicados a fortalecer la organización y participación comunitaria (en vez de esperar productos y coberturas espectaculares en el primer año de un proyecto) siempre y cuando se justifique y se planee en esa forma dentro de las propuestas.

10. TABLAS Y FIGURAS

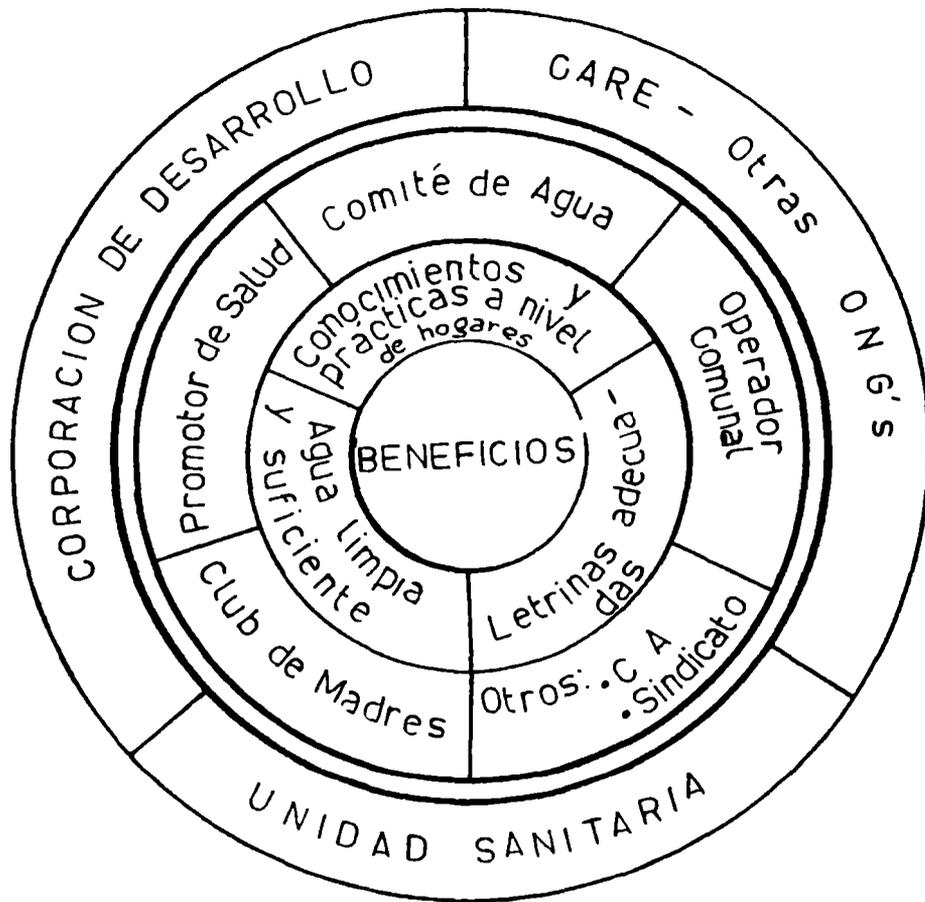
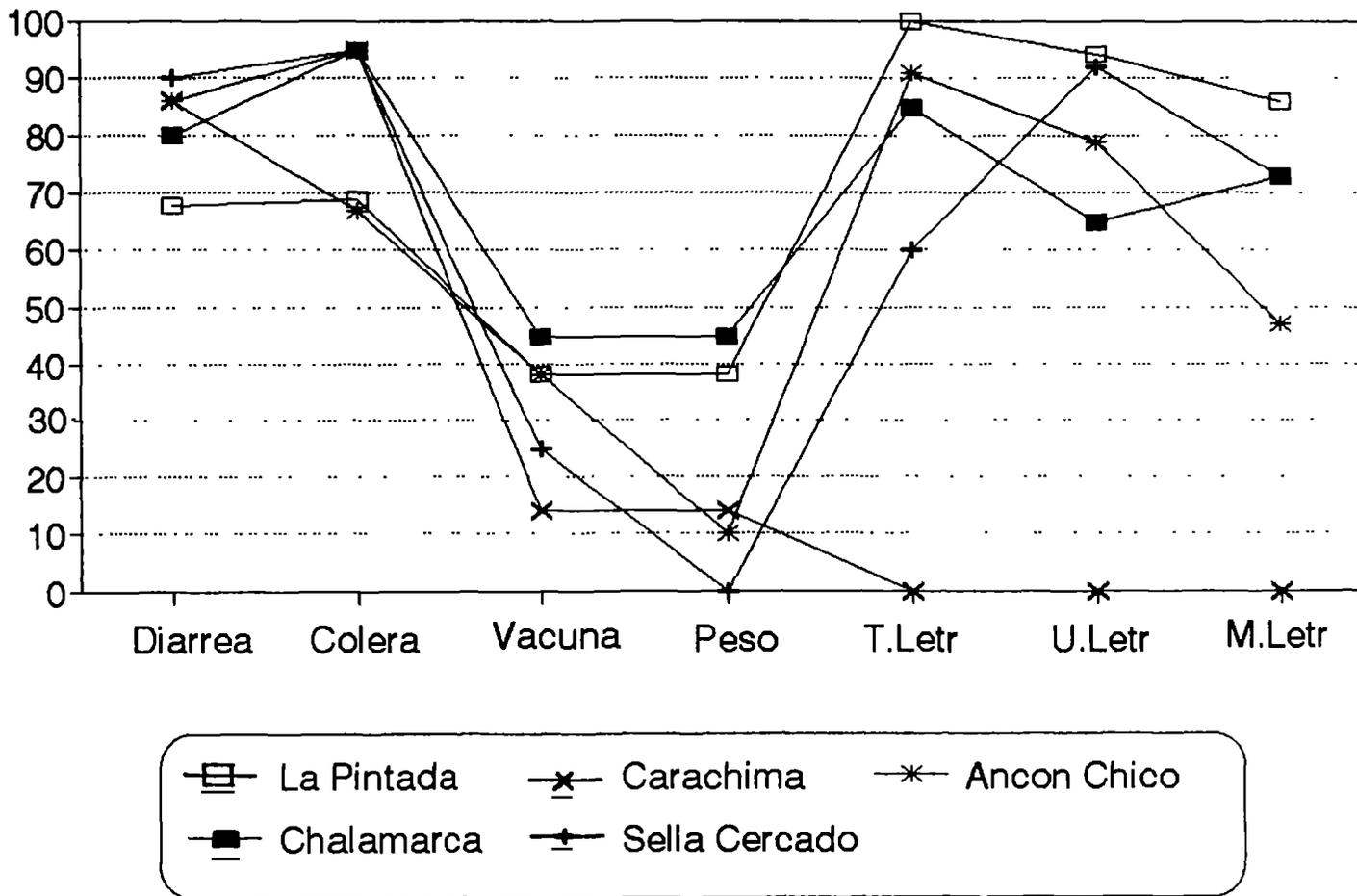


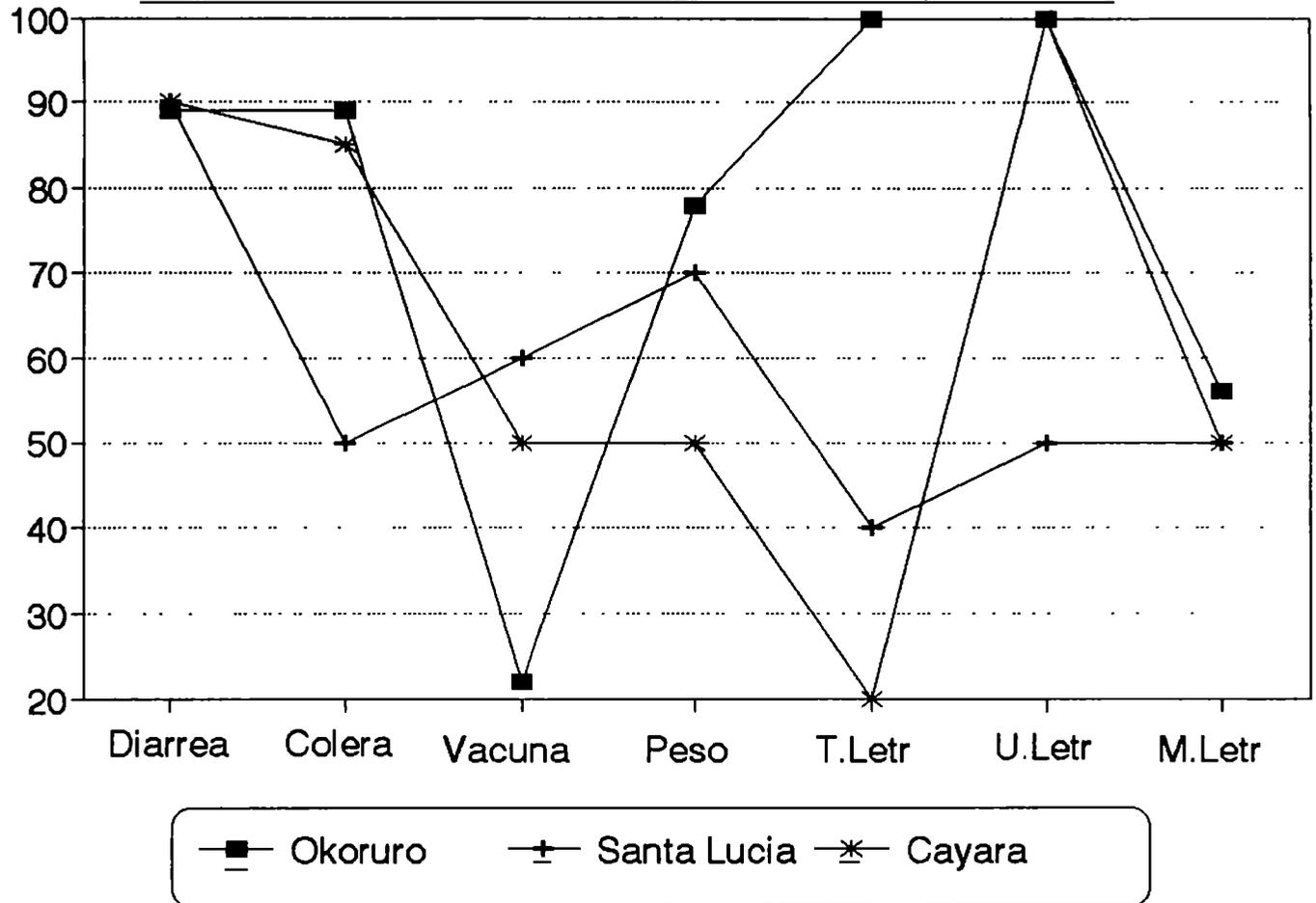
Fig. 1

EL CIRCULO DE LA SOSTENIBILIDAD

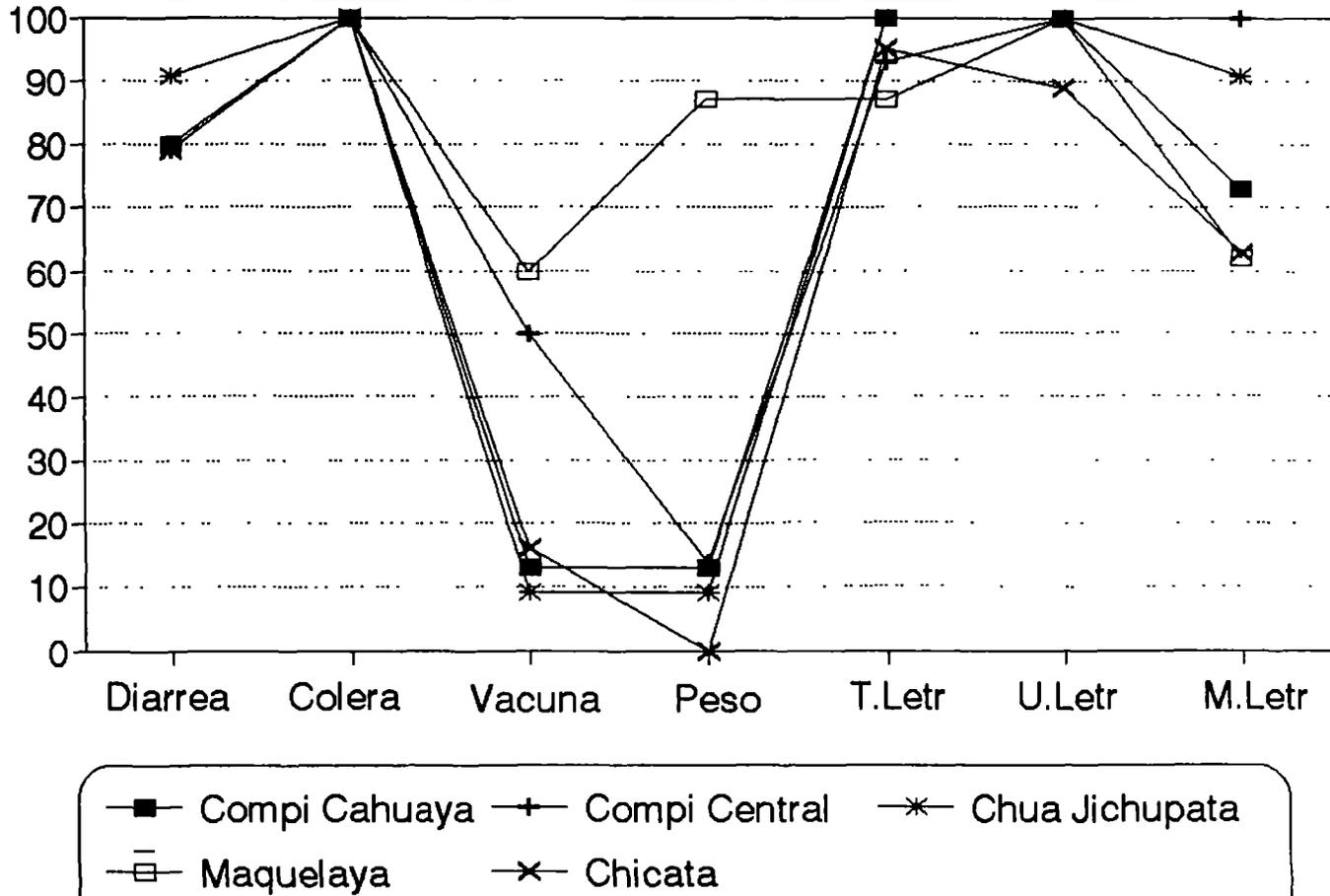
Grafica No. 2 - Dpto.Tarija
Comparacion Indicad.Beneficio/Practic



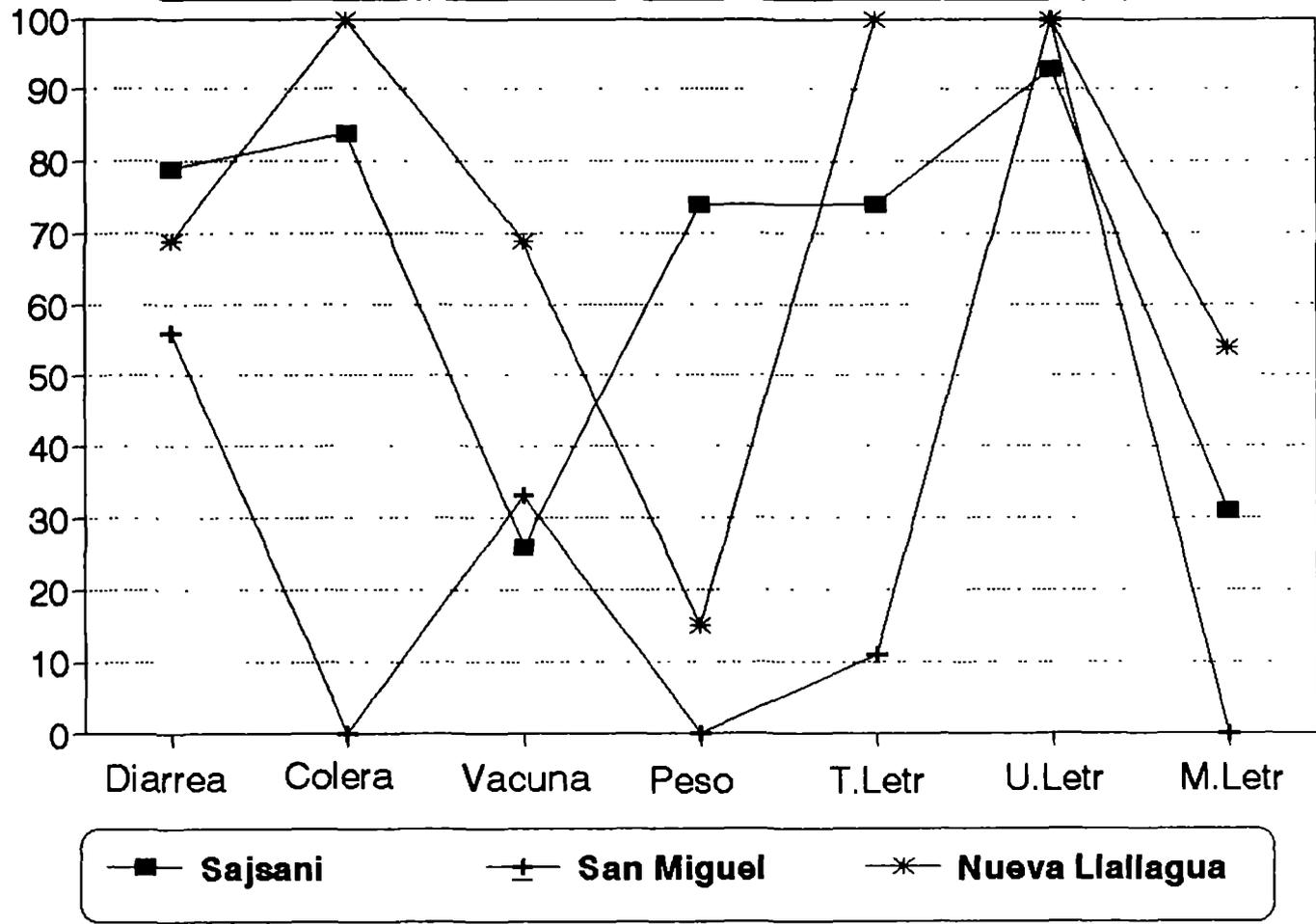
Grafica No. 3 - Potosi
Comparacion Indicad.Beneficio/Practicas



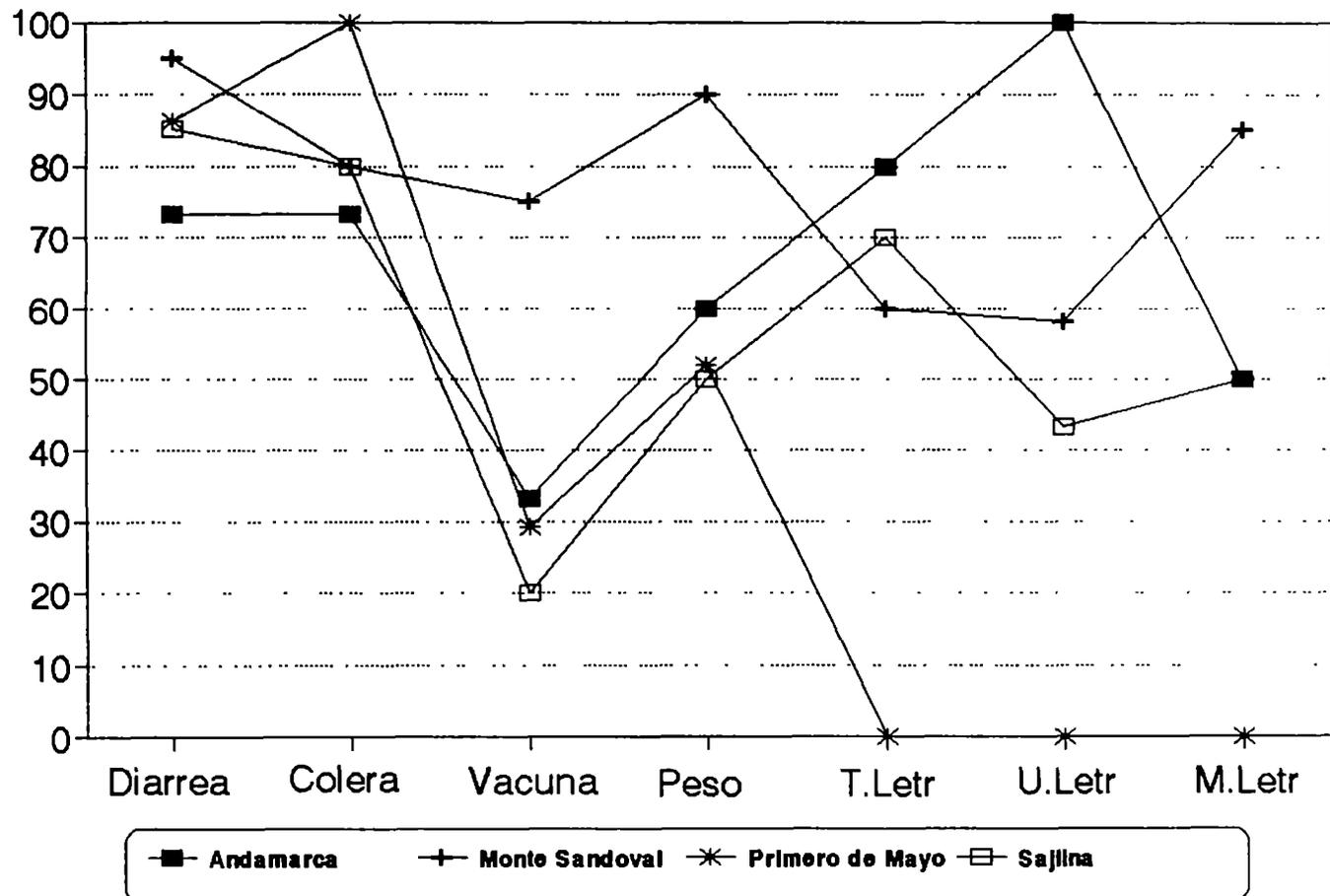
Grafica No. 4 - Dpto.La Paz
Comparacion Indicad.Beneficio/Practic



Grafica No. 5 - Dpto. Oruro
Comparacion Indicad.Beneficio/Practicas

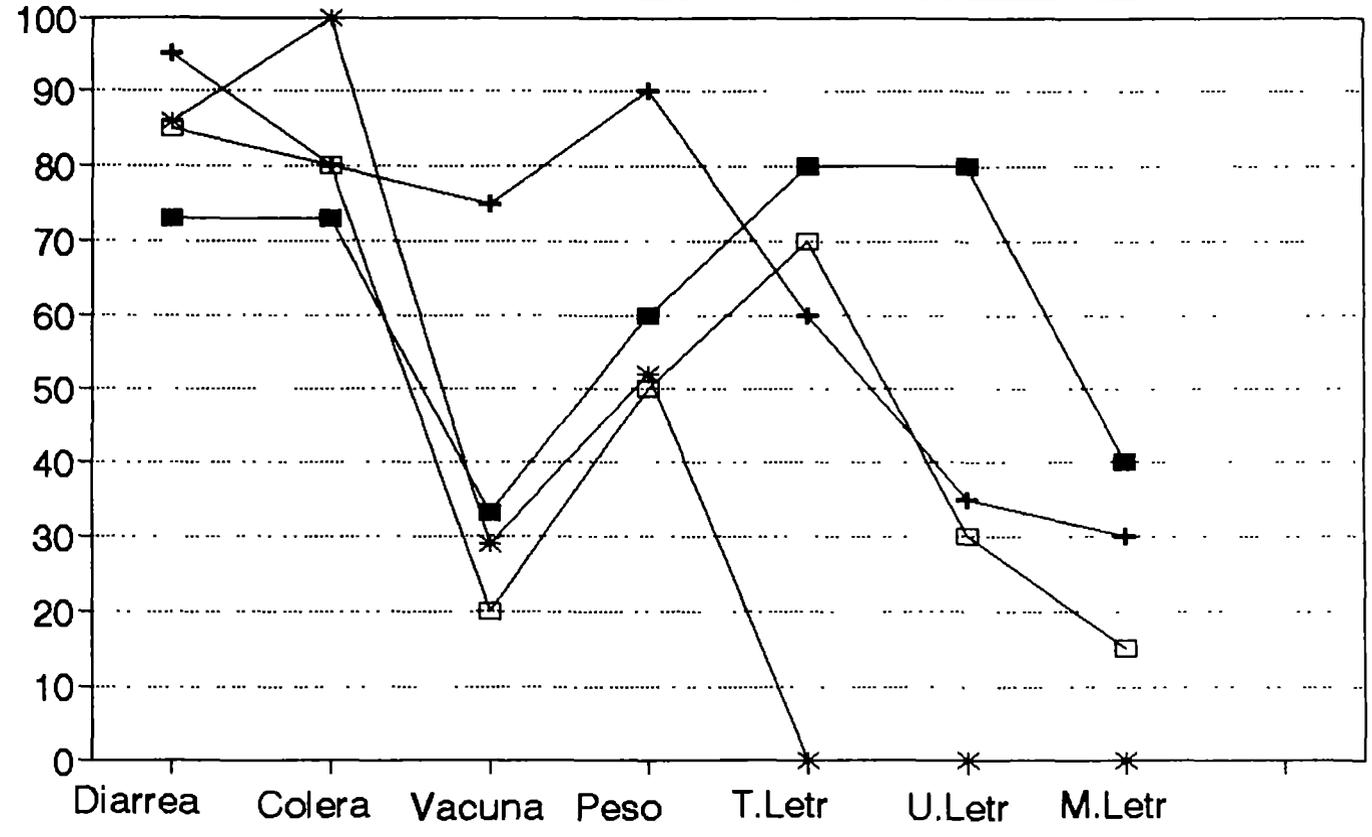


Grafica No. 6 Dpto.Chuquisaca
Comparacion Indicad.Beneficio/Practicas



40

Grafica No. 7 - Dpto.Chuqui.
Comp. Indicad.Beneficio/Practicas (Tot)



■ Andamarca + Monte Sandoval * Monte Sandoval □ Sajllna

TABLA 1

Total de Encuestas Realizadas

I. DEJUNO								
COMUNIDAD	MADRES	OPERADOR	PROMOTOR	CONSEJO DE AUTORIDADES	CLUB DE MADRES	COMITE DE AGUA	UNIDAD SANITARIA	
Lasani 101+	19	1	1	1	0	1	1	0
Nueva Lallagua 102 +	13	1	1	0	0	1	1	0
San Miguel 103 +	9	1	1	1	0	0	1	0
Alota Belen 154*	8	0	0	0	1	1	0	0
II. TARIJA								
COMUNIDAD	MADRES	OPERADOR	PROMOTOR	CONSEJO DE AUTORIDADES	CLUB DE MADRES	COMITE DE AGUA	UNIDAD SANITARIA	
La Portada 201 +	16	1	1	1	0	1	1	0
San Chico 202	21	1	1	1	0	1	1	0
Salamanca 203	20	1	1	1	0	1	1	0
Elia Cercado 204 +	20	1	1	1	1	1	1	0
Marachimayo 205 +	21	1	1	1	0	1	1	1
Alamuchita 256 *	11	0	0	1	0	1	1	0
III. CHUQUISACA								
COMUNIDAD	MADRES	OPERADOR	PROMOTOR	CONSEJO DE AUTORIDADES	CLUB DE MADRES	COMITE DE AGUA	UNIDAD SANITARIA	
Monte Bandoval 301 +	20	1	1	1	0	1	1	0
Elida Mayo 302 +	21	1	1	1	1	1	1	0
Capulina 303 +	20	1	1	1	1	1	1	1
Andamarca 304	15	1	1	1	0	1	1	0
San Juan del Oro 355 *	11	1	1	1	0	1	1	0
IV. POTOSI								
COMUNIDAD	MADRES	OPERADOR	PROMOTOR	CONSEJO DE AUTORIDADES	CLUB DE MADRES	COMITE DE AGUA	UNIDAD SANITARIA	
Santa Lucia 401 +	10	1	1	1	0	1	1	0
Mayara 402 +	20	1	1	0	0	1	1	0
Coruro 403 +	9	0	0	1	1	1	1	0
Tres Cruces 454 *	20	0	0	0	1	1	0	0
V. LA PAZ								
COMUNIDAD	MADRES	OPERADOR	PROMOTOR	CONSEJO DE AUTORIDADES	CLUB DE MADRES	COMITE DE AGUA	UNIDAD SANITARIA	
Impi Cahuaya 501 +	15	1	1	1	0	0	1	0
Impi Central 502 +	14	1	1	1	0	0	1	0
Yua Jichupata 503	11	1	1	1	0	1	1	0
Quelaya 504 +	15	1	1	1	0	1	1	0
Ucata 505	19	1	1	1	0	0	1	0
Impi Calamaya 556 *	12	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL	390	20	20	20	7	20	22	2

Comunidades "Control"
Revisitadas en la Fase Cualitativa

TABLA 2

Indicadores de Beneficio: Diarrea, Colera, Vacunas, Peso.

COMUNIDAD	CASOS				PESO
	DEPTO	DIARREA	COLERA	VACUNA	
Monte Sandoval	Chuqui	95	80	75	90
Chua Jichupata	La Paz	91	100	9	9
Sella Cercado	Tarija	90	95	25	0
Cayara	Potosí	90	85	50	50
Santa Lucía	Potosí	90	50	60	70
Okoruro	Potosi	89	89	22	78
Primero de Mayo	Chuqui	86	100	29	52
Carachimayo	Tarija	86	95	14	14
Ancón Chico	Tarija	86	67	38	10
Sajlina	Chuqui	85	80	20	50
Maquelaya	La Paz	80	100	60	87
Chalamarca	Tarija	80	95	45	45
Compi Cahuaya	La Paz	80	100	13	13
Sajsani	Oruro	79	84	26	74
Chicata	La Paz	79	100	16	0
Compi Central	La Paz	79	100	50	14
Andamarca	Chuqui	73	73	33	60
Nueva Llallagua	Oruro	69	100	69	15
La Pintada	Tarija	68	69	38	38
San Miguel	Oruro	56	0	33	0
TOTALES		82	85	40	38

Diarrea: % de niños < 5 años sin diarrea en últimos 15 días

Colera: % de madres que no conocen de ningún caso en la comunidad

Vacunas: % de niños < 5 años con esquema completo

Peso: % de niños < 5 años con control en últimos tres meses

TABLA 2A					
Indicadores de Beneficio: Diarrea, Colera, Vacunas, Peso.					
CONTROLES					
COMUNIDAD	DPTO.	DIARREA	COLERA	VACUNA	PESO
San Juan del Oro	Chuqui	100	64	46	46
Compi Calamaya	La Paz	100	100	25	0
Calamuchita	Tarija	100	73	27	64
Tres Cruces	Potosi	85	95	40	40
Sillota Belen	Oruro	75	100	13	0
TOTALES		92	87	32	31

Diarrea: % de niños < 5 años sin diarrea en últimos 15 días

Colera: % de madres que no conocen de ningún caso en la comunidad

Vacunas: % de niños < 5 años con esquema completo

Peso: % de niños < 5 años con control en últimos tres meses

TABLA 3

Indicadores de: Conocimientos, habilidades, practicas y recursos.

C A S O S

COMUNIDAD	DEPTO	CUESTION	CARNET	D. AGUA	L. MANOS PREVEN.	SUERO C.	M. COLERA	
Monte Sandoval	Chuqui	62	100	35	65	50	60	40
Carachimayo	Tarija	63	91	86	76	62	62	81
La Pintada	Tarija	63	100	50	75	94	69	69
Compi Central	La Paz	63	38	93	64	29	43	29
Primero de Mayo	Chuqui	64	52	71	76	67	86	76
Chalamarca	Tarija	64	90	55	55	55	55	50
Santa Lucía	Potosí	66	90	100	80	40	50	50
Maquelaya	La Paz	67	87	93	60	53	67	27
Ancón Chico	Tarija	67	81	86	76	67	38	43
Cayara	Potosí	67	80	90	65	20	45	15
Sajsani	Oruro	68	79	47	63	53	74	53
Chua Jichupata	La Paz	69	55	100	55	55	100	18
Okoruro	Potosi	69	56	100	67	11	56	0
Andamarca	Chuqui	70	100	73	47	33	33	27
Chicata	La Paz	70	32	68	53	37	42	11
Sella Cercado	Tarija	70	80	45	80	25	35	5
Nueva Llallagua	Oruro	70	85	23	77	62	69	54
Sajlina	Chuqui	71	55	65	60	10	35	5
San Miguel	Oruro	72	44	89	67	11	22	22
Compi Cahuaya	La Paz	73	27	93	60	47	47	20
TOTALES		67	72	71	66	45	54	36

Cuestion: Punteo promedio del cuestionario de madres por comunidad

Carnet: % de familias cuyos niños < 5 años tienen carnet

D. Agua: % de madres que reportan tener siempre suficiente agua

L. Manos: % de hogares en que hay un lugar con agua y jabón para lavarse

Preven.: % de madres que describen correctamente medidas para prevenir la diarrea

Suero C.: % de madres que describen la preparación correcta del suero casero

M. Colera: % de madres que explican el manejo adecuado de un caso de colera

TABLA 3A

Indicadores de: Conocimientos, habilidades, practicas y recursos

CONTROLES

COMUNIDAD	DEPTO	CUESTION	CARNET	D. AGUA	L. MANOS	PREVEN.	S. CASERO	M. COLERA
Sillota Belen	Oruro	70	38	0	0	0	13	13
Tres Cruces	Potosi	69	35	50	5	15	30	15
Calamuchita	Tarija	69	73	0	55	27	9	9
Compi Calamaya	La Paz	66	33	0	0	8	41	0
San Juan del Oro	Chuqui	64	100	82	55	36	55	36
TOTALES		68	53	33	21	18	31	15

Cuestion: Punteo promedio del cuestionario de madres por comunidad

Carnet: % de familias cuyos niños < 5 años tienen carnet

D. Agua: % de madres que reportan tener siempre suficiente agua

L. Manos: % de hogares en que hay un lugar con agua y jabon para lavarse

Preven.: % de madres que describen correctamente medidas para prevenir la diarrea

Suero C.: % de madres que describen la preparacion correcta del suero casero

M. Colera: % de madres que explican el manejo adecuado de un caso de colera

TABLA 3,1

Indicadores de: Conocimientos, habilidades, practicas y recursos.

COMUNIDAD	DEPTO	C A S O S			SAL Y	HUERTOS	C. PREN.	C. de M
		T. LETR.	U. LETR.	M. LETR.				
Nueva Llallagua	Oruro	100	100	54	77	0	69	62
Okoruro	Potosi	100	100	56	44	78	44	33
Chua Jichupata	La Paz	100	100	91	46	73	18	0
Compi Cahuaya	La Paz	100	100	73	53	87	7	0
La Pintada	Tarija	100	94	86	75	44	81	56
Chicata	La Paz	95	89	63	47	47	5	0
Compi Central	La Paz	93	100	100	64	79	36	0
Ancón Chico	Tarija	91	79	47	86	10	71	71
Maquelaya	La Paz	87	100	62	67	47	7	47
Chalamarca	Tarija	85	65	73	30	50	55	80
Andamarca	Chuqui	80	100	50	47	67	53	47
Sajsani	Oruro	74	93	31	79	16	58	10
Sajlina	Chuqui	70	43	50	40	15	60	20
Sella Cercado	Tarija	60	92	73	55	25	70	35
Monte Sandoval	Chuqui	60	58	85	60	20	65	75
Santa Lucía	Potosí	40	50	50	70	30	30	40
Cayara	Potosí	20	100	50	50	50	80	30
San Miguel	Oruro	11	100	0	11	33	67	56
Carachimayo	Tarija	0	0	0	91	57	52	62
Primero de Mayo	Chuqui	0	0	0	86	48	48	62
TOTALES		66	87	65	61	42	51	41

T. Letr.: % de las familias que tienen letrinas

U. Letr.: % de familias que tienen letrina y la usan

M. Letr.: % de familias que usan letrina y la mantienen limpia

Sal Y.: % de familias donde se comprobo presencia de sal yodada

Huertos: % de familias que tienen o han tenido huerto en ultimos 6 meses

C. Prenat.: % de madres que tuvieron control prenatal en ultimo embarazo

C. de M.: % de madres que dicen pertener a un club/centro de madres

TABLA 3.1-A

Indicadores de: Conocimientos, habilidades, practicas y recursos

CONTROLES

COMUNIDAD	DEPTO	T. LETR.	U. LETR.	M. LETR.	SAL Y.	HUERTO	C. PREN.	C. de M
Calamuchita	Tarija	36	100	100	82	27	46	46
Compi Calamaya	La Paz	0	0	0	42	83	17	0
San Juan del Oro	Chuqui	46	100	60	36	46	46	46
Sillota Belen	Oruro	0	0	0	88	0	0	88
Tres Cruces	Potosi	0	0	0	40	15	45	70
TOTALES		15	100	63	53	34	34	50

T. Letr.: % de las familias que tienen letrinas

U. Letr.: % de familias que tienen letrina y la usan

M. Letr.: % de familias que usan letrina y la mantienen limpia

Sal Y.: % de familias donde se comprobo presencia de sal yodada

Huertos: % de familias que tienen o han tenido huerto en ultimos 6 meses

C. Pren.: % de madres que tuvieron control prenatal en ultimo embarazo

C. de M.: % de madres que dicen pertenecer a un club/centro de madres

TABLA 4
Clasificación de Comites de Agua por Punteo y Rango Casos

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Compi Central	La Paz	30.0	1
Carachimayo	Tarija	33.0	2
Primero de Mayo	Chuquisasa	34.0	3
Ancon Chico	Tarija	35.0	4
Compi Cahuaya	La Paz	35.0	4
Cayara	Potosi	36.0	5
Sajlina	Chuquisaca	36.0	5
Chua Jichupata	La Paz	37.0	6
La Pintada	Tarija	37.0	6
Chalamarca	Tarija	38.0	7
Andamarca	Chuquisaca	41.0	8
Chicata	La Paz	41.0	8
Sajsani	Oruro	43.0	9
San Miguel	Oruro	44.0	10
Sella Cercado	Tarija	44.0	10
Maquelaya	La Paz	45.0	11
Santa Lucía	Potosí	47.0	12
Okoruro	Potosi	48.0	13
Nueva Llallagua	Oruro	49.0	14
Monte Sandoval	Chuquisaca	51.0	15

TABLA 4A
Clasificación de Comités de Agua por Punteo y Rango Controles

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
San Juan del Oro	Chuquisaca	45.0	1
Calamuchita	Tarija	47.0	2

TABLA 5
Clasificación de Operadores por Punteo y Rango
(Casos)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Sajlina	Chuquisaca	24.0	1
Cayara	Potosí	29.0	2
Primero de Mayo	Chuquisaca	31.0	3
Sajsani	Oruro	31.0	3
Chua Jichupata	La Paz	34.0	4
Sella Cercado	Tarija	34.0	4
Nueva Llallagua	Oruro	35.0	5
Chicata	La Paz	36.0	6
Compi Central	La Paz	36.0	6
Ancon Chico	Tarija	37.0	7
La Pintada	Tarija	37.0	7
Carahimayo	Tarija	39.0	8
San Miguel	Oruro	39.0	8
Andamarca	Chuquisaca	40.0	9
Monte Sandoval	Chuquisaca	40.0	9
Santa Lucía	Potosi	41.0	10
Chalamarca	Tarija	42.0	11
Compi Cahuaya	La Paz	42.0	11
Maquelaya	La Paz	47.0	12
Okoruro	Potosí	--.-	--

TABLA 5A
Clasificación de Operadores por Punteo y Rango
(Controles)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
San Juan del Oro	Chuquisaca	36.0	1

TABLA 6
Clasificación de Clubes de Madres por Punteo y Rango
(Casos)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Primero de Mayo	Chuquisaca	18.0	1
Sella Cercado	Tarija	22.0	2
Andamarca	Chuquisaca	25.0	3
Carachimayo	Tarija	25.0	3
Cayara	Potosí	25.0	3
Monte Sandoval	Chuquisaca	25.0	3
Sajlina	Chuquisaca	26.0	4
Santa Lucía	Potosí	26.0	4
Ancón Chico	Tarija	27.0	5
La Pintada	Tarija	29.0	6
Nueva Llallagua	Oruro	29.0	6
Sajsani	Oruro	29.0	6
Chalamarca	Tarija	31.0	7
Maquelaya	La Paz	32.0	8
Chua Jichupata	La Paz	33.0	9
Okoruro	Potosí	34.0	10
San Miguel	Oruro	---.	--
Compi Cahuaya	La Paz	---.	--
Compi Central	La Paz	---.	--
Chicata	La Paz	---.	--

TABLA 6A
Clasificación de Club de Madres por Punteo y Rango
Controles

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
San Juan del Oro	Chuquisaca	22.0	1
Tres Cruces	Potosí	24.0	2
Calamuchita	Tarija	25.0	3
Sillota Belén	Oruro	31.0	4

TABLA 7
Clasificación de Promotores por Punteo y Rango
(Casos)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Chicata	La Paz	36.0	1
Primero de Mayo	Chuquisaca	38.0	2
Chua Jichupata	La Paz	39.0	3
La Pintada	Tarija	40.0	4
Compi Central	La Paz	42.0	5
Santa Lucía	Potosí	47.0	6
Monte Sandoval	Chuquisaca	48.0	7
Sajsani	Oruro	48.0	7
San Miguel	Oruro	48.0	7
Maquelaya	La Paz	49.0	8
Compi Cahuaya	La Paz	50.0	9
Sella Cercado	Tarija	50.0	9
Chalamarca	Tarija	52.0	10
Carachimayo	Tarija	54.0	11
Ancón Chico	Tarija	55.0	12
Sajlina	Chuquisaca	57.0	13
Andamarca	Chuquisaca	59.0	14
Okoruro	Potosí	60.0	15
Nueva Llallagua	Oruro	--.-	--
Cayara	Potosí	--.-	--

TABLA 7A
Clasificación de Promotores por Punteo y Rango
Controles

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
San Juan del Oro	Chuquisaca	47.0	1
Calamuchita	Tarija	53.0	2

TABLA 8
Consejos de Autoridades por Punteo y Rango
(Casos)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Sajlina	Chuquisaca	28.0	1
Primero de Mayo	Chuquisaca	30.0	2
Sella Cercado	Tarija	31.0	3
Okoruro	Potosí	42.0	4

TABLA 8A
Consejo de Autoridades por Punteo y Rango
(Controles)

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Tres Cruces	Potosi	32.0	1
Compi Calamaya	La Paz	38.8	2
Sillota Belén	Oruro	39.0	3

TABLA 9
Postas Sanitarias por Punteo y Rango

Comunidad	Departamento	Punteo	Rango
Carachimayo	Tarija	38.0	1
Sajlina	Chuquisaca	44.0	2

11. BIBLIOGRAFIA

1. Child Survival and Rural Sanitation PN17. Roesel, Chris. Narrative Report. Second Trimester FY1990. CARE International Bolivia.
2. Estrategias para la permanencia del voluntario y del proyecto en la comunidad. CIEC. Junio de 1988.
3. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Instituto Nacional de Estadística. Institute for Resource Development. La Paz. 1989.
4. Formularios de monitoreo, seguimiento y evaluación. Instructivo para aplicación.
5. Guía metodológica para la fase educativa del proyecto de Lucha Contra Enfermedades Diarreicas y Cólera. CARE-Ecuador. 1993.
6. Guía de implementación sobre la capacitación y formación de líderes comunitarios.
7. Informe de Misión de Evaluación Externa del proyecto de fortalecimiento de la atención primaria en el Distrito III de la ciudad de El Alto, Bolivia.
8. Integrated Health CARE Project in District III, El Alto, Bolivia. February 1990.
9. La salud obra de todos. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. LOGROS 1990-1991. República de Bolivia.
10. Maternidad tradicional. Conocimientos y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo. Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud, CIAES. UNICEF. Julio de 1991. Cochabamba-Bolivia.
11. Plan Nacional de Supervivencia - Desarrollo Infantil y Salud Materna. Normas Nacionales para Atención Integral al Niño, al Escolar, al Adolescente y a la Mujer. Junio 1992.
12. Perfil Ambiental de Bolivia. Agencia para el Desarrollo Internacional. Julio 1986.
13. Propuesta de Procosi: Post Evaluación de PN-17 para evaluar la sustentabilidad de servicios de salud al nivel comunitario. CARE - Bolivia, Junio 1992.
14. Taller de Orientación. Proyecto -PN-20. Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios CIEC. Mayo, 1991.
15. Propuesta para un proyecto de fortalecimiento de la Atención Primaria en el Distrito Tres de la Ciudad de El Alto, Bolivia.

16. **Taller sobre revisión del Proyecto: Supervivencia Infantil, Saneamiento Rural. WASH. Diciembre, 1987.**
17. **Seminario-Taller de Capacitación y Entrenamiento en Técnicas de Educación para la Salud, Organización, Participación comunitaria y Letrinización para la Prevención de las Enfermedades Diarreicas.**
18. **Seminario-Taller de formación de líderes comunitarios en educación para la salud y letrinización para la prevención de las enfermedades diarreicas y el cólera.**
19. **Sustentabilidad y Desarrollo Local: Análisis de los factores asociados a la permanencia del cambio social en comunidades rurales de Bolivia. CIEC. 1990.**

