



Grupos de Cuidado: Manual de Entrenamiento para Diseño e Implementación de Programas Fue Desarrollado

Septiembre 2014



Grupos de Cuidado: Manual de entrenamiento para diseño e implementación de programas fue desarrollado por *Food for the Hungry* (FH) y adaptado por miembros de *Food Security and Nutrition (FSN) Network Care Groups Forward Interest Group and Social and Behavioral Change Task Force* y por *World Relief* (WR).

El programa de Soporte Técnico y de Desarrollo Operacional (TOPS - *Technical and Operational Performance Support*) es una realidad gracias al generoso soporte y contribución financiera del pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este manual pertenece a los autores y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del gobierno de Estados Unidos.

Citas recomendadas

Food Security and Nutrition Network Social and Behavioral Change Task Force. 2014. Grupos de Cuidado: Manual de capacitación para diseño e implementación de programas. Washington, DC: Technical and Operational Performance Support Program.

Acerca de TOPS y FSN Network

El programa TOPS, fundado por la oficina de *Food for Peace* (FFP) de USAID, fortalece las competencias de los implementadores de las subvenciones de FFP para que desarrollen programas de ayuda alimentaria con calidad y efectividad, promocionando la cooperación, innovación y gestión de conocimiento acerca de la mejora en seguridad alimentaria y prácticas nutricionales. TOPS apoya las actividades que realiza la red de seguridad alimentaria y nutricional FSN.

La red FSN es una comunidad de práctica que los implementadores de seguridad alimentaria y nutricional pueden buscar para compartir conocimiento, organizar sus agendas, entender e influenciar las prioridades del donante, promover consensos en prácticas programáticas y difundir conocimiento técnico globalmente.

Contacto

Technical and Operational Performance Support Program
2000 L Street, NW
Washington, DC 20036
Dirección de correo electrónico: the.tops.program@gmail.com
URL: www.fsnnetwork.org

ÍNDICE

ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS	I
PREFACIO	II
Objetivos del manual de entrenamiento de Grupos de Cuidado	ii
Planificar un entrenamiento para Grupos de Cuidado	ii
Reconocimientos	ii
INICIO	1
Adaptar este entrenamiento a un esquema más amplio	1
Identificar un equipo de planificación	1
Seleccionar a los facilitadores	1
Seleccionar a los participantes.....	1
Seleccionar las instalaciones.....	2
Recomendación para arreglar las sillas.....	2
Conducir la evaluación de necesidades de aprendizaje y recursos (ENAR)	2
Ejemplo de agenda para el taller de Grupos de Cuidado.....	4
LECCIÓN 1: SESIÓN INICIAL	5
Pasos	5
Lección 1, Hoja de trabajo 1: Objetivos del taller de aproximación al Grupo de Cuidado.	8
LECCIÓN 2: INTRODUCCIÓN A GRUPOS DE CUIDADO	9
Notas para el facilitador.....	9
Pasos	9
Lección 2, Hoja de trabajo 1 y Rotafolio 1: Términos clave para los Grupos de Cuidado	16
Lección 2, Hoja de trabajo 2: Diagramas del Grupo de Cuidado	17
Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos para Grupos de Cuidado	18
Clave de respuestas para la Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos para Grupos de Cuidado	19
Lección 2 Hoja de trabajo 3: Resultados de la investigación operacional de Grupos de Cuidados	20
Lección 2, Hoja de trabajo 4: Efectividad del Grupo de Cuidado.....	21
Lección 2, Hoja de trabajo 5: Causas de muerte en niños menores de 5 años de edad	25
LECCION 3: CRITERIOS PARA LOS GRUPOS DE CUIDADO	26
Pasos	26
Lección 3, Hoja de trabajo 1: Hoja de trabajo acerca de los Grupos de Cuidado	28
Lección 3, Hoja de trabajo 2: Establecer los criterios para los Grupos de Cuidado	30
LECCIÓN 4: USAR INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA FORTALECER LOS GRUPOS DE CUIDADO	44
Pasos	44
Lección 4, Hoja de trabajo 1: Descripción del Análisis de Barreras	47
Lección 4, Hoja de trabajo 2: Los doce determinantes del Cambio de Comportamiento	50

Lección 4, Hoja de trabajo 3: Ejemplo de declaraciones de Comportamiento y Determinantes	52
LECCIÓN 5: ORGANIZAR LAS COMUNIDADES EN GRUPOS DE CUIDADO Y SISTEMA NUMÉRICO	54
Pasos.....	54
Lección 5, Hoja de trabajo 1: Tres enfoques para formar los Grupos de Cuidado	61
Lección 5, Hoja de trabajo 2: Preguntas claves para formar los Grupos de Cuidado	63
Lección 5, Hoja de trabajo 3: Mapa comunitario.....	64
Lección 5, Rotafolio 1: Sistema numérico del Grupo de Cuidado.....	65
Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica para el Sistema numérico.....	66
Clave de respuestas de la Lección 5, Rotafolio 2: Práctica de códigos del sistema numérico	67
Lección 5, Hoja de trabajo 4: Números para el juego numérico.....	68
Lección 5, Hoja de trabajo 5: Entendiendo el Sistema numérico	69
LECCIÓN 6: ROLES, RESPONSABILIDADES Y DESCRIPCIONES DE PUESTOS DEL GRUPO DE CUIDADO	70
Notas para el facilitador.....	70
Pasos	71
Lección 6, Hoja de trabajo 1: El juego “¿Quién es el responsable?	73
Clave de respuestas de la Lección 6, Hoja de trabajo 1: El juego “¿Quién es el responsable?.....	75
Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales del equipo del Grupo de Cuidado	77
Lección 6, Rotafolio 1: Importancia de las Cualidades y guía de selección de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado	79
Lección 6, Hoja de trabajo 3: Ejemplos de Cualidades de Voluntarias de Grupos de Cuidado y Guía de Selección	80
LECCIÓN 7: MOTIVACIÓN E INCENTIVOS PARA VOLUNTARIAS	81
Pasos	81
Lección 7, Hoja de trabajo 1: Razones programáticas para mantener motivadas a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado	85
Lección 7, Hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1: Tres motivadores para las voluntarias	86
Lección 7, Hoja de trabajo 3: Ideas para ayudar a las voluntarias a sentirse conectadas, valoradas y eficaces.	87
LECCIÓN 8: CAMBIO DE COMPORTAMIENTO Y GRUPOS DE CUIDADO: QUÉ SUCEDE EN UNA REUNIÓN DE GRUPOS DE CUIDADO, REUNIÓN DEL GRUPO DE VECINAS Y VISITAS DOMICILIARES	89
Pasos	89
Lección 8, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de esquemas de módulos y lecciones	98
Lección 8, Hoja de trabajo 2: Pasos para las lecciones de Grupo de Cuidado y Grupo de Vecinas	99
Lección 8, Hoja de trabajo 3: Señales para la enseñanza	100
Lección 8, Hoja de trabajo 4: Estructura de las reuniones bimensuales.....	101
Lección 8, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de agenda de las reuniones bimensuales	103
LECCION 9: VISITAS DOMICILIARES: AUDIENCIA, HORARIOS Y CONTENIDOS	104
Notas para el facilitador:.....	104

Pasos	104
Lección 9, Hoja de trabajo 1: El propósito de una visita domiciliar	108
Lección 9, Hoja de trabajo 2: Juego de roles: Pasos para la visita domiciliar usando el proceso para el cambio de comportamiento negociado.....	109
Lección 9, Hoja de trabajo 3: Pasos para conducir una visita domiciliar	113
Lección 9, Hoja de trabajo 4: Escenarios para el juego de roles de la visita domiciliar	114
LECCIÓN 10: HORARIO DE LA REUNIÓN	115
Notas para el facilitador.....	115
Pasos	115
Lección 10, Rotafolio 1: Tabla de la reunión del Cambio de Comportamiento (Sesión educativa)	118
Lección 10, Hoja de trabajo 1: Responsabilidades del facilitador de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa)	119
Lección 11, Rotafolio 2: Tabla de la reunión del Cambio de Comportamiento (Sesión educativa) – Juego de rompecabezas	121
LECCION 11: SUPERVISION CON APOYO: LISTA DE COTEJO Y PLANES DE TRABAJO SUPERVISADOS	122
Pasos	122
Lección 11, Rotafolio 1: Definición de Supervisión con apoyo	131
Lección 11, Hoja de trabajo 1: Lista de cotejo del Supervisor para evaluar a un Promotor'	132
Lección 11, Hoja de trabajo 2: Lista de cotejo del Coordinador para evaluar a un Supervisor	137
Lección 11, Hoja de trabajo 3: Lista de cotejo para supervisor a un Coordinador	141
Lección 11, Hoja de trabajo 4: Categorías en la lista de cotejo del Supervisor para evaluar a Promotores	144
Lección 11, Hoja de trabajo 5: Tabla de supervisión con soporte.	145
Lección 11, Hoja de trabajo 6: Actividades a planificar	147
Lección 11, Hoja de trabajo 7: Ejemplo de planes de trabajo.....	148
LECCIÓN 12: LISTA DE VERIFICACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD Y RETROALIMENTACIÓN.....	150
Notas para el facilitador.....	150
Pasos	151
Lección 12, Hoja de Trabajo 1: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para facilitar una reunión.....	156
Lección 12, Hoja de trabajo 2: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para evaluar retroalimentación positiva.....	158
Lección 12, Hoja de trabajo 3: Juego de roles parte 1: Reunión/Sesión educativa	160
Lección 12, Hoja de trabajo 4: Juego de roles parte 2: Retroalimentación	161
Lección 12, Rotafolio 1: Cómo calificar una lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)	162
Lección 12, Hoja de trabajo 5: Pasos para dar retroalimentación	163
LECCIÓN 13: CALCULAR LAS PUNTUACIONES Y USAR LOS DATOS DE LAS LISTAS DE VERIFICACION DE MEJORA DE LA CALIDAD (LVMC).....	164
Pasos	164
Lección 13, Rotafolio 1: Metas del desempeño programático y personal.....	170

Lección 13, Rotafoio 2: Cálculos de puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).....	171
Lección 13, Hoja de trabajo 1: Analizar las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la Calidad (LVMC).....	172
Clave de respuestas para la Lección 13, Hoja de trabajo 1: Analizar las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la Calidad (LVMC).....	173
Lección 13, Rotafoio 3: Gráfica de las Voluntarias del Grupo de Cuidado de Sara.....	174
Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).....	175
Clave de respuestas para la Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad.....	177
Lección 13, Hoja de trabajo 3: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) –puntuación de seis Promotores.....	180
LECCIÓN 14: SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL GRUPO DE CUIDADO:	
INTRODUCCIÓN DE REGISTROS.....	181
Notas del facilitador.....	181
Pasos.....	181
Lección 14: Fuentes del Sistema de Manejo de Información del Grupo de Cuidado.....	186
Lección 14, Rotafoio 1 y Hoja de trabajo 2: Flujo de información para el Manejo de sistemas de información del Grupo de Cuidado.....	187
Lección 14, Hoja de trabajo 3: Registro del Grupo de Cuidado.....	188
Lección 14: Ejemplo de registro completo del Grupo de Cuidado.....	189
Lección 14, Hoja de trabajo 5: Registro en blanco de los Grupos de Vecinas.....	190
Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario de registro.....	191
Clave de respuesta para la Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario de registro.....	192
LECCIÓN 15: MONITOREO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL GRUPO DE CUIDADO: REPORTE DEL PROMOTOR, SUPERVISOR Y COORDINADOR.....	193
Notas del facilitador.....	193
Pasos.....	193
Lección 15, Hoja de trabajo 1: Reporte de Promotor en blanco.....	200
Lección 15, Hoja de trabajo 2: Reporte en blanco del Supervisor.....	202
Lección 15, Hoja de trabajo 3: Reporte de Coordinador en blanco.....	204
Lección 15, Hoja de trabajo 4: Ejemplo de reporte completo del Promotor.....	206
Lección 15, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de un reporte completo del Supervisor.....	211
Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.....	217
Clave de respuestas a la Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.....	218
LECCIÓN 16: PLANIFICAR PARA LA SOSTENIBILIDAD.....	219
Notas para el facilitador.....	219
Pasos.....	219
Lección 16, Rotafoio 1: Definición de Sostenibilidad.....	222
Lección 16, Rotafoio 1: Categorías para la sostenibilidad.....	223

Lección 16, Rotafolio 3: Aspectos del Grupo de Cuidado que pueden ser sostenibles.	224
Lección 16, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de mejora de sostenibilidad del Grupo de Cuidado	225
Notas para el facilitador.....	227
Pasos	227
Lección 17, Hoja de trabajo 1: Tabla de planificación para el Grupo de Cuidado en blanco	229
Lección 17, Hoja de trabajo 2: Ejemplo de la tabla para planificar el Grupo de Cuidado completa	232
LECCIÓN 18: INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE DEL GRUPO DE CUIDADO A OTROS	235
Pasos	235
Lección 18, Hoja de trabajo 1: Ejemplo de puntos clave para el discurso sobre el enfoque de Grupos de Cuidado	238
Lección 18, Hoja de trabajo 2: Dar el discurso de introducción del enfoque GC.....	239
LECCIÓN 19: FINAL DEL ENTRENAMIENTO	240
Pasos	240
ANEXO 1: EVALUACIÓN PARA ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER.....	242
Respuestas a la evaluación para antes y después del taller	244
ANEXO 2: RECURSOS DE APRENDIZAJE Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES	245
ANEXO 3: FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DEL TALLER	246
Formulario de retroalimentación diaria. Día de evaluación número _____	246
Formulario de retroalimentación para final del taller	247
ANEXO 4: DEFINICIÓN Y CRITERIOS DEL Grupo de Cuidado	248
ANEXO 5: EJEMPLO DE ACTIVIDADES DE REPASO	255
ANEXO 6: DESARROLLO Y REVISIÓN DEL CURRÍCULUM	256
Parte 1: Diseño del currículo para su programa	256
Parte 2: Listas de lecciones del Grupo de Cuidado	259
Parte 3: Consideraciones para utilizar los materiales de otras organizaciones para su programa.....	264
ANEXO 7: ¿CÓMO CONTRATAR A LOS PROMOTORES DEL GRUPO DE CUIDADO?.....	268
ANEXO 8: GRUPOS DE CUIDADO Y EL ENFOQUE DE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS (PM2A)	273
ANEXO 9: MONITOREO DEL IMPACTO DE LOS PROYECTOS DE GRUPO DE CUIDADO	276
ANEXO 10: LOS GRUPOS DE CUIDADO Y EL ÁMBITO DE BAJO CAPITAL SOCIAL: EL EJEMPLO DE CURAMÉRICAS EN GUATEMALA.....	286

ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS

AB	Análisis de Barreras
AEH	Acciones esenciales para la higiene
AEN	Acciones esenciales para la nutrición
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
ENAR	Evaluación de necesidades de aprendizaje y recursos
FFP	Food for Peace
FH	Food for the Hungry (organización no gubernamental)
FSN	Food Security and Nutrition
GC	Grupo de Cuidado
GV	Grupo de Vecinas
KPC	Conocimiento, práctica y cobertura (por sus siglas en inglés)
LiST	Herramienta de vidas salvadas (por sus siglas en inglés)
LME	Lactancia materna exclusiva
LQAS	Muestreo de aseguramiento de la calidad por lotes (por sus siglas en inglés)
LVMC	Lista de verificación y mejora de la calidad
M&E	Monitoreo y Evaluación
MEF	Mujer en edad fértil
MEL	Mujeres embarazadas y lactantes
MS	Microsoft
MSIGC	Manejo del sistema de información del Grupo de Cuidado
MTI	Mosquiteros tratados con insecticida
MV	Mujeres vecinas
ONG	Organización no gubernamental
PM2A	Enfoque de prevención de la desnutrición en niños menores de dos años
PSSI	Programas de Supervivencia y Salud Infantil
PVO	Organización privada voluntaria (por sus siglas en inglés)
SI	Supervivencia infantil
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNMI	Salud y Nutrición Materno Infantil
SRO	Sales de rehidratación oral
TOPS	Technical and Operational Performance Support
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la niñez
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional
VGC	Voluntaria del Grupo de Cuidado
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WASH	Agua, saneamiento e higiene (siglas en inglés)
WR	World Relief

PREFACIO

Objetivos del manual de entrenamiento de Grupos de Cuidado

Este manual fue desarrollado como un recurso de capacitación para el diseño, formación, implementación y monitoreo de programas de Grupos de Cuidado (GC). Pretende ayudar a los implementadores del enfoque GC para entender claramente dicha estructura, cómo establecer los GC, cómo supervisar el trabajo de los GC y evaluar su impacto y cómo mantener la calidad del enfoque a través de la supervisión de apoyo y control de calidad.

Planificar un entrenamiento para Grupos de Cuidado

Este entrenamiento es más útil si se realiza después de que los fondos para el programa de salud estén asegurados y que haya sido contratado el personal clave, pero antes de que se contrate al personal de campo. Ciertas lecciones también podrían ser utilizadas o adaptadas para capacitar al nuevo personal o para ser implementado como una actualización dirigida a las debilidades programáticas que puedan ser descubiertas durante la evaluación intermedia o en cualquier otro momento del programa. Cuando sea factible, podría funcionar mejor llevar a cabo este entrenamiento en sesiones más cortas para permitir la mejor absorción y retención del material. Ciertas lecciones podrían no ser necesarias para todos los grupos.

Reconocimientos

Este manual fue adaptado de la edición de: *Care Groups: A Training Manual for Program Design and Implementation*. Washington, DC: Food for the Hungry, por M. Hanold, C. Wetzel, T. Davis, S. Borger, A. Cutherell, y M. DeCoster. 2012.

Fue autorizado por Mitzi Hanold, Carolyn Wetzel, Thomas Davis, Jr., Sarah Borger, Andrea Cutherell, Mary DeCoster, Melanie Morrow y Bonnie Kittle.

Un reconocimiento especial al Dr. Pieter Ernst y World Relief (WR) por desarrollar el modelo de Grupo de Cuidado en 1995.

Los autores también desean reconocer a los miembros de la comunidad de práctica de *Food Security and Nutrition Network* (FSN) por su activa y generosa participación en la revisión, validación, edición, redacción de anexos y los ejemplos que por su experiencia compartieron para la realización de este manual, entre estos miembros se encuentran Mary Helen Carruth (Medical Teams International), Lisa Firth (Samaritan's Purse), Marianne Stone-Jimenez (Consultora), Todd Nitkin (Medical Teams International), Erin Pfeiffer (Food for the Hungry [FH]), Sarah Bauler (FH), Alexandra Rutishauser-Perera (International Medical Corps [IMC]), Jennifer Weiss (Concern, International), Jennifer Burns (IMC), Rob Broadhurst (estudiante de medicina), Diane DeBernardo (ex miembro de IMC), Marcus Catsam (Consultor), Adugne Kebede (*World Vision*), Elizabeth Arlotti-Parrish (ACDI/VOCA) y Debbie Dortzback (WR).

Un agradecimiento especial a Cindy Pfitzenmaier (Project Concern International), Sarah Bauler (FH) y Bonnie Kittle (consultora) por su involucramiento activo en editar y validar el manual completo. Asimismo, se hace un reconocimiento a Rachel Elrom por su eficiente edición y diagramación del documento y a Clara Ramirez (consultora) por su empeño al traducir el documento. Muchas gracias a todos los participantes de "Care Groups Forward Interest Group" pertenecientes a la red FSN por su fuerte interés, sugerencias y apoyo para este proyecto.

TOPS agradece sinceramente a todos los que contribuyeron con esta herramienta tan importante para mejorar los programas de cambio social y de comportamiento alrededor del mundo.

INICIO

Adaptar este entrenamiento a un esquema más amplio

Este taller es más útil como parte de un plan más amplio para apoyar el cambio de comportamiento. Las organizaciones deben empezar por asegurarse de que la sede y los implementadores, administradores y personal de campo están familiarizados con el enfoque del Grupo de Cuidado (GC). Después de este taller, el personal en todos los niveles puede buscar maneras de integrar los conceptos y herramientas en su trabajo. Para obtener más información sobre cómo vincular el enfoque GC en un programa de seguridad alimentaria, tal como la prevención de la desnutrición en los niños y niñas menores de 2 años (enfoque PM2A), ver **Anexo 8: Grupos de Cuidado y el enfoque de prevención de la desnutrición en niños y niñas menores de 2 años (PM2A)**.

Identificar un equipo de planificación

Este entrenamiento requiere mucha planificación por lo que es muy útil disponer de un equipo para manejar muchos de los detalles. El equipo de planificación debe incluir personas que:

- Estén familiarizadas con los materiales de entrenamiento y el enfoque GC.
- Estén familiarizadas con los participantes (u organizaciones) que serán invitados.
- Tengan conocimiento sobre el sitio de entrenamiento.

Seleccionar a los facilitadores

Los facilitadores del taller deben tener experiencia con el enfoque GC, supervisión con apoyo y listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC), así como metodologías de enseñanza para adultos y aprendizaje participativo. Idealmente, la proporción de los facilitadores a los participantes debe ser al menos de 1 a 10 para maximizar la interacción facilitador-participante, especialmente durante el trabajo en grupo. Así que, para un grupo de 20 – 25 participantes, se recomiendan dos facilitadores.

Seleccionar a los participantes

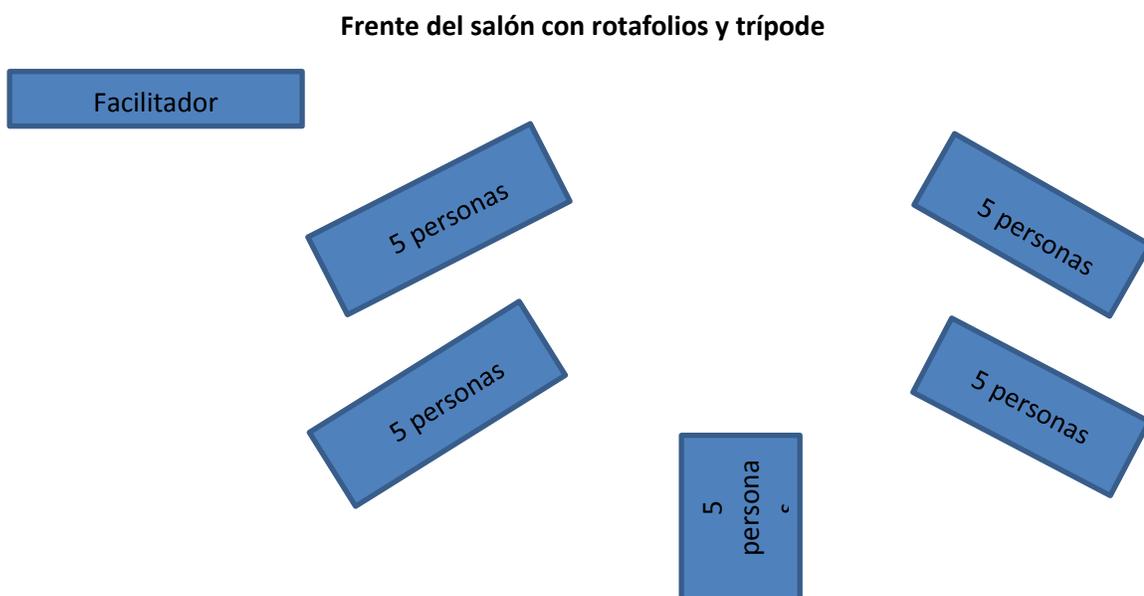
Este manual está destinado al uso de las organizaciones que ya han decidido que los Grupos de Cuidado son el enfoque correcto para su programa y su contexto, así como por las organizaciones que están considerando el enfoque y quieren aprender más sobre el proceso de implementación. Las personas que se beneficiarán más de esta capacitación incluyen el personal de programas de salud materno-infantil y nutrición, incluyendo los implementadores, diseñadores, técnicos y gerentes de programas.

Para las organizaciones que no estén familiarizadas con el enfoque de Grupos de Cuidado y aun estén en proceso de decidir si este entrenamiento podría ser su próximo paso, el material llamado *La diferencia del Grupo de Cuidado: Guía para movilizar a educadores comunitarios voluntarios*, que fue escrita por *World Relief* y publicada por *CORE Group* en el año 2004, contiene información muy útil al respecto.

Seleccionar las instalaciones

El taller debe realizarse en un ambiente cómodo, como una sala de conferencias, que sea lo suficientemente grande como para las sesiones plenarias y para que grupos pequeños trabajen sin molestar a otro, ya que los participantes trabajarán en grupos pequeños durante la mayor parte de las tareas. Por lo tanto, establecer grupos pequeños al principio de cada día de entrenamiento asegurará que los participantes se sienten en una forma que promueva la máxima participación, asimismo minimiza el tiempo de reorganizar sillas para trabajos en grupos pequeños y mejora el aprendizaje. Para facilitar el intercambio y el aprendizaje entre los participantes, el facilitador debe asignar asientos diferentes cada día, o los participantes se sentaren en el mismo lugar todos los días.

Recomendación para arreglar las sillas



Conducir la evaluación de necesidades de aprendizaje y recursos (ENAR)

Los planificadores del taller se beneficiarán de conocer experiencias e intereses de los participantes antes del taller. Varias semanas antes, enviar un conjunto de preguntas a los participantes inscritos. Los miembros del equipo de planificación del taller pueden identificar la necesidad de dar seguimiento a los participantes para animarles a presentar sus respuestas. Compartir las respuestas de los participantes con todos los facilitadores antes del taller. Un ejemplo de ENAR se encuentra en el **Anexo 2: Evaluación de necesidades de aprendizaje y recursos**.

Preparar materiales, insumos y equipo

Casi todos los materiales necesarios para llevar a cabo el taller de GC están incluidos en este manual, excepto por algunos rotafolios y tarjetas que los facilitadores deben preparar antes de tiempo. Las listas de verificación y de materiales encontradas más adelante en esta sección son útiles para preparar los materiales necesarios para el entrenamiento.

La siguiente es una lista de suministros y equipo necesarios para llevar a cabo el taller.

Hojas de trabajo para fotocopiar

- 1 copia de este manual por participante (idealmente, pero si no fuera posible, copiar todas las hojas de trabajo de cada lección que estará incluida en el entrenamiento).
- 2 copias de la prueba para antes y después del taller (encontradas en el **Anexo 1**) por participante (pueden ser fotocopiadas a dos caras).
- 1 copia de la evaluación del taller (**Anexo 3**) por participante (puede ser a doble cara).

Materiales:

- 1 porta nombre reusable por participante.
- 2–3 rollos de papel para rotafolio.
- 1 stand para rotafolios.
- 2 rollos de cinta adhesiva tipo masking tape.
- 1 engrapadora con grapas.
- 1 marcador de punta gruesa por participante
- 4 marcadores de punta gruesa para cada facilitador (varios colores).
- 1 bloc de notas pequeño por participante.
- 1 lapicero por participante.
- 1 par de tijeras.
- 1 resma de papel para hacer copias.
- 100 tarjetas para notas o tarjetas índice de 3×5 (de preferencia de dos colores diferentes).
- Post-its (4–5 paquetes).

Equipo

- Proyector y pantalla (opcional).
- Impresora que pueda ser conectada a la computadora (driver de la impresora).
- 1–2 recipientes grandes para botar basura.
- Celular para el facilitador del entrenamiento.

Servicios

- Acceso a internet.
- Agua, café y té para el facilitador y los participantes, especialmente durante los recesos.
- Almuerzos, preferiblemente en un área cercana pero no dentro del taller.

Ejemplo de agenda para el taller de Grupos de Cuidado

DÍA UNO

Lección 1: Sesión de inicio.

Receso de la mañana.

Lección 2: Introducción a Grupos de Cuidado.

Almuerzo

Lección 3: Criterios del Grupo de Cuidado.

Receso de la tarde.

Lección 4. Utilizar la investigación formativa.

Evaluación del final del día.

DIA DOS

Preguntas y respuestas del día 1.

Lección 5: Organizar las comunidades en Grupos de Cuidado y el Sistema numérico.

Receso de la mañana

Lección 6: Roles de Grupos de Cuidado, responsabilidades y descripción de puestos.

Almuerzo

Dinámica/Repaso

Lección 7: Motivación e incentivos para voluntarias.

Receso de la tarde

Lección 8: Cambio de Comportamiento y Grupos de Cuidado: Qué sucede durante las reuniones de Grupo de Cuidado, reuniones de Grupos de Vecinas y visitas domiciliarias.

Evaluación del final del día

DIA TRES

Preguntas y respuestas del día 2.

Lección 9: Visitas domiciliarias: Audiencia, tiempos y contexto (con receso de la mañana).

Almuerzo

Dinámica/Repaso

Lección 10: Horarios de reuniones.

Evaluación del final del día.

DIA CUATRO

Preguntas y respuestas del día 3.

Lección 11: Supervisión con apoyo: Listas de cotejo y planes de trabajo de supervisión.

Receso de la mañana.

Lección 12: Listas de mejora de calidad y verificación y dar retroalimentación.

Almuerzo

Dinámica/repaso.

Lección 13: Calcular los punteos y uso de datos de la lista de mejora de calidad y verificación.

Receso de la tarde

Lección 14: Sistema de monitoreo de información del Grupo de Cuidado: Introducción a inscripciones.

Evaluación del final del día

DIA CINCO

Preguntas y respuestas del día 4.

Lección 15: Sistema de monitoreo de información del Grupo de Cuidado: Promover, supervisar y coordinar reportes.

Receso de la mañana

Lección 16: Planificar para sostenibilidad

Almuerzo

Dinámica/repaso

Lección 17: Planificar para Grupos de Cuidado (Opcional).

Receso de la tarde

Lección 18: Introducir a otros al enfoque de Grupo de Cuidado.

Lección 19: Cierre del taller.

LECCIÓN 1: SESIÓN INICIAL

Objetivos basados en logros

- Al finalizar esta lección, los participantes habrán:
- Discutido las expectativas del taller.
- Empezado a aprender los antecedentes y la experiencia de los compañeros del taller
- Completado la prueba para antes del taller.

Duración

2 horas

Materiales necesarios:

- Hoja de asistencia.
- Nombres para cada participante.
- Prueba para antes y después del taller (disponible en Anexo 1)
- Lección 1, Rotafolio 1: Conociéndote.
- Lección 1, Rotafolio 2: Expectativas.
- Lección 1, Hoja de trabajo 1: Objetivos del taller de Aproximación al Grupo de Cuidado
- Lección 1, Rotafolio 3: Horario de taller de Aproximación al Grupo de Cuidado.
- Lección 1, Rotafolio 4: Normas y procedimientos del taller de Aproximación al Grupo de cuidado.
- Papel de rotafolios y marcador.

Pasos

1. Bienvenida e introducción al taller.
 - 1a. Explicar que, debido a que el éxito del proyecto depende de que la gente cambie sus comportamientos, es necesario diseñar actividades efectivas. Una de las actividades para el cambio de comportamiento más eficaces es el enfoque del Grupo de Cuidado (GC). Muchas organizaciones han decidido utilizar el enfoque GC para promover comportamientos saludables, particularmente aquellas conductas asociadas con la reducción de la morbilidad y la mortalidad debido a la desnutrición infantil. El propósito básico del taller es aprender sobre el enfoque GC y cómo implementarlo.
2. Colectar información de línea base de los participantes
 - 2a. Explicar que antes de comenzar el taller, se recogerán algunos datos usando una prueba previa para poder evaluar la efectividad del taller cuando está terminado.
 - 2b. Distribuir la pre-prueba, disponible en el **Anexo 1** o utilizar alguna que haya sido desarrollada para este taller en específico. Dar tiempo suficiente para completar la pre-prueba a los participantes y luego recogerla.

- Recordar a los participantes a poner sus nombres en la parte superior de la prueba.
- Solicitar que circulen el prefijo “pre”.
- Informar a los participantes que la pre-prueba consiste de preguntas de opción múltiple, y solicitarles que circulen la letra que creen que mejor responde esa pregunta.

3. Presentar a los participantes

- 3a. Escribir algunas preguntas para conocer a los demás participantes utilizando la **Lección 1, Rotafolio 1: Conociéndonos**. Ejemplos de estas preguntas puede ser el nombre del participante, organización, país (si en un taller regional), lugar de trabajo, experiencia previa trabajando con los GC y alguna cosa que quieren aprender acerca de los GC.

Nota: esta es una oportunidad para recolectar información adicional de los participantes que puede ser necesaria para el taller. También puede pedir información sin mucha relevancia (como el color favorito, mes de nacimiento o altura) que puede utilizar cada día como una manera de organizar los asientos para que los alumnos estén sentados con gente diferente cada día. Añadir estos tipos de preguntas en el rotafolio.

- 3b. Utilizar una forma creativa para unir a cada participante con alguien que no conoce y solicitar a cada pareja que se entreviste el uno al otro sobre las preguntas del rotafolio. Solicitar a los participantes que escriban las respuestas en una hoja de papel.
- 3c. Luego, pedir a cada participante que presente a la persona que conoció al resto de los participantes y facilitadores.

4. Expectativas

- 4a. Ver **Lección 1, Rotafolio 2: Expectativas**.

Nota: Los facilitadores deben revisar las expectativas de las evaluaciones de necesidades de aprendizaje y de recursos antes del comienzo del entrenamiento para que cualquier expectativa mencionada por los participantes puedan ser incluidas en este rotafolio.

- 4b. Solicitar a un voluntario que lea el rotafolio.
- 4c. Preguntar a los participantes si quieren agregar alguna otra expectativa a la lista.

5. Objetivos del taller:
 - 5a. Revisar la **Lección 2, Hoja de trabajo 1: Objetivos del taller de aproximación a los Grupos de Cuidado.**
 - 5b. Hacer mención de todas las expectativas que se hayan escrito en el rotafolio que probablemente NO podrán ser llenadas durante este taller.
6. Horario del taller:
 - 6a. Antes de iniciar el entrenamiento, ajustar la agenda de muestra encontrada anteriormente en este manual para ajustar los días, fechas y horarios programados de este taller, según sea necesario y escribirlo en la **Lección 1, Rotafolio 3: Horario del taller de aproximación al Grupo de Cuidado.**
 - 6b. Mostrar el rotafolio a los participantes y revisarlo con ellos. Discutir problemas logísticos, tales como viáticos, comidas y descansos.
7. Aprender normas y procedimientos:
 - 7a. Hacer una lluvia de ideas con el grupo acerca de las normas y procedimientos que el grupo quiere seguir para crear el mejor ambiente de aprendizaje. Registrar estos en la **Lección 1, Rotafolio 4: Normas y procedimientos del taller de aproximación al Grupo de Cuidado.**
8. Roles de los facilitadores:
 - 8a. Mencionar que muchas personas pueden querer replicar la capacitación para sus colegas. Pedir que los participantes que deseen replicar este taller levanten la mano.
 - 8b. Explicar que los facilitadores estarán utilizando la metodología de enseñanza para adultos centrada en el aprendizaje (Vella) durante este taller, esporádicamente harán comentarios específicamente sobre técnicas de facilitación que los participantes pueden encontrar útiles para usar cuando se replica la formación.
9. Hacer preguntas durante el taller:
 - 9a. Escribir en un rotafolio el título "Estacionamiento" para cualquier pregunta que puede surgir en determinado momento durante el entrenamiento y que los participantes sepan el propósito del rotafolio.
 - 9b. Solicitar a los participantes que aparten una página cerca de la parte posterior de sus libretas y la etiqueten "Ideas para recordar". Sugerir utilicen esta hoja para anotar ideas que surgen a lo largo del entrenamiento.

Lección 1, Hoja de trabajo 1: Objetivos del taller de aproximación al Grupo de Cuidado.

Objetivos basados en logros

Al finalizar este taller, los participantes habrán:

- Analizado la estructura del enfoque de Grupo de Cuidado (GC).
- Examinado los criterios para los GC (lo que es o no es parte del enfoque de GC).
- Identificado los pasos de las reuniones de GC.
- Identificado formas de utilizar la investigación formativa en el enfoque GC.
- Practicado utilizar los datos de la lista de mejora de la calidad y verificación.
- Examinado herramientas usadas para monitorear el trabajo y el impacto del enfoque de GC.

LECCIÓN 2: INTRODUCCIÓN A GRUPOS DE CUIDADO

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Analizado porqué los Grupos de Cuidado son efectivos.
- Realizado un diagrama de la estructura del GC.

Duración

2 horas

Materiales necesarios:

- Papel para rotafolio, tarjetas tipo índice y marcadores.
- Opcional: 1 copia impresa de la publicación: *The Care Group Difference* publicada por *World Relief* (WR) en el año 2004, la cual puede ser localizada en inglés en el siguiente enlace: http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/Care_Manual.pdf
- Opcional: Proyector y computadora para mostrar el video de GC.
- Lección 2, Hoja de trabajo 1 y Rotafolio 1: Términos clave para Grupos de Cuidado.
- Lección 2, Hoja de trabajo 2: Diagramas de la estructura de Grupos de Cuidado.
- Lección 2, Hoja de trabajo 2: Juego de cálculos del Grupo de Cuidado.
- Clave de respuestas de la Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos del Grupo de Cuidado.
- Lección 2, Hoja de trabajo 3: Resultados de la investigación operacional de los GC.
- Lección 2, Hoja de trabajo 4: Eficacia del Grupo de Cuidado.
- Lección 2, Rotafolio 3: La desnutrición ocurre temprano.
- Lección 2, Rotafolio 5: Causas de muerte en niños menores de cinco años de edad.

Notas para el facilitador

Si los participantes todavía están tratando de decidir si el enfoque GC es adecuado para ellos, las actividades en los pasos del 5 al 8 serán relevantes. Si, por el contrario, ya están aplicando el enfoque GC o ya han decidido implementarlo, dichas actividades serán menos relevantes.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes que el objetivo principal de este entrenamiento es ayudarles a entender el enfoque de Grupos de Cuidado y la forma de implementarlo.
- 1b. Preguntar a los participantes: ¿Cuántos de ustedes ya han tenido experiencia trabajando en un proyecto que utiliza el enfoque de Grupo de Cuidado? ¿Cuántos de ustedes han leído o escuchado acerca de este enfoque antes?

2. ¿Qué son los Grupos de Cuidado?

2a. Preguntar a los participantes: ¿Qué saben acerca de los Grupos de Cuidado? A medida que respondan, escribir las ideas en el papel de rotafolio. Agregar los siguientes puntos si los participantes no los mencionan:

- El enfoque GC es una estrategia basada en la comunidad para promover el Cambio de Comportamiento.
- El Dr. Pieter Ernst y *World Relief (WR)* en Mozambique desarrollaron el enfoque de Grupos de Cuidados en 1995. Desde entonces, WR y *Food for the Hungry* han sido los pioneros del enfoque.
- Ahora se utiliza el enfoque GC por al menos 24 organizaciones en 21 países.
- Un GC es un grupo de 10 a 15 comunitarias voluntarias que se reúnen regularmente junto con el personal del proyecto para recibir entrenamiento y supervisión con apoyo.
- Los GC se diferencian de los grupos típicos de madres en que cada voluntaria es responsable de reunirse periódicamente con grupos de 10 a 15 madres vecinas, para compartir lo que han aprendido, de tal manera que promuevan el cambio de comportamiento a nivel del hogar.
- Los GC crean un efecto multiplicador alcanzando, de forma equitativa, a todos los hogares participantes a través de redes de vecinas, implementando actividades interpersonales de Cambio de Comportamiento, el cual es promovido a través de apoyo entre vecinas, dando lugar a la creación de nuevas normas para la comunidad.
- Las Voluntarias de los Grupos de Cuidado (VGC) proporcionan apoyo entre pares, una a la otra, de tal forma que desarrollan compromisos más fuertes en lo que respecta a las actividades de salud y buscan soluciones más creativas a los desafíos de trabajar como un grupo, en comparación a las voluntarias individuales de quienes se espera que trabajen de forma independiente.
- Los GC proporcionan la estructura para un sistema de información de salud comunitaria que informa sobre nuevos embarazos, nacimientos y defunciones detectados durante las visitas a domicilio.

2b. (Opcional) Para más información, indicar a los participantes que pueden leer durante los momentos de descanso el documento llamado *The Care Group Difference*, publicado por WR en 2004, si es que se les ha entregado la copia impresa en inglés.

2c. Asimismo, invitar a los participantes a que visiten la amplia variedad de recursos disponibles sobre los GC.

3. Enfoque de Grupos de Cuidado y su estructura

3a. Referir a los participantes a la **Lección 2, Hoja de trabajo 1 y Rotafolio 1: Términos clave para Grupos de Cuidado** y solicitar que vean hacia el rotafolio. Explicar que, aunque muchas organizaciones han dado diferentes nombres a los diferentes grupos, la lección 2, Hoja de

trabajo 1 muestra los términos que utilizaremos a lo largo del taller. Revisar cada término con los participantes.

- 3b. Con tarjetas de diferentes colores, tamaños y formas, crear un diagrama de una estructura típica de GC en la pared al frente del salón. Usar como referencia la **Lección 2, Hoja de trabajo 2: Diagrama de la estructura del Grupo de Cuidado**.
 - 3c. A medida que colocan las tarjetas, decir el nombre de cada miembro del personal o voluntarias y su papel principal (por ejemplo, el Coordinador supervisa a los 3 – 6 supervisores), como se muestra en la lección 2, Hoja de trabajo 1. Involucrar a los participantes que tengan experiencia o conocimiento previo del enfoque. Enfatizar que los GC son una actividad para alcanzar el Cambio de Comportamiento. Señalar quiénes son las personas que reciben un salario y quiénes son voluntarias.
 - 3d. Después de explicar la estructura de personal del enfoque GC, explicar brevemente las principales responsabilidades de cada persona, incluyendo capacitación, supervisión, reuniones para el Cambio de Comportamiento con promotores y con Mujeres Vecinas (MV).
 - 3e. Una vez el diagrama completo esté en la pared, preguntar a los participantes si tienen dudas sobre el enfoque de GC y responderlas. Si un tema en particular se tratará a profundidad en una lección posterior, aplazar la discusión de esos puntos hasta más tarde.
4. Actividad: Juego de cálculos del Grupo de Cuidado
 - 4a. Integrar a los participantes en parejas. Solicitar a cada pareja que calculen cuántas madres alcanzarían, dados los diferentes escenarios que se enumeran en la **Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos del Grupo de Cuidado**. Las respuestas pueden encontrarse en la Clave de respuestas a **Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos del Grupo de Cuidado**.
5. Actividad: Diagrama alternativo para el Grupo de Cuidado
 - 5a. Dar marcadores y una hoja de papel de rotafolio a cada grupo pequeño.
 - 5b. Solicitar a los grupos que dibujen sus representaciones del modelo GC en una aldea, con el siguiente desglose (u otra estructura ideada por el facilitador).
 - 5 Promotores de GC
 - 6 GC por promotor
 - 10–15 VGC por cada GC
 - 10–15 MV por cada VGC
 - 5c. Solicitar a los participantes que hagan este diagrama de una manera diferente a la que se muestra en la Lección 2, Hoja de trabajo 2.
6. Opcional: ¿Qué tan efectivos son los Grupos de Cuidado?
 - 6a. Entregar a los participantes copias de Lección 2, Hoja de trabajo 4: La efectividad de los Grupos de Cuidado. Decirles: “Aquí está la mejor prueba que he visto acerca de la efectividad de los Grupos de Cuidado.”

- 6b. Revisar algunos de estos puntos, dependiendo del nivel de confort de los participantes con gráficos y tablas.
- 6c. Dirigir a los participantes a la Figura Uno y compartir con ellos lo siguiente:
- En esta figura, hemos comparado cómo se desenvuelven los proyectos de supervivencia infantil en referencia a 14 diferentes indicadores de priorización de salud (Rapid CATCH)¹. Uno de ellos es un indicador de impacto (bajo peso), pero la mayoría son indicadores del comportamiento a nivel de resultados o indicadores de cobertura.
 - Las barras muestran el cierre de brecha para cada indicador. Por ejemplo, si usted comenzó al 20% la lactancia materna exclusiva (LME) y aumentó a 40%, habría cerrado 20 de los 80 puntos porcentuales posibles o cierre de brecha de 25% ($20 \div 80 = 25\%$). El cierre de brecha es una de las mejores maneras de comparar el desempeño a lo largo de la vida de los proyectos.
 - Las barras azules muestran el promedio del cierre de brecha del indicador para cada uno de estos indicadores para 58 proyectos de supervivencia infantil que finalizaron entre 2003 y 2009 que no usaron Grupos de Atención.
 - Las barras color café muestran el promedio del cierre de brecha del indicador para cada uno de estos indicadores para nueve proyectos de Grupos de Cuidado ¿Pueden ver la diferencia? (Esperar respuestas).
 - Los proyectos de Grupos de Cuidado sobre pasaron a los proyecto promedio de supervivencia infantil en términos de cierre de brecha de indicador en todos los indicadores, excepto lavado con jabón en donde se encontró una pequeña diferencia no significativa. El cierre de la brecha promedio estaba en el rango de 35 a 70% para los nueve proyectos de los Grupos de Cuidado en comparación con 25 y 45% con todos los otros Programas de Supervivencia y Salud Infantil (PSSI).
 - Hubo solamente nueve proyectos de Grupos de Cuidado para comparar, pero la diferencia entre esos nueve proyectos y los otros 58 es estadísticamente significativa para la LME.
 - Lo que esto demuestra es que los Grupos de Cuidado están superando a los otros métodos que generalmente utilizamos para el Cambio de Comportamiento.
- 6d. Dirigir a los participantes a la figura dos y compartir con ellos lo siguiente:
- En caso de que parezca que estos resultados son anormales, aquí se presenta una gráfica que muestra la reducción de mortalidad estimada en 13 proyectos financiados por los Grupos de Cuidado de PSSI en ocho países distintos.
 - La reducción media estimada en la mortalidad de menores de cinco años fue del 30% en proyectos de GC. Esto es casi el doble lo que a menudo logran los proyectos ajenos al enfoque de Grupos Cuidado.

¹ Los indicadores “Rapid CATCH” son un set de indicadores de priorización de salud, definidos por USAID para el portafolio de sus programas de Supervivencia y Salud Infantil

- La mayoría de estos proyectos duran 5 años. Vemos esto como evidencia que las voluntarias de los Grupos de Cuidado, que son entrenadas y dirigidas por trabajadores comunitarios de salud o por promotores, hacen una diferencia dramática.
- 6e. Dirigir a los participantes a la figura 3 y compartir con ellos el siguiente:
- La figura 3 muestra el rendimiento del proyecto Grupos de Cuidado de *World Relief* en Camboya, representado por las barras doradas, en comparación con los otros proyectos de Grupo de Cuidados representados por barras azules y proyectos ajenos al enfoque GC representados por barras cafés.
 - El modelo Grupo de Cuidados en Camboya demostró un rendimiento aún mejor que en otros países de América Latina y el Caribe, Asia y África, incluso en el lavado de manos. En Asia, por ejemplo, han utilizado Grupos de Cuidado en Camboya, Indonesia y las Filipinas. Esto fue a pesar de que el personal nacional de *World Relief* tuviera una fuerte preocupación inicial de que el modelo no sería eficaz en su contexto.
 - El personal en Camboya estaba preocupado de que las mujeres no estarían de acuerdo con trabajar como voluntarias, pero esto no fue un problema en el proyecto, y obtuvieron algunos de los mejores resultados que han tenido hasta la fecha.
- 6f. Preguntar al grupo: “¿por qué creen que los Grupos de Cuidado son tan efectivos? “Escribir esta información en un rotafolio y mantenerla publicada para el resto del taller. Si los participantes no mencionan ninguno de los siguientes puntos, añadirlos al rotafolio: multiplicar el esfuerzo, cobertura completa, apoyo madre a madre, motivación a los pares, comunidades cambiadas, rentabilidad, sostenibilidad y cambio de comportamiento en una gran parte de la comunidad, reducción de la muerte infantil y la desnutrición.
7. Actividad: ¿Por qué los proyectos de Grupos de Cuidado se centran en las mujeres embarazadas y niños menores de dos años, o en los primeros 1,000 días?
- 7a. Decir a los participantes: Algunos proyectos GC se concentran en las mujeres embarazadas y las madres de niños menores de 2 años, conocida como la etapa de los primeros 1.000 días.
- 7b. Como participantes: “¿por qué creen que sería importante centrarse en este grupo de edad?”
- 7c. Solicitar a los participantes discutir esta pregunta en pequeños grupos y luego informen sus respuestas. Escribir las respuestas correctas en el rotafolio y agregue los siguientes puntos si los participantes no los mencionaron.²
- Los 1.000 días entre el comienzo del embarazo de una mujer y 2^o cumpleaños de su hijo o hija ofrecen una única ventana de oportunidad. La correcta nutrición durante esta ventana de 1.000 días puede tener un impacto profundo en la capacidad del niño para crecer, aprender y salir de la pobreza. También pueden formar la salud a largo plazo, estabilidad y prosperidad de la sociedad.

² Esta información proviene de la iniciativa *The First 1000 Days* (<http://www.thousanddays.org/about/>).

- Para bebés y niños menores de 2 años, las consecuencias de la desnutrición son particularmente graves, a menudo irreversibles.
- Durante el embarazo, la desnutrición puede tener un impacto devastador en el sano crecimiento y desarrollo de un niño. Los bebés que están desnutridos en el útero tienen un mayor riesgo de morir en la infancia y tienen más probabilidades de enfrentar déficit cognitivos y físicos permanentes, así como problemas crónicos de salud.
- Para niños menores de 2 años, la desnutrición puede amenazar sus vidas. Puede debilitar el sistema inmunitario de los niños y hacer que él o ella sean más susceptibles a morir de enfermedades comunes tales como la neumonía, la diarrea y la malaria.

7d. Mostrar y explicar a los participantes la gráfica sobre desnutrición encontrada en la **Lección 2, Rotafolio 3: La desnutrición ocurre temprano**. Señalar a los participantes que esta gráfica ilustra dramáticamente la importancia de la nutrición infantil desde la edad temprana.

Cobertura del proyecto enfocada en mujeres en edad fértil (MEF).

Cuando el Dr. Pieter Ernst de WR desarrolló el enfoque GC esperaba llegar a todas las mujeres de edad reproductiva (MER). ¿Por qué, entonces, algunos proyectos angostan el alcance a las mujeres embarazadas y las madres de niños menores de 2 años? Esto puede ser debido a los requerimientos de financiamiento o porque potencialmente podría disminuir los costos, permitiendo una mayor área del proyecto con el mismo presupuesto y para un objetivo inmediato sobre los más vulnerables. Por otro lado, esto en realidad podría aumentar los costos ya que complica la identificación e inscripción de los hogares participantes. También puede hacer la identificación temprana de las mujeres embarazadas más difícil.

En ambos casos, se tiene como objetivo llegar a inscribir a 100% de los hogares meta y no caer en la trampa de alcanzar sólo el 80% que sería más fácil de alcanzar porque faltarían de inscribir a los más vulnerables. 100% de cobertura de MER todavía es lo ideal.

8. Actividad: ¿Por qué los Grupos de Cuidado se enfocan en Comportamientos en el hogar?
- 8a. Dar a los participantes copias de **Lección 2, Hoja de trabajo 5: Causas de muerte en niños menores de 5 años de edad**. Solicitar a los participantes que, en sus mesas o en pequeños grupos, ocupen 10 minutos mirando el diagrama y discutiendo lo que significa.
- 8b. Después de 10 minutos, solicitar a un voluntario que comparta la interpretación de un grupo. Mencionar los siguientes puntos si el voluntario no lo hizo.
- El diagrama muestra la proporción de muertes de menores de 5 años que podrían evitarse con una intervención específica.
 - El 57% de las muertes de menores de 5 años podrían haberse evitado con las intervenciones que se basan en el cambio de comportamiento en el hogar, incluyendo comportamientos relacionados con la lactancia materna; usar mosquiteros tratados con insecticida; alimentación complementaria; parto limpio; agua, saneamiento e higiene (WASH por sus siglas en inglés); control de la temperatura recién nacido; y con el consumo de zinc, vitamina A y sales de rehidratación oral (SRO).

- 8c. Solicitar a los participantes que compartan las preguntas que puedan tener en relación al por qué el GC se centra en los primeros 1.000 días y acerca del cambio de comportamiento en el hogar.
- 9. Cierre
 - 9a. Agradecer al grupo por sus comentarios.
 - 9b. Decir a los participantes: “Ahora que tenemos una mejor idea de la estructura de los Grupos de Cuidado y los factores que lo hacen efectivo, procederemos a discutir cómo se debe planificar para implementar el enfoque de los Grupos.

Lección 2, Hoja de trabajo 1 y Rotafolio 1: Términos clave para los Grupos de Cuidado

Término	Descripción
Grupo de Cuidado (GC).	Un grupo de 10 – 15 Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) con el liderazgo de un promotor.
Voluntaria del Grupo de Cuidado (VGC).	Voluntarias que se reúnen con el promotor. Usualmente nominadas para esa posición por las Mujeres Vecinas (MV).
Promotor	Miembro de la comunidad contratado para capacitar y supervisar a las VGC en su comunidad.
Supervisor	Contratado para supervisar directamente y capacitar a promotores en cada comunidad y monitorear el programa GC.
Coordinador	Contratado para supervisar directamente a los supervisores y monitorear el programa GC. Reporta al gerente del proyecto.
Grupos de Vecinas (GV).	Grupos de 10 – 15 mujeres que se reúnen con las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) seleccionadas. Las VGC comparten nuevas lecciones de salud con ellas cada 2 semanas como grupo o individualmente (a través de visitas domiciliarias).
Mujer del Vecindario o "Vecina" (MV).	Mujeres que se reúnen con la VGC una vez cada 2 semanas para escuchar una nueva lección de salud en el GV.
Supervisión con Apoyo.	Un proceso de observación y retroalimentación desde cada nivel hacia su sucesor en el enfoque GC, el cual contribuye a tener relaciones de trabajo fuertes y mutuamente respetuosas, construye capacidades y mejora la productividad, asimismo crea un sentido de unidad en donde trabajan en conjunto hacia metas comunes.
Mujeres embarazadas y madres lactantes (MEL).	Principales beneficiarias del enfoque GC. Procuran asegurarse de que todas o casi todas las mujeres embarazadas y madres lactantes formen parte de una estructura de GC (generalmente como MV o VGC).
Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).	Una herramienta de supervisión centrada en mejorar la calidad del desempeño de un trabajador. Evalúa cómo un trabajador lleva a cabo diversos aspectos de su trabajo, por ejemplo las reuniones del GC. Busca alentar a los trabajadores, mejorar su desempeño y monitorear el progreso. Los resultados de varias LMCV son utilizados para identificar "problemas en el sistema".

Lección 2, Hoja de trabajo 2: Diagramas del Grupo de Cuidado

ESTRUCTURA DEL GRUPO DE CUIDADO



<p>Cada Coordinador (personal pagado) es responsable de 3 – 6 Supervisores.</p> <p>El Proyecto podría contratar a múltiples Coordinadores (supervisados por el gerente) si lo considera necesario para lograr la cobertura deseada.</p>	<p>Cada Supervisor (personal pagado) es responsable de 4 – 6 Promotores.</p>	<p>Cada Promotor (personal pagado) apoya a un máximo de 9 GC.</p>	<p>Cada Grupo de Cuidado tiene de 10 a 15 voluntarias que son seleccionadas por las miembros del Grupo de Vecinas.</p>	<p>Cada Grupo de Cuidado comparte lecciones con 10 a 15 Mujeres Vecinas, las cuales se denominan Grupo de Vecinas (Hay un máximo de 15 Mujeres Vecinas en cada Grupo de Vecinas).</p>
<p>Cada Promotor alcanza de 500 a 1,200 mujeres.</p>				

Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos para Grupos de Cuidado

¿Cuántas madres serán alcanzadas en cada escenario?

1. 30 Promotores, 6 GC por Promotor, 10 VGC por GC, 12 MV por VGC.
2. 15 Promotores, 5 GC por Promotor, 10 VGC por GC, 10 MV por VGC.
3. 3 Promotores, 7 GC por Promotor, 12 VGC por GC, 12 MV por VGC.
4. 20 Promotores, 5 GC por Promotor, 8 VGC por GC, 12 MV por VGC.
5. 18 Promotores, 6 GC por Promotor, 11 VGC por GC, 12 MV por VGC.

Clave de respuestas para la Lección 2, Rotafolio 2: Juego de cálculos para Grupos de Cuidado

1. $30 \times 6 \times 10 = 1,800$ VGC.
 $1,800 \times 12 = 21,600$ MV.
 $1,800$ GCV + $21,600$ MV = $23,400$ madres en total (recuerda que las VGC también son madres).
2. 750 VGC + $7,500$ MV = $8,250$ madres.
3. 252 VGC + $3,024$ MV = $3,276$ madres.
4. 800 GCV + $7,200$ MV = $8,000$ madres.
5. $1,188$ GCV + $11,880$ MV = $13,068$ madres.

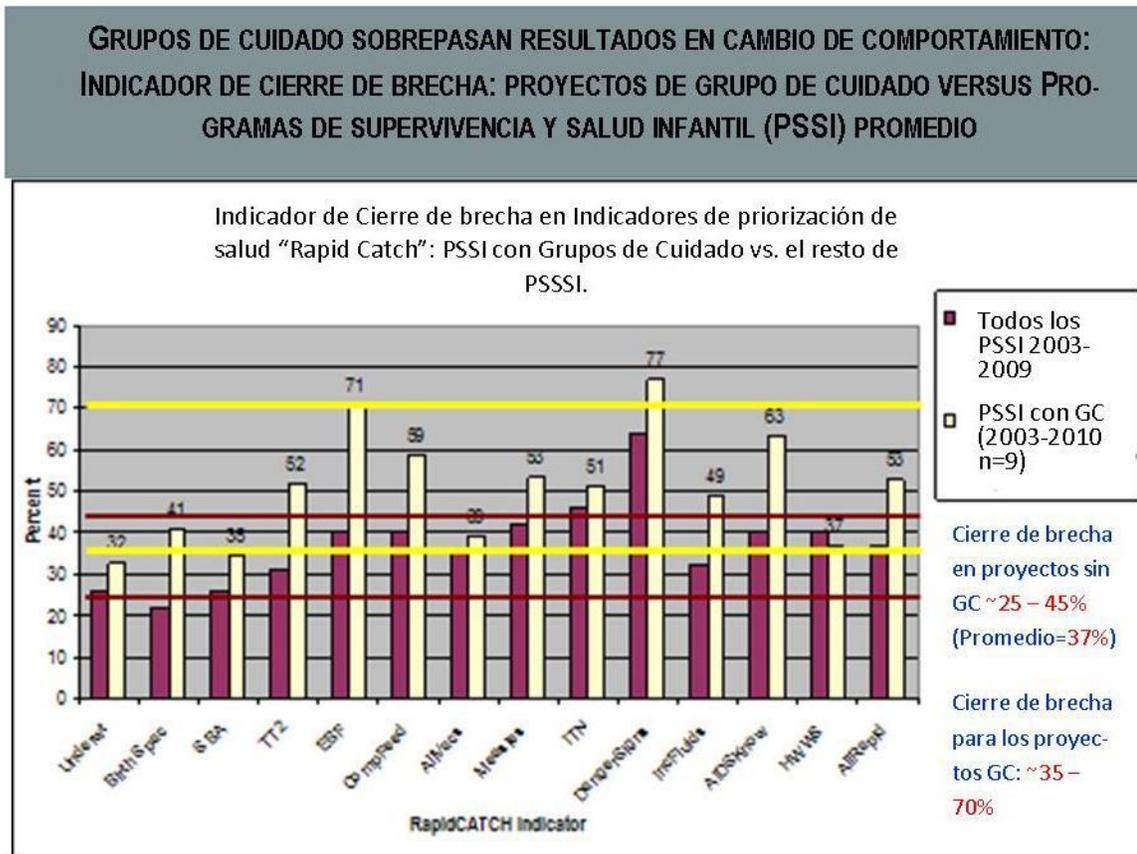
Lección 2 Hoja de trabajo 3: Resultados de la investigación operacional de Grupos de Cuidados³

% Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) que dicen que han ganado el respeto de los grupos detallados a continuación, desde que han participado en el Proyecto.	% de VGC
... del personal de los servicios de salud.	25
... de la familia extendida.	41
... de sus padres o padres del esposo.	48
... de sus esposos.	61
... de sus líderes comunitarios.	64
... de otras mujeres/madres beneficiarias.	100
% de VGC que dijeron que está bien que los esposos le peguen a las esposas si no están satisfechos con ellas (se muestra el nivel final; la línea base mostró el ~64%).	3

³ C. Wetzel and T. Davis, Jr. Resultados de la investigación operacional de los Grupos de Cuidado realizada de abril a mayo como parte del Proyecto: Alcanzando equidad, cobertura e impacto a través de las redes de Grupos de Cuidado, el cual fue financiado por USAID, según acuerdo de cooperación: GHS-A-00-05-00014-00. La Investigación operacional fue realizada en la provincia Sofala, Mozambique. Muestreo de pequeños lotes para asegurar calidad fue utilizado para la muestra de VGC. El cuestionario fue diseñado por *Food for the Hungry* para recolectar data sobre la motivación para voluntariado.

Lección 2, Hoja de trabajo 4: Efectividad del Grupo de Cuidado

Figura uno

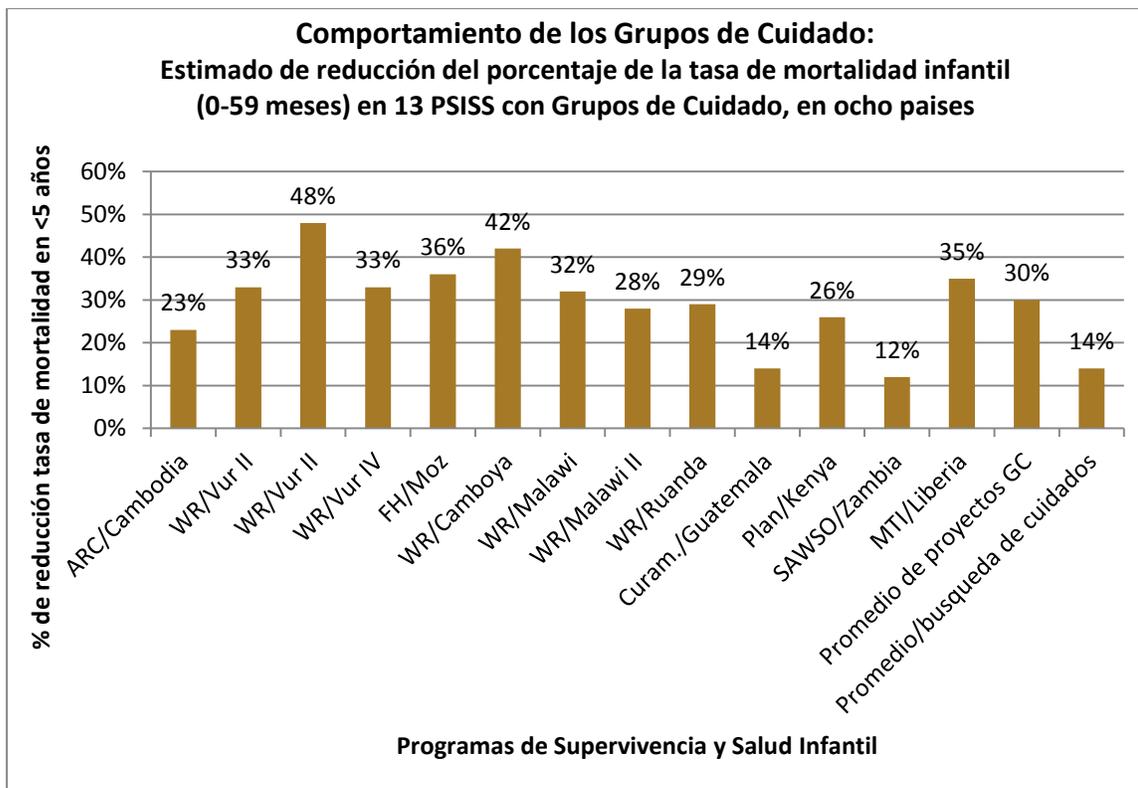


Notas:

- Los Programas de Supervivencia y Salud Infantil (PSSI) financiados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) han apoyado proyectos orientados a la salud comunitaria que se implementan desde el año 1985. El propósito de este programa es contribuir a mejoras sostenibles en los resultados de salud y supervivencia infantil mediante el apoyo a las innovaciones de organizaciones voluntarias privadas (PVO por sus siglas en inglés) y organizaciones no gubernamentales (ONG) y sus socios locales para alcanzar a las poblaciones vulnerables.
- Los indicadores denominados "Rapid CATCH" son indicadores de priorización de salud definidos por USAID para el portafolio de los PSSI. Para obtener una lista completa de indicadores Rapid CATCH, consultar el siguiente enlace: http://mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_kpc. (información disponible en inglés únicamente).
- Los acrónimos utilizados en la figura, se encuentran en inglés y a continuación se presenta su significado en español:
 - SBA: Parto institucional.
 - TT2: Dos vacunas contra el tétanos toxoide.

- *EBF*: lactancia materna exclusiva.
 - *All Vacs*: hijo o hija menor ha recibido todas las vacunas.
 - *ITN*: niño o niña durmió bajo el mosquitero tratado con insecticida la noche anterior
 - *Danger Signs*: conocimiento de la madre acerca de señales de peligro del niño.
 - *AIDS Know*: conocimiento de la madre acerca de la reducción del HIV.
 - *HWWS*: Lavado de manos con jabón.
- Para la definición completa de los indicadores, favor referirse al enlace: http://mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_mande (información disponible en inglés).
 - Los datos se extraen de las evaluaciones finales de todos los PSSI que terminaron entre los años 2003 y 2010 (registrada y cotejada por el Programa Materno-Infantil de Salud Integral).
 - El término “Cierre de brecha” se refiere a cerrar la brecha entre los indicadores al principio de un programa comparándolo con la mejora de dicho indicador en determinado momento del programa. Por ejemplo, si la lactancia materna exclusiva inició en 20% y aumentó a 40%, se habrá cerrado 20 (40-20=20) del porcentaje posible de 80 puntos, o el 25% de cierre de brecha (20 ÷ 80 = 25%). Ver el cierre de brecha es una forma útil para comparar el desempeño a través de proyectos.

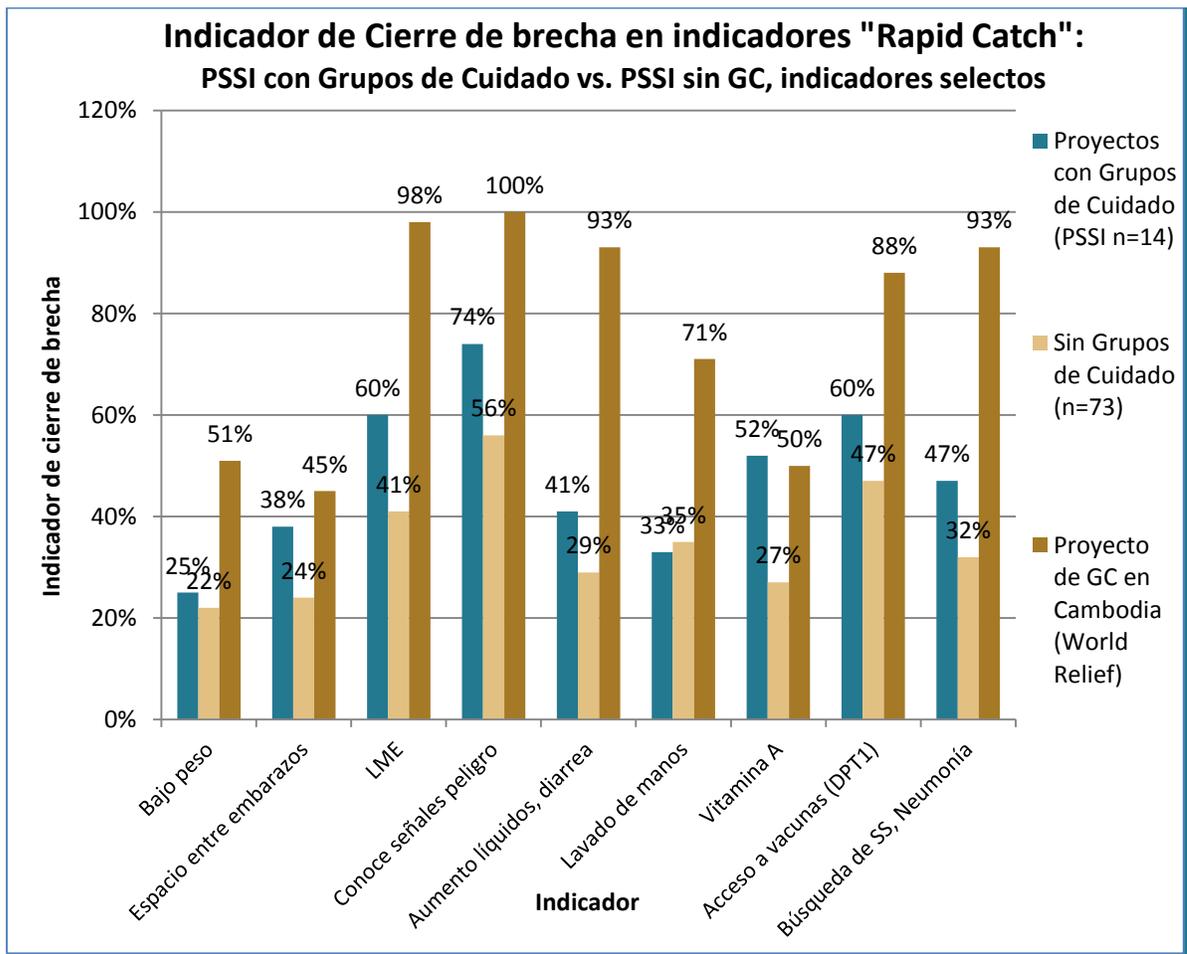
Figura dos



Notas:

- Los datos fueron tomados de evaluaciones finales de todos los PSSI que terminaron entre los años 2003 y el 2010. La mortalidad fue estimada utilizando la herramienta denominada LiST (por sus siglas en inglés): *Lives Saved Tool* (herramienta de vidas salvadas), la cual es basada en evidencias para estimar el impacto de la intervención. Esta fue creada por el Instituto de salud pública Johns Hopkins Bloomberg y se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.jhsph.edu/dept/ih/IIP/list/index.html>
- Todos los calculadores LiST utilizados en este estudio, están publicados en inglés en el siguiente enlace: http://www.caregroupinfo.org/docs/PVO_Lives_Saved_Calculators_Bellagio.zip.

Figura Tres



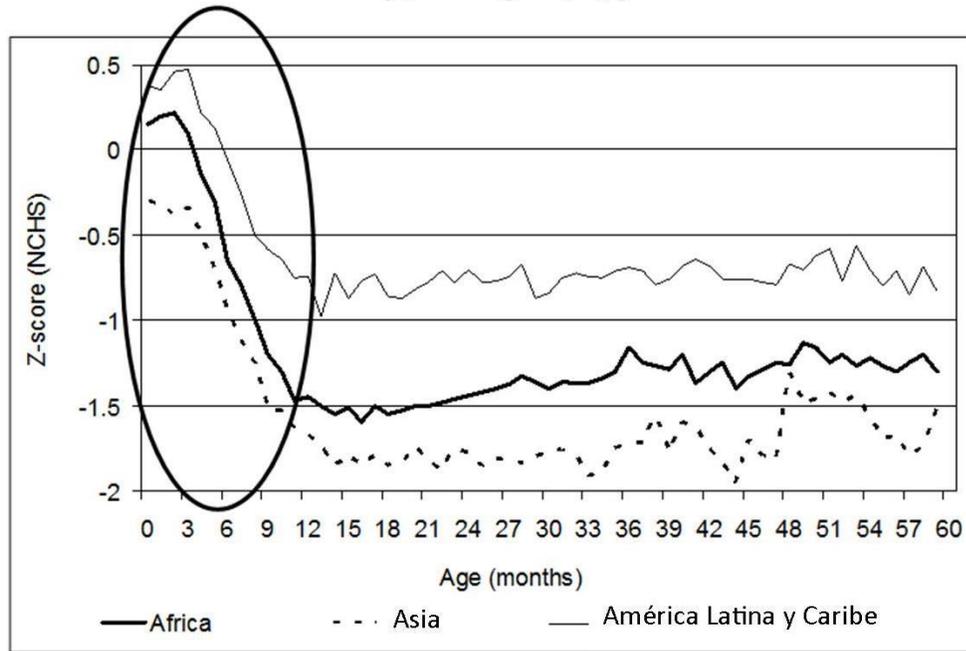
Notas:

- La figura 3 muestra el rendimiento del proyecto de *World Relief* (WR) con Grupos de Cuidado en Camboya (barras doradas) en comparación con otros proyectos GC (barras azules) y proyectos sin GC (barras café claro).
- El modelo Grupo de Cuidados en Camboya demostró un rendimiento aún mejor que en otros países de América Latina y el Caribe, Asia y África, incluso en el lavado de manos, a pesar de que el

personal nacional de *World Relief* tuviera una fuerte preocupación inicial de que el modelo no sería eficaz en su contexto. Los Grupos de Cuidados han sido implementados en Asia, en los países: Cambodia, Indonesia y las Filipinas.

Lección 2, Rotafolio 3: La desnutrición ocurre temprano⁴

Peso/Edad por región



Notas:

- Esta gráfica muestra cómo el crecimiento infantil cae drásticamente (y muy semejantemente) después de aproximadamente los 3 meses de edad.
- Esto subraya la importancia de trabajar con mujeres embarazadas y lactantes (MEL) para reducir la desnutrición infantil y promover la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros 6 meses de vida, la alimentación complementaria apropiada, lavarse las manos bien y la prevención de enfermedades por la exposición al agua y alimentos contaminados.

⁴ Roger Shrimpton, Cesar G. Victora, Mercedes de Onis, Rosângela Costa Lima, Monika Blössner, and Graeme Clugston. 2001. Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions. *Pediatrics*, Vol. 107, No. 5. Available at http://www.who.int/nutgrowthdb/publications/growth_faltering.pdf.

Lección 2, Hoja de trabajo 5: Causas de muerte en niños menores de 5 años de edad⁵

Tabla 2: **Muertes de niños menores de 5 años que podrían ser prevenidas en los 42 países con el 90% de mortalidad infantil a nivel mundial**

	Estimado de muertes de niños menores de 5 años prevenidas		
	Número de (~10 ³)	Proporción del total de muertes	
Intervenciones preventivas			
<u>Lactancia materna</u>	1301	13%	→ 13%
<u>Materiales tratados con insecticida</u>	691	7%	→ 7%
<u>Alimentación complementaria</u>	587	6%	→ 6%
<u>Zinc</u>	459(351)*	5%(4%)*	→ 5%
<u>Parto limpio</u>	411	4%	→ 4%
Vacuna Hib	403	4%	→ 3%
Agua, saneamiento, higiene	326	3%	→ 3%
Esteroides prenatales	264	3%	→ 2%
<u>Manejo de la temperatura del recién nacido</u>	227(0)*	2%(0%)*	→ 2%
<u>Vitamina A</u>	225(176)*	2%(2%)*	→ 2%
Tétanos toxoide	161	2%	→ 2%
Nevirapina y sustituto de leche materna	150	2%	→ 2%
Antibióticos por ruptura prematura de membranas	133(0)*	1%(0%)*	→ 1%
Vacuna contra la rubeola	103	1%	→ 1%
<u>Tratamiento intermitente contra la malaria durante el embarazo</u>	22	<1%	→ 1%
Intervenciones para tratamiento			
<u>Terapia de rehidratación oral</u>	1477	15%	→ 15%
Antibióticos para Sepsis	583	6%	
Antibióticos para Neumonía	577	6%	
Medicinas contra la malaria	467	5%	
Zinc	394	4%	
Resucitación de recién nacidos	359(0)*	4%(0%)*	
Antibióticos para disentería	310	3%	
Vitamina A	8	<3%	

¡Impacto acumulado del Cambio de Comportamiento!

13%

7%

6%

5%

4%

3%

2%

2%

57%

Notas:

- La tabla muestra la proporción de todas las muertes de niños menores de 5 años de edad que podrían evitarse con una intervención específica.
- El 57% de las muertes de menores de 5 años podrían haberse evitado con las intervenciones que se basan en el cambio de comportamientos en el hogar, incluyendo comportamientos relacionados con la lactancia materna; usar mosquiteros tratados con insecticida; alimentación complementaria; parto limpio; agua, saneamiento e higiene; controlar la temperatura recién nacido; zinc, vitamina A y sales de rehidratación oral.
- El enfoque del Grupo de Cuidado trabaja para cambiar las prácticas en los hogares que pueden reducir dramáticamente este tipo de muerte que se puede prevenir.

⁵ G. Jones, R. Steketee, Z. Bhutta, S. Morris, and the Bellagio Child Survival Study Group. 2003. How many child deaths did we prevent this year? *The Lancet* 362: 65–71.

LECCION 3: CRITERIOS PARA LOS GRUPOS DE CUIDADO

Objetivos basados en logros

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Identificado los criterios del modelo de Grupos de Cuidado.
- Realizado un listado de razones por las cuales los tres criterios del GC son importantes.

Duración

2 horas

Materiales necesarios:

- Lección 3, Hoja de trabajo 1: Hoja de trabajo sobre los criterios de Grupos de Cuidado.
- Lección 3, Hoja de trabajo 2: Establecer los criterios del Grupo de Cuidado.
- Lección 3, Hoja de trabajo 3: Notas adicionales para la referencia del facilitador acerca de los Criterios del programa Grupos de Cuidado.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes: “Ahora que han aprendido la estructura del enfoque de los Grupos de Cuidado y están familiarizados con los términos asociados con el modelo del Grupo de Cuidado, es momento de ver más atentamente lo que distingue el enfoque Grupo de Cuidado de otros modelos para Cambio de Comportamiento, que pueden a primera vista, parecer los mismos.
 - 1b. Preguntar: ¿Qué otros modelos han visto o escuchado de que parecen tener estructuras similares o criterios del modelo de Grupo de Cuidado? Las respuestas podrían incluir: grupos de apoyo madre a madre, grupos de amigos jóvenes y otros.
2. Criterios de los Grupos de Cuidado
 - 2a. Explicar a los participantes: “Si bien es cierto que Grupos de Cuidado pueden parecer similares a otros enfoques, el modelo de Grupo de Cuidado ha sido estudiado y modificado desde su creación en 1995 para que sea lo más eficaz posible. Durante ese tiempo, ciertos criterios del enfoque han demostrado ser muy importantes para su efectividad. Esto significa que todos aquellos que utilizan el enfoque del Grupo de Cuidado deben ser conscientes de las características principales para poder obtener los mismos resultados. En esta lección vamos a identificar esos criterios importantes y explicar por qué son tan importantes.”
 - 2b. Solicitar al grupo que lea la **Lección 3, Hoja de trabajo 1: Hoja de trabajo acerca de los criterios de los Grupos de Cuidado**. Explicar que en la primera columna se encuentran algunos de los criterios que las organizaciones FH y WR consideran fundamentales para la eficacia del enfoque GC. Dar a los participantes tres minutos para revisarlos.

POR FAVOR TENER EN CUENTA QUE PARA ESTE EJERCICIO, NO TODOS LOS CRITERIOS SON CONSIDERADOS. La lista completa de criterios se proporciona en la **Lección 3, Hoja de trabajo 2: Establecer criterios de los Grupos de Cuidado** y en el **Anexo 4: Definición y criterios de los Grupos de Cuidado**.

- 2c. Asignar de tres a cinco criterios a cada grupo pequeño para que lo revisen. Dar instrucciones a los participantes que llenen la segunda columna titulada: "¿Por qué es importante?" con referencia a los criterios asignados al grupo. Deben anotar sus respuestas en el espacio dentro de la columna.
 - 2d. Cuando los grupos pequeños hayan finalizado, discutir cada característica, una por una, todos juntos. Solicitar a cada grupo pequeño que comparta con el resto de los participantes acerca de sus hallazgos. Ofrecer algunas ideas de la **Lección 3, Hoja de trabajo 2: Establecer los criterios de los Grupos de Cuidado** y de la **Lección 3, Hoja de trabajo 3: Notas adicionales para la referencia del facilitador acerca de los Criterios del programa Grupos de Cuidado** según sea necesario, si los grupos no mencionan estas ideas dentro de sus respuestas.
 - 2e. Como una actividad adicional o alterna, se puede solicitar a los participantes que revisen el **Anexo 4: Definición y criterios de los Grupos de Cuidado**. Dirigir una discusión acerca de los elementos de la lista de cotejo para revisar los criterios mínimos de los Grupos de Cuidado. Mencionar cada elemento y preguntar "¿Por qué es importante?"
3. Cierre
- 3a. Mencionar a los participantes que es importante revisar todos estos criterios desarrollados por el personal de FH y WR en 2009 (y actualizado en 2010), para dar a los profesionales una definición clara de lo que un programa GC es y lo que no es.
 - 3b. Decir a los participantes que los programas que no cumplen con la definición del enfoque GC, son animados a ajustar su plan para que puedan cumplir los criterios o a que llamen su enfoque de otra manera, por ejemplo: Grupos de cascada.

Lección 3, Hoja de trabajo 1: Hoja de trabajo acerca de los Grupos de Cuidado

Nota: Esta hoja de trabajo NO contiene todos los criterios de Grupo de Cuidado, sólo una muestra representativa para los propósitos de esta actividad, para empezar a pensar en criterios del GC y por qué importan.

Criterios	¿Por qué son importantes?
1. Información esencial	
El modelo se basa en la promoción de la salud madre a madre. Voluntarias del Grupo de Cuidado (por ejemplo, "líder de madres," "madres líderes"), deben ser elegidas por las madres dentro del grupo de hogares que servirán o por los líderes comunitarios.	
El grupo meta es idealmente compuesto por todas las mujeres de edad fértil (MEF; o por lo menos todas las mujeres embarazadas y madres de niños pequeños).	
Respeto para las mujeres: la organización que implementa estos grupos debe crear con éxito una cultura de proyecto/programa que transmita el respeto por la población y los voluntarias, especialmente las mujeres.	
Cobertura del grupo meta: actividades de Cambio de Comportamiento del GC, deben tener como meta alcanzar el 100% de los hogares en el grupo meta al menos una vez al mes.	
Los GC tendrán de 10 a 15 VGC.	
Cada VGC será responsable de hasta 15 hogares de Mujeres Vecinas (MV).	
VGC deben ser elegidas por las madres por los grupos de hogares de su comunidad o por los líderes comunitarios.	
La carga de trabajo semanal de las VGC está limitado a no más de 15 familias por cada voluntaria	

Criterios	¿Por qué es importante?
2. Supervisión con apoyo	
Un Promotor no debe supervisar a más de nueve GC (Ejemplo: El radio de un promotor y Grupo de Cuidado es 1:9).	
Un promotor debe supervisar mensualmente a por lo menos una VGC de cada GC (preferiblemente una VGC de cada GC cada 2 semanas) utilizando supervisión con apoyo.	
Los Supervisores proporcionan a los Promotores supervisión con apoyo regular y retroalimentación mensualmente (como mínimo).	
3. Reuniones de Cambio de Comportamiento	
Las VGC se reúnen con sus MV asignadas dos veces al mes (recomendado), o por lo menos mensualmente.	
Los encuentros entre los Promotores y las VGC deben durar un máximo de 2 horas.	
Las VGC utilizan materiales visuales educativos (ejemplo: rotafolios).	
Se utilizan métodos de educación participativa con las VGC y al hacer la promoción de la salud a nivel doméstico o grupos pequeños.	
4. Monitoreo y Evaluación e investigación formativa	
Se debe realizar una investigación formativa, especialmente acerca de Comportamientos clave.	
VGC levantan “datos de eventos de vitales” acerca de embarazos, nacimientos y defunciones.	

Lección 3, Hoja de trabajo 2: Establecer los criterios para los Grupos de Cuidado⁶

Justificación para este documento

El personal de *World Relief* (WR) desarrolló el modelo de Grupos de Cuidado en Mozambique en el año 1995. *Food for the Hungry* (FH) adoptó el modelo en Mozambique en 1997 después de discusiones con el personal del proyecto de WR, y ambas organizaciones fueron las pioneras en el uso del modelo desde entonces. El Grupo de Cuidado es un grupo de voluntarias comunitarias, educadoras de salud, que se reúnen regularmente junto con el personal del proyecto para su formación y supervisión. Se diferencian de los grupos típicos de madres en que cada voluntaria es responsable de visitar regularmente de 10 a 15 de sus vecinas, compartir lo que ha aprendido y promover el Cambio de Comportamiento a nivel del hogar. Los GC crean un efecto multiplicador equitativamente a todos los hogares beneficiarios con Comunicación para el Cambio de Comportamiento interpersonal, incluyendo la promoción de la utilización de servicios de salud. También proporcionan la estructura de un sistema comunitario de información de salud que comunica acerca de nuevos embarazos, nacimientos y defunciones detectadas durante visitas a domicilio.

Desde 1995, WR, FH y más de 24 organizaciones voluntarias privadas (PVO) en más de 21 países han "adoptado el modelo", pero el grado al que las organizaciones se adhieren a los componentes originales del modelo varía enormemente. Aunque ha habido mayor atención al modelo y su eficacia en la reducción de mortalidad infantil (por ejemplo, mencionado en el reporte de UNICEF del año 2008 sobre el Estado de los niños del mundo), existe el peligro de que las amplias variaciones en lo que se conoce como un "Grupo de Cuidado" por distintas agencias dará lugar a malentendidos sobre el modelo y el uso de estrategias menos eficaces que no encajan dentro del modelo. Estas variaciones, a su vez, podrían llevar a menores oportunidades para abogar por el modelo GC y su papel en la supervivencia infantil, puesto que el término "Grupos de Cuidado" puede llegar a significar muchos aspectos diferentes para diferentes personas y, probablemente, desarrollará un historial muy variado. Ya existen situaciones en las que individuos y organizaciones están definiendo los GC como "cualquier grupo donde se enseña a la gente a enseñar a otra gente". Dados los resultados excelentes y de bajo costo que se han reportado en los Programas de Supervivencia y Salud Infantil de USAID y proyectos de Título II de seguridad alimentaria en términos de disminución de la mortalidad y morbilidad usando Grupos de Cuidado, resulta importante definir los criterios oficiales para el modelo de Grupo de Cuidado.

Durante las reuniones entre los miembros del personal WR y FH el 23 de abril de 2009, se acordaron los criterios de los GC en la siguiente tabla como una lista en borrador. La lista se divide entre los criterios que deberían ser obligatorios que estén presentes cuando se utiliza el término "Grupo de Cuidado" y otros criterios que se consideran útiles para ser incluidos en el modelo, pero no necesariamente obligados. Se realizaron ediciones a esta lista por los dos fundadores del modelo, el Dr. Pieter Ernst y el Dr. Muriel Elmer. Esta lista se presentó a otros

⁶ Los criterios del Grupo de Cuidado y esta hoja de trabajo fueron creados por Alyssa Davis, MSP y Muriel Elmer, Dr., quienes trabajaron en WR; Pieter Ernst, MD, Rachel Hower, MSP, y Melanie Morrow, MSP, de WR; y Tom Davis, MSP, Carolyn Wetzell, MPH, y Sarah Borger, MSP, de FH. Este documento fue revisado por última vez el 12 de noviembre del 2010.

profesionales de la salud comunitaria durante la reunión del grupo *CORE Spring* en abril del 2010, y fueron realizadas otras revisiones con base en los insumos proporcionados.

Por supuesto, es imposible aplicar el uso de estos criterios — la gente utilizará el término cómo desean — pero el disponer de dos organizaciones que son reconocidas por tener una historia de implementación y promoción de los GC de forma extensa (una de ellas es la que desarrolló el modelo original), que definen los criterios formales, debe proporcionar una base más fuerte para el reconocimiento del modelo e incentivar una mayor adherencia a los componentes más eficaces del modelo. También esperamos que al informar a los donantes y a otros sobre estos criterios, estos se usarán para decidir en qué medida una estrategia de implementación propuesta realmente se basa en el modelo GC. El grupo *CORE Group Social & Behavioral Change Working Group* ha ayudado con la difusión de este documento, y esperamos que esto legitimará aún más la lista y conducirá a un mejor cumplimiento de los criterios recomendados. La tabla siguiente lista los criterios necesarios y sugeridos junto con una justificación para cada uno.

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
Requeridos	
<p>1. El modelo se basa en la promoción de la salud entre pares (madre a madre para comportamientos de salud materno-infantil y nutrición). Voluntarias de Grupo de Cuidado (por ejemplo, "líder de madres," "madres líderes") deben ser elegidas por las madres de la comunidad que servirán o por los líderes comunitarios.</p>	<p>Los GC no son lo mismo que los clubes de madres, donde las madres simplemente son educadas en un grupo. Un elemento esencial es que las mujeres sirvan como modelos a imitar (adoptadoras tempranas) para promover la adopción de nuevas prácticas por sus vecinas. Existe evidencia que los "líderes del vecindario" (como la VGC) pueden ser más eficaces⁷ en la promoción de la adopción de comportamientos entre sus vecinos que otros que no las conocen. La VGC deben ser madres de niños pequeños u otras mujeres respetadas de la comunidad. Las VGC son elegidas por sus vecinas (o por un consenso de líderes comunitarios [formales e informales]) así serán más dedicadas a sus puestos de trabajo⁸, y creemos que será más eficaz en su comunicación, la confianza de las personas a quienes sirven, y más dispuesta a servir a los demás recibiendo poca compensación.</p>
<p>2. La carga de trabajo de la VGC es limitada: No más de 15 familias por VGC.</p>	<p>El tener a una voluntaria entrenada para atender a más de 30 es asociado con el enfoque tradicional del trabajador comunitario de salud y, para que ese modelo dé resultados se necesitan incentivos financieros más regulares y sostenibles. En el modelo GC, el número de hogares por VGC se mantiene bajo para que encaje mejor con el tiempo disponible de las voluntarias y da lugar a que haya menos incentivos financieros. Además, existe evidencia de que el tamaño ideal de un "grupo de simpatía" — el cual es un grupo de personas a quien se le dedica la mayor parte del tiempo — es de 10 – 15 personas.⁹</p>

⁷ S.M. Burn. 1991. Psicología Social y la estimulación de reciclar comportamientos: El enfoque de líder del vecindario. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 611–629.

⁸ Investigación formative en GC en Sofala, Mozambique, demostró que las VGC escogidas por las madres de la propia comunidad, están 2.7 veces más dispuestas a servir durante toda la vida del proyecto (p=0.009).

⁹ Ver M. Gladwell. 2002. *The tipping point*, Little, Brown, & Co publishers, pp. 175–181.

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
<p>3. El tamaño de un GC se limita a 16 miembros y la asistencia es monitoreada.</p>	<p>Para lograr un aprendizaje participativo, el número de la VGC en el enfoque de GC debe ser entre seis y 16 miembros. Como con los grupos focales, con menos de seis miembros, el diálogo es a menudo escueto y con más de 16, a menudo no hay tiempo suficiente para que todos puedan contribuir y participar plenamente. Una tasa baja de asistencia (menos de 70%) en las reuniones de GC es a menudo una indicación de que algo anda mal en alguna parte, podría ser la metodología de enseñanza o la actitud del Promotor. Detectar la inasistencia ayuda a la organización a identificar problemas temprano en el proyecto. La asistencia debe ser monitoreada.</p>
<p>4. El contacto de las VGC con las madres participantes asignadas y la frecuencia de las reuniones de GC son monitoreadas y deben llevarse a cabo como mínimo una vez al mes, preferiblemente dos veces al mes.</p>	<p>Para establecer la confianza y la comunicación regular con las madres con la que trabaja la VGC, es necesario tener al menos contacto mensual con las madres participantes una vez al mes. Asimismo, las reuniones del GC deben realizarse como mínimo una vez al mes. También se estima que el tiempo que se ocupa en tener contacto entre la VGC y las madres (y otros miembros de la familia) tiene una correlación directa con el Cambio de Comportamiento. Es preferible tener ese contacto dos veces al mes, así como procurar las reuniones de GC de forma bimensual, puesto que el modelo original de GC se basó en esta frecuencia de reuniones (después de experimentar para definir qué frecuencia ayuda a la mayoría de las madres en la retención de material).</p>
<p>5. El plan es llegar a 100% de los hogares en el grupo objetivo preferentemente una vez mensualmente, y el proyecto logra al menos un 80% la cobertura mensual de los hogares dentro del grupo objetivo. La cobertura es monitoreada.</p>	<p>Con el fin de crear un entorno social propicio para el Cambio de Comportamiento, es importante que muchas madres adopten las nuevas prácticas que se promueven. El Cambio de Comportamiento es mucho más probable que suceda cuando hay contacto regular y directo con todas las madres de niños pequeños (en lugar de alcanzar solamente una pequeña proporción de las madres) y más probable cuando hay contacto con todas las casas en una comunidad (pero este enfoque probablemente sería más costoso). A veces hay una combinación de encuentros y contactos domésticos individuales con madres beneficiadas, pero por lo menos algunas visitas domiciliarias deben incluirse. Respecto con r la asistencia a las reuniones de grupo con madres beneficiarias, cualquier madre que no asista a un encuentro, debe recibir una visita familiar. Las visitas domiciliarias son útiles para ver la situación en casa y tratar de alcanzar a más personas del hogar, aparte de la madre, como la abuela, hija o suegra.</p>
<p>6. VGC levanta datos sobre acontecimientos vitales como embarazos, nacimientos y defunciones.</p>	<p>El levantamiento regular de datos de los eventos vitales ayuda a la VGC para descubrir los embarazos y nacimientos de manera oportuna y estar atento a las defunciones en su comunidad (y las causas de esas muertes). Los eventos vitales de salud deben reportarse durante las reuniones del GC, para que los datos sean registrados por la líder del GC (generalmente usando un registro que ella mantiene) y discutidos por los miembros del GC. Los puntos de discusión deben basarse en hacer conexiones entre su trabajo y los eventos vitales de salud en la comunidad (por ejemplo, ¿qué podemos hacer para prevenir este tipo</p>

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
	de muerte en el futuro?). Esto debe hacerse por lo menos una vez al mes para que la información no sea olvidada por las voluntarias durante períodos más prolongados de tiempo.
7. La mayor parte de lo que se promueve a través de los GC crea Cambio de Comportamientos dirigidos hacia la reducción de la mortalidad y desnutrición (por ejemplo, Acciones esenciales para la nutrición [AEN], Acciones esenciales para la higiene [AEH]).	Este requisito se incluyó principalmente con fines de hacer injerencia política. Se desea establecer que el enfoque GC puede conducir a grandes reducciones en la mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil, para que se adopte en cada vez más entornos y así lograr los objetivos de desarrollo del milenio. Mientras que el enfoque en cascada o multiplicador utilizado en los GC puede ser conveniente para otros fines (por ejemplo, educación sobre la agricultura), se sugiere que se utilice un término diferente para los modelos (por ejemplo, " Grupos cascada con base en el modelo GC").
8. La VGC utiliza algún tipo de herramienta visual para la enseñanza (por ejemplo, rotafolios) para hacer la promoción de la salud a nivel del hogar.	Se estima que proveer a las VGC de herramientas visuales para la enseñanza ayuda a guiar la promoción de la salud que ellas realizan, les da más credibilidad en los hogares y las comunidades que sirven y ayuda a mantenerlas enfocadas "en el mensaje" durante la promoción de la salud. La naturaleza visual de la herramienta de enseñanza también ayuda a las madres a retener el mensaje ya que lo escuchan y lo miran.
9. Los métodos participativos de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) se utilizan en el GC con la VGC y por voluntarios al hacer la promoción de la salud a nivel domiciliar o en grupos pequeños.	Se deben aplicar los principios de educación de adultos con las GC y las VGC puesto que estos han demostrado ser métodos más formales y más eficaces que el realizar conferencias y utilizar métodos más formales para enseñar a los adultos.
10. El tiempo de instrucción en el GC (cuando un Promotor enseña a las VGC) tiene un límite de 2 horas por encuentro.	Las miembros de GC son voluntarias y, como tales, se debe respetar su tiempo. Se ha evidenciado que al limitar el tiempo de reunión a una o dos horas ayuda a mejorar la asistencia y limita sus solicitudes de remuneración por su tiempo. (Esta instrucción debe incluir métodos interactivos y participativos).
11. Al menos una vez al mes se debe supervisar a los Promotores y al menos una VGC (por ejemplo, el levantamiento de datos, observación de habilidades).	Para que la labor de los Promotores (quienes enseñan a las VGC) y de las VGC sean eficaces, se debe dar retroalimentación y supervisión con apoyo de una manera periódica (mensualmente o más seguido). Para la supervisión de la VGC, el patrón usual es que el Promotor supervise a través de la observación directa por lo menos a una voluntaria luego de que se haya llevado a cabo la reunión del GC.
12. Todas las beneficiarias de una VGC deben vivir dentro de una distancia que facilite visitas frecuentes a las casas y todas las VGC debe vivir a menos de 1 hora a pie del	Es preferible que la VGC no tenga que caminar más de 45 minutos para llegar a la casa más lejana que ella visita para que no se dificulte las visitas regulares. (En muchos proyectos de GC, el tiempo de viaje promedio es mucho menor que este.) Esto también hace más probable que ya haya tenido una relación previa con la gente a quien está visitando. Antes de empezar el GC, debe evaluarse la densidad

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
punto de reunión con el Promotor.	poblacional de un área. Si un área es tan escasamente poblada que una VGC tiene que viajar más de 45 minutos para reunirse con la mayoría de sus madres beneficiarias, entonces la estrategia GC puede no ser la más apropiada para utilizar.
13. La organización que implementa estos grupos debe crear con éxito una cultura de proyecto/programa que transmita el respeto por la población y los voluntarios, especialmente las mujeres.	Durante la investigación operacional llevada a cabo cerca del final del proyecto de GC de FH en Sofala, las VGC ("líderes de madres") se les preguntó quiénes las respetaban ahora, que no las respetaban antes: el 86% mencionó a las otras madres/mujeres, 64% a los líderes comunitarios, 61% a sus maridos, 45% a sus padres o suegros, 41% a los miembros de la familia extendida y el 25% mencionó al personal de la prestadora de salud. Se estima que una parte importante de este modelo es fomentar el respeto por las mujeres, por lo que los implementadores deben hacer de esto una parte explícita del proyecto, así como promover estos valores entre el personal del proyecto e idealmente medir si las VGC sienten ese respeto.
Sugeridos	
1. Debe realizarse una investigación formativa, especialmente en los comportamientos claves promovidos.	Una revisión de los proyectos más eficaces en términos de Cambio de Comportamiento para la lactancia materna exclusiva y lavar las manos con jabón encontró que incluían una investigación formativa (por ejemplo, análisis de barreras, estudios de Hacedor/No-hacedor) sobre los comportamientos. El uso sistemático de investigación formativa de comportamientos resultará en mejores tasas de adopción. La investigación formativa también ayuda a asegurar que las conductas promovidas por el personal del proyecto son más factibles para los miembros de la comunidad.
2. El radio de Promotor: GC no debe ser mayor que 1:9.	Para que los Promotores conozcan y tengan la confianza de aquellos con los que trabajan, es mejor limitar el número de voluntarias a 150, o nueve grupos (suponiendo el tamaño del GC es entre seis y 16 miembros). Algunas investigaciones de las ciencias sociales que confirman nuestra máxima "capacidad de canales sociales" — el máximo número de personas con quien podemos tener una relación genuinamente social — es de alrededor de 150 personas (y 9 grupos x 16 personas = 144).
3. La medición de muchos de los indicadores a nivel de resultados debe realizarse anualmente como mínimo.	Se ha encontrado que la medición regular de al menos algunos indicadores clave del nivel de resultados sobre una base anual es útil para saber lo que está cambiando y lo que no a un tiempo prudencial para hacer algo al respecto.
4. Diferencias sociales o educativas entre el Promotor y la VGC no deben ser demasiado extremas (por ejemplo, tener un Promotor con un grado de licenciatura trabajando con la VGC).	Mantener la diferencia educativa entre el promotor y VGC al mínimo es útil para hacer más probable que los promotores usen lenguaje/conceptos que pueda entender la VGC. También ayuda a mantener bajos los costos del modelo.

Lección 3, Hoja de trabajo 3: Notas adicionales para el facilitador acerca de los criterios del programa de Grupos de Cuidado

1. El grupo meta idealmente debería ser todas las mujeres en edad fértil (MER), o por lo menos embarazadas y madres de niños pequeños.

¿Por qué es importante?

- El modelo se basa en la promoción de la salud de madre a madre.
- Las mujeres embarazadas y los niños pequeños son más vulnerables a la muerte y a la enfermedad, así que las intervenciones de salud pueden tener el mayor impacto en estos grupos.
- Idealmente los programas alcanzarían a todas las MER, pero ciertos requisitos o restricciones de las subvenciones podrían limitar que esto pase.

2. El plan es llegar a 100% de los hogares en el grupo meta (y lograr al menos el 80% asistencia mensual).

¿Por qué es importante?

- Con el fin de crear una "norma social" (no que solo una persona cambie de comportamiento, sino que muchas lo hagan y se exhorten entre sí) se necesita un programa para alcanzar a la mayoría o la totalidad de los hogares con mujeres podrían quedar embarazadas, que estén actualmente embarazadas o que tengan niños pequeños (menores de 5 años).
- Las personas son más propensas a cambiar cuando otros alrededor de ellos están escuchando el mismo mensaje y hablando de hacer sus propios cambios
- El manual de *World Relief* de los GC dice, "Las comunidades que han cambiado: En una comunidad participante, hay al menos un grupo de atención voluntaria por cada 10 – 15 hogares, el cual está liderando el camino a mejores prácticas de salud. El Cambio de Comportamiento se convierte en algo más que una decisión individual — se convierte en un movimiento social que involucra a toda la comunidad."¹⁰
- Durante la creación de una nueva norma social en la comunidad, todos escuchan el mensaje juntos. De esta manera la comunidad en su conjunto puede realizar cambios juntos.
- El aprendizaje comunitario conlleva a un aumento del cambio.

3. Los GC no debe tener más de 15 voluntarias.

¿Por qué es importante?

¹⁰ Megan Laughlin and the World Relief Health Team. 2010. *A Guide to Mobilizing Community-Based Volunteer Health Educators: The Care Group Difference*. MD: World Relief.

- Cuanto mayor sea el grupo, menos tiempo le deja a las participantes para formular preguntas y a las VGC discutir e interactuar con las madres
- Si hay menos de 15 personas, más fácilmente se puede interactuar con cada una de ellas.
- Cuando los grupos se convierten en más de 15 personas, algunas personas comienzan a dominar la conversación y otros dejan de hablar. En un grupo con más de 15 participantes se dificulta exhortar, discutir, abordar los problemas de los demás, así como tener una buena facilitación y participación.

Tamaño de grupo y participación

Fuente: Jenny Rogers (1989)

3–6 personas: Todos hablan.

7–10 personas: Casi todos hablan.

Los más callados hablan menos

Uno o dos no hablarán.

11–18 personas: 5 o 6 personas hablarán mucho.

3 o 4 hablarán ocasionalmente.

19–30 personas: 3 o 4 personas dominarán.

30+ personas: Permite poca participación

4. Las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) deben tener responsabilidad de un máximo de 15 hogares (de mujeres vecinas [MV]).

¿Por qué es importante?

- Las VGC son voluntarias y deben ser capaces de sostener las actividades requeridas por el programa. Si se pide demasiado de ellas, no se quedarán en el programa.
- Muchos practicantes encuentran que funciona mejor con un número máximo aún más bajo de los hogares; 10 – 12 hogares parece ser del tamaño adecuado para las VGC.
- Es ideal que las VGC formen fuertes lazos con las familias (de MV) con las que se reúnen. Por ejemplo:
- Ser amigo de alguien requiere una cierta cantidad de tiempo y energía emocional. Se produce una sobrecarga emocional si nos preocupamos por 10 – 15 personas debido a que es difícil lidiar con la tensión emocional y las energías necesarias para hacerlo.
- De la misma manera, es importante que la VGC pueda invertir en la gente que conoce y tenga el tiempo y energía para involucrarse en las vidas de aquellos a quienes visita.

Ejemplo de Etiopía

En un programa de FH en Etiopía, el socio local ya tenía un grupo de 20 personas reuniéndose cada semana. Así, se agregaron a más participantes y comenzaron a enseñar algunas de las prácticas de salud a un grupo de hasta 50 personas a la vez. Como resultado, hubo muy poco Cambio de Comportamiento entre los miembros de este grupo, porque era tan grande que la gente no fue capaz de interactuar, hacer preguntas o relacionarse con el facilitador. Y, porque los participantes no se encontraban entre los 10 – 15 vecinos más cercanos del facilitador, no podían ver directamente "los Comportamientos", por lo que no sirvió como un modelo a seguir para ellos.

Basado en investigaciones anteriores, 16 hogares son demasiados para que una VGC pueda manejar. Se sugiere que sean de 10 – 15 hogares por VGC. Si se excede este número, reduce

considerablemente la calidad de las interacciones de la VGC. Si se agregan hogares, crece la tasa de deserción y menor el cambio.

Usted se puede preguntar, ¿cómo podemos llegar a casi todos los hogares (80 – 100%) si la VGC sólo puede alcanzar a 10 – 15 casas?

- Es necesario asegurarse de tener un número suficiente de VGC para tener cobertura de saturación, y efectivamente llegar a casi todos los hogares en nuestro grupo meta.
- No sobrecargar a las VGC con demasiados hogares. Asegúrese de que su presupuesto incluya la cantidad correcta de VGC para cubrir a toda la comunidad.

5. Cuando sea posible, la VGC debe ser elegida por las madres en sus grupos.

¿Por qué cree que esto es importante?

- La gente elegirá a alguien que respetan y están dispuestos a escuchar. Un voluntario elegido por alguien ajeno es menos probable que sea aceptado por la comunidad.
- La comunidad tendrá cierta reticencia a escuchar ideas de un extraño. Si un voluntario es "uno de los suyos" ya se sienten cómodos y dispuestos a escuchar los mensajes.
- Las investigaciones han encontrado que utilizar a un vecino para discutir temas sensibles es más eficaz que hacerlo a través de un extraño.
- Las VGC elegidas probablemente no practican los comportamientos deseados. Es responsabilidad del Promotor ayudar a las VGC a cambiar su propio comportamiento.
- Es muy importante que los promotores realmente inviertan en compartir y exhortar a la VGC a que cambien, y que los Promotores y Supervisores sean modelos de ese cambio.

Grupos de Simpatía

En su libro *The Tipping Point*, Malcolm Gladwell explica qué son los grupos de simpatía y por qué son tan importantes: "Hacer una lista de todas las personas cuya muerte le dejaría verdaderamente devastada. Lo más probable es que escribirá como 12 nombres. Al menos, es la respuesta promedio que la mayoría da a esa pregunta. Esos nombres conforman lo que los psicólogos llaman nuestro grupo de simpatía. ¿Por qué no son más grandes los grupos? En parte es una cuestión de tiempo. ...Para ser amigo de alguien requiere una inversión mínima de tiempo. Más que eso, se necesita energía emocional. Cuidar de alguien profundamente es agotador. En cierto momento, cuando tenemos entre 10 y 15 personas, empezamos a sobrecargarnos."

Ejemplo de Guatemala: Curaméricas Global

La promoción de la lactancia materna exclusiva realmente despegó después de que una de las Promotoras amamantara exclusivamente a su propio bebé. Personal y voluntarios fueron igualmente sorprendido cuán hermoso y saludable era la bebé y lo bien que estaba creciendo. Dijeron que no creían realmente que la LME funcionara hasta que lo vieron con sus propios ojos. Después de que fueron convencidos, fue mucho más fácil para todos el promover decididamente la LME.

- El modelo GC se basa en la promoción de comportamientos entre pares (de igual a igual). Las VGC elegidas serán modelos (adoptadores tempranos) del comportamiento.
- Si la VGC ha realizado cambios en su propia vida, de los cuales el vecindario es testigo, será de mucho más fácil y eficaz la promoción del Cambio de Comportamiento comparado con aquellas que no "practican lo que predicán".
- Es muy importante que los voluntarios y el personal del proyecto practiquen primero los comportamientos y crean en su valor para que puedan ser buenos modelos para las MV.
- Una vez la VGC está convencida de que el nuevo comportamiento funciona, su influencia y credibilidad en la comunidad y su capacidad para ser modelo de rol aumentarán en gran medida.
- Se debe animar pero no presionar al personal del proyecto y la VGC a que prueben las prácticas claves. Una presión excesiva puede provocar resistencia. El cambio lleva tiempo, no sucede de la noche a la mañana.
- Cuanto más la VGC enseñe a otros acerca de cómo cambiar el comportamiento, mayor es la probabilidad de que cambien su propio comportamiento.

Nota: A veces no es posible para las madres seleccionar a las VGC. Hay ejemplos exitosos, como los proyectos de Vurhonga de WR en Mozambique, donde las madres no seleccionaron a la VGC. Si no es posible utilizar las VGC, tal vez porque se espera que los trabajadores comunitarios del Ministerio de salud cubran este rol, no habrá que darse por vencido, todavía se pueden tener grandes resultados. El personal del proyecto debe estar consciente que en este caso los trabajadores comunitarios o voluntarias pueden tener que trabajar intensamente para ganar la confianza y el respeto de los hogares que sirven y deben abordar esta preocupación en las reuniones de los GC.

6. Todos los beneficiarios de una VGC deben vivir dentro de una distancia que facilita frecuentes visitas a los hogares, y todas las VGC deben vivir a menos de 1 hora a pie del punto de reunión con el Promotor.

Algunas reestructuraciones de los grupos pueden ser necesarias si las voluntarias y los grupos no se ajustan a este requisito.

Esto asegura que respetamos el tiempo y la carga de trabajo de las voluntarias.

7. Cada Promotor debe ser responsable de un máximo de nueve GC.

- Para que los Promotores conozcan y tengan la confianza de aquellos con los que trabajan, es mejor limitar el número de voluntarias a 150, o nueve grupos (suponiendo el tamaño del GC es entre seis y 16 miembros).
- Algunas investigaciones de las ciencias sociales confirman que nuestra máxima "capacidad de canales sociales" — el máximo número de personas con quien podemos tener una relación genuinamente social — es de alrededor de 150 personas.
- Recordar que nueve GC por Promotor deben ser el máximo. El número real será conforme el contexto específico, dependiendo de factores que incluyen: la densidad de población y

geografía (tiempo de viaje del Promotor entre los GC), si los Promotores trabajan a tiempo completo o parcial y si tienen otras responsabilidades.

- Por ejemplo, considere a un Promotor trabajando a tiempo completo que tiene 8 GC que se reúnen cada 2 semanas. Son 8 reuniones de grupo × 2 reuniones cada 2 semanas = 32 sesiones por mes. Supongamos que cada sesión de GC tarda aproximadamente medio día, incluyendo el tiempo de viaje. Esto equivale a 16 días de trabajo total y deja solo 4 días más al mes para informe escritos, reuniones cada dos semanas con los Supervisores, visitas de supervisión de apoyo con VGC y varias reuniones con líderes locales, personal de los servicios de salud y líderes comunitarios — ¡un horario bastante intenso!
- En las zonas más densamente pobladas o periurbanas, donde el tiempo de viaje entre grupos es mínima, es posible para un promotor reunirse con más GC al día, lo que liberaría también tiempo para visitas adicionales de supervisión con apoyo.

8. Los Promotores supervisarán a por lo menos una VGC de cada GC una vez al mes (preferiblemente una VGC de cada GC cada 2 semanas).

¿Por qué las voluntarias deben ser supervisadas?

- Si las voluntarias comparten información inexacta o no llevan a cabo todas sus responsabilidades pueden hacer más daño que bien.
- Los proyectos son responsables con sus donantes para asegurarse de que las metas del programa se cumplan.
- Los Promotores supervisarán con una lista de mejora y verificación de calidad (LMVC). Esto anima a las voluntarias y les hace sentir que su trabajo es valorado.

9. La cantidad de contactos de las VGC con sus madres beneficiarias asignadas y la frecuencia de reuniones de GC deben ser por lo menos una vez al mes, preferiblemente dos veces al mes.

Visitas domiciliarias y reuniones del grupo con MV: ¿Cuál es el equilibrio adecuado?

Muchos implementadores recomiendan que las VGC conduzcan una reunión de grupo con MV y realicen visitas domiciliarias mensuales. Esto parece ser la combinación ideal, donde sea factible.

Las reuniones de grupo son una oportunidad para que las MV refuercen el aprendizaje y se proporcionen apoyo entre ellas mismas, lo cual da lugar a una consolidación más rápida del Cambio de Comportamiento, a la vez que cambia las normas comunitarias.

Las visitas domiciliarias permiten que las MV discutan las preocupaciones privadas con las VGC. Además, les da a las VGC la oportunidad de compartir mensajes educativos y prácticas claves con otros miembros del hogar, como padres, abuelos y otros parientes. Esto proporciona una poderosa oportunidad para apoyar a toda la familia y para aumentar el apoyo a las familias para que adopten los cambios que se desean promover.

De esta manera se obtienen los beneficios de las visitas al hogar y el ambiente del grupo de apoyo.

En la práctica, algunas MV siempre se reúnen en grupos, y la VGC solo realiza visitas domiciliarias a quienes hayan faltado a la reunión de grupo. Algunos proyectos solamente conducen visitas domiciliarias. Sin embargo ambas actividades son sugeridas, aunque a veces es necesario adaptarse a las situaciones locales y las sensibilidades. Para más información ver [Anexo 9: Grupos de Cuidado y lugares con bajo capital social: El ejemplo de Curaméricas en Guatemala.](#)

¿Por qué es importante esta cantidad de visitas domiciliarias y reuniones de grupos?

- Las visitas regulares con las MV y sus familias construyen confianza y simpatía (como en los grupos de simpatía discutidos al final del punto 4).
- Las reuniones regulares construyen relaciones fuertes entre las VGC y sus vecinas. A medida que la relación entre las VGC y las MV mejora, mayor será el Cambio de Comportamiento, ya que las VGC las llevará a través de las etapas del cambio.
- Conducir reuniones regulares permite buenas relaciones durante un período prolongado de tiempo. Cuanto más se reúnan las VGC con las MV, más desarrollarán relaciones profundas y más el programa se convierte en sostenible, pues el reírse y discutir los hábitos de salud se convierten en parte de la dinámica de la comunidad.
- Tener contacto frecuente permite a las VGC reforzar las lecciones anteriores y facilita el mayor estímulo y seguimiento de las actividades. Por ejemplo, la VGC podría decir: "hace dos semanas se propuso lavarse las manos después de usar la letrina. ¿Cómo va eso? ¿Pudo hacer esto cada vez que usó la letrina?"
- Las reuniones regulares ayudan a que la comunidad se apropie del concepto de los grupos después de que la financiación del programa haya terminado.

10. Las VGC utilizan herramientas visuales de enseñanza como rotafolios para promover la salud y la nutrición en cada hogar.

¿Por qué es importante?

- Los rotafolios orientan las discusiones para asegurarse de que las VGC compartan los mensajes consistentemente.
- Las imágenes sirven como recordatorios, mientras que las palabras ayudan a los quienes sí saben leer a recordar las prácticas claves para cada imagen.
- Las fotos son atractivas y despiertan la curiosidad de las personas. No solamente sirven como apoyo en la enseñanza, sino que motivan a los beneficiarios a escuchar, ver y aprender.

11. Las VGC utilizan métodos participativos de aprendizaje en un entorno educativo no formal para llevar a cabo la promoción de la salud en cada hogar.

El entorno educativo no es formal. Las VGC no están en un entorno de escuela o universidad, que facilitan la educación formal.

¿Qué es aprendizaje participativo?

- No es solo dar información. Es más que un diálogo bidireccional entre el facilitador y los participantes.
- Incluye ver, escuchar, hacer, discutir y pensamiento crítico. Es un método de aprendizaje más activo.

- Se trata de darse apoyo madre a madre y compartir experiencias, aprender una de la otra, ayuda y motivación mutua para encontrar formas de superar las barreras que puedan existir para realizar la práctica los nuevos comportamientos.
- Las VGC ayudan a los miembros del hogar a interactuar con el aprendizaje a través de la discusión, dibujo, escritura, actuación y respuestas verbales, que son más eficaces que sólo decirle a la gente qué hacer.
- Una metodología participativa ayuda a las participantes a conectar con el material de forma emocional y mental para recordar más y motivar a practicar lo aprendido.

12. Las VGC levantarán información sobre embarazos, nacimientos y defunciones en cada hogar e informarán a los Promotores.

¿Por qué es importante?

- La recopilación de esta información ayudará a las VGC a estar más conscientes de las epidemias y los comportamientos de salud en su comunidad, así como la manera en la que su trabajo afecta a otros.
- Esta información puede utilizarse para ayudar a alertar a dispensarios locales y las comunidades de las áreas que necesitan más asistencia o intervenciones.
- Trabajando juntos, los GC, con el apoyo del promotor, identifican lo que pueden hacer las VGC para responder a una situación específica.
- Los GC deben ser diseñados de manera que permita a las VGC ser entrenadas por los ejemplos del Promotor en la manera de solucionar problemas y acerca de la comprensión de las estadísticas de salud de la comunidad. Así, cuando termine el programa, las VGC saben exactamente cómo interpretar la información que recogen.

Autopsias verbales para descubrir causas de muerte

En algunos proyectos, los Promotores u otros miembros del personal pueden llevar a cabo una autopsia verbal, que también se llama una autopsia social. Las autopsias verbales debatirán sobre las circunstancias de un evento de salud, signos de enfermedad, comportamientos y las barreras para la búsqueda de atención de salud que se vivieron, de forma que puedan aprender más sobre probables causas y circunstancias que causaron la muerte de un niño o una mujer. Esto ayuda a determinar las medidas para prevenir muertes adicionales por causas iguales o similares.

Por ejemplo, un proyecto encontró que la mortalidad materna aumentó el fin de semana debido a que las clínicas fueron cerradas porque los médicos del Ministerio de Salud no estaban trabajando. El proyecto trabajó con la comunidad para establecer un sistema por el que los proveedores de salud del proyecto estuvieran de guardia durante los fines de semana para asistir las emergencias.

Las autopsias verbales deben ser utilizadas con mucho cuidado y llevadas a cabo por personal entrenado, para que ni los miembros de la familia, voluntarias o miembros del personal se sientan que han sido culpados de la muerte. Cuando se hace muy cerca de la muerte o sin sensibilidad, la experiencia de la autopsia verbal puede tornarse traumática para la familia que está de luto. Cuando se realiza con sensibilidad por un personal bien entrenado y empática puede ayudar a los miembros de la familia a sentir que su pérdida ha sido tomada en cuenta con respeto y que compartir su experiencia puede ayudar a otros en el futuro.

¿De qué forma puede el nivel de levantamiento de datos contribuir a iniciativas de salud?

- Si la comunidad cuenta con comités de desarrollo comunitario u organizaciones similares, tales como comités de salud, a menudo una o más VGC se convierte en miembro. Las VGC son capaces de proporcionar actualizaciones de datos recolectadas por los GC en la comunidad a cerca de estadísticas vitales e información de salud para estas organizaciones comunitarias. Estos datos equipan a los CDC para tomar decisiones informadas con respecto a situaciones que afectan a la salud de los miembros de la comunidad.
- El Ministerio de Salud puede confiar en los GC para ayudar con sus esfuerzos de movilización de la comunidad. Por ejemplo, el personal del Ministerio de Salud puede contar con las visitas domiciliarias de las VGC para tener apoyo con las campañas de inmunización o sesiones de peso y talla. Después de que el Ministerio de Salud se comunica con los líderes del GC, las VGC comparten la noticia a sus hogares asignados, generando una mayor participación para el evento.

¿Cómo levantan los datos las VGC?

- Durante las visitas domiciliarias y reuniones de grupos, preguntan sobre la salud de los miembros de familia.
- Tomar nota de nacimientos, muertes o embarazos.
- Pregunta sobre circunstancias de eventos de salud, tales como los síntomas y la respuesta de la familia.
- Durante la reunión del GC cada mes, informar verbalmente los acontecimientos vitales a todo el grupo.
- Las VGC que sean analfabetas deberían ser capaces de recordar las estadísticas vitales porque estos eventos son generalmente poco frecuentes entre sus 10 – 15 hogares asignados.
- Una VGC que sepa leer registra la información en una hoja de información y lo entrega al Promotor.

¿Cómo utilizan los Promotores los datos recolectados? Los Promotores deberán:

- Discutir inmediatamente las estadísticas vitales con las VGC a medida que reportan la información.
- Solicitar a las VGC que están dando los datos, que den una posible razón acerca del evento de salud.
- Invitar a otras VGC a que compartan sus puntos de vista acerca del evento de salud.

Ejemplos de resolución de problemas de los Promotores

Recordar a las VGC: "¿Recuerda que su vecina tenía mucho sangrado en su último embarazo? Necesitamos observarla (para señales de peligro / ayuda) en caso de que suceda con el próximo bebé."

Preguntar al GC: "tuvimos dos muertes de niños y otros 22 están enfermos. ¿Saben? qué está pasando aquí?"

- Discutir el evento de salud con las VGC, conocer sus opiniones y corregir cualquier información falsa, si fuera necesario.
- Ayudar a las VGC a correlacionar las prácticas de salud o factores ambientales con los efectos en la salud o enfermedad.
- Identificar acciones que las VGC pueden adoptar en el futuro, con base en las lecciones aprendidas de la discusión.

Este proceso de reportaje es discutido en profundidad en la **Lección 14: Monitoreo del sistema de información del Grupo de Cuidado: Introducción a los registros** y en la **Lección 15: Monitoreo del sistema de información del Grupo de Cuidado: Promotor, Supervisor y Coordinador de los informes.**

13. La investigación formativa puede usarse para ayudar a las actividades para la Comunicación para el Cambio de Comportamiento

Conducir una investigación formativa, específicamente un estudio de Determinantes locales de la desnutrición o un Análisis de Barreras, puede ayudar a su programa para centrarse en las barreras específicas que enfrenta la comunidad en el cambio de los comportamientos de interés. El uso más sistemático de investigación formativa de comportamientos dará lugar a las mejores tasas de adopción. La investigación formativa también ayuda a asegurar que las conductas promovidas por el personal del proyecto son factibles para miembros de la comunidad.

14. La carga de trabajo de un VGC está limitada a un máximo de 15 hogares por voluntaria.

- Los criterios de este enfoque requieren un máximo de 15 hogares por VGC, aunque tener de 10 a 12 hogares funciona mejor, en la experiencia de muchos profesionales.

Debe tenerse cuidado de no sobrecargar a la VGC. Ella tiene otras cosas que hacer, y si sus responsabilidades de GC son abrumadoras, ella probablemente renunciará.

LECCIÓN 4: USAR INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA FORTALECER LOS GRUPOS DE CUIDADO

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Definido “Investigación formativa”.
- Escuchado/leído la descripción del Análisis de Barreras (AB), incluyendo la lista de 12 determinantes para Cambio de Comportamiento.
- Identificado las maneras en que la investigación formativa puede ser útil en el enfoque de Grupos de Cuidado para mejorar el cambio de comportamiento.

Duración

1 hora 30 minutos

Materiales necesarios

- Lección 4, Hoja de trabajo 1: Descripción del Análisis de Barreras.
- Lección 4, Hoja de trabajo 2: Los doce determinantes del Cambio de Comportamiento.
- 12 tarjetas tipo índice con declaraciones del Comportamiento y determinantes.
- Lección 4, Hoja de trabajo 4: Ejemplos de declaraciones de Comportamientos y Determinantes.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes que el objetivo principal de esta lección es ayudarles a entender cómo utilizar los resultados de la investigación formativa para mejorar las probabilidades de que las mujeres vecinas (MV) adopten nuevos comportamientos.
 - 1b. Preguntar a los participantes: ¿Cuántos de ustedes ya han tenido experiencia con una investigación formativa en un proyecto utilizando el enfoque del Grupo de Cuidado o uno que no utiliza el enfoque del Grupo de Atención?
 - 1c. Preguntar a algunos participantes qué tipo de investigación formativa usaron.
2. ¿Qué es la investigación formativa?
 - 2a. Preguntar a los participantes lo que saben acerca de investigación formativa. Si los participantes no mencionan los siguientes puntos, agregarlos:
 - La investigación formativa se centra más en calidad que cantidad.
 - La investigación formativa tiene más probabilidad de responder a las preguntas de por qué, quién y cómo.

- La investigación formativa puede utilizar varios métodos de investigación.
 - La investigación formativa a menudo no se expresa en porcentajes.
3. Investigación formativa utilizando el Análisis de Barreras
 - 3a. Explicar que esta lección y el enfoque de GC principalmente utilizará un método de investigación llamado Análisis de Barrera (BA). Preguntar cuántos participantes están familiarizados con este método.
 - 3b. Decir a los participantes: Para equilibrar "el campo de juego" se hará referencia a una breve descripción para las personas que no están familiarizadas con el enfoque BA.
 - 3c. Distribuir **Lección 4, Hoja de trabajo 1: Descripción de Análisis de Barreras**. Pedir a los participantes que ya están familiarizados con el BA que subrayen si algo es nuevo para ellos. Responder a cualquier pregunta.
 - 3d. Distribuir **Lección 4, Hoja de trabajo 2: Los doce determinantes del Cambio de Comportamiento**. Explicar que la encuesta de BA identifica cuál de los 12 determinantes es más importante para cambiar el comportamiento. Puesto que muchos de los Determinantes son barreras, estos son considerados obstáculos para el cambio de comportamiento.
 - 3e. Dar tiempo a los participantes para que lean la descripción de los Determinantes, luego solicitar a voluntarios que den un ejemplo para cada Determinante. Por ejemplo, podrían referirse a las claves para la acción: las madres no pueden recordar todas las veces que deben lavarse las manos.
 - 3f. Recordar a los participantes que cuando hacen un AB, algunos de los 12 determinantes se revelarán como significativos. Esto significa que los programas deben abordar los determinantes (obstáculos) de alguna manera en sus proyectos para que el grupo de prioridad tenga mejores probabilidades de adoptar el nuevo comportamiento.
 4. Usar los resultados del Análisis de Barreras en el modelo del Grupo de Cuidado
 - 4a. Solicitar a uno o dos participantes que tengan experiencia con el BA (o cualquier otros resultados de investigación formativa) que describan lo que revelaron los resultados de la investigación, y cómo esos resultados fueron utilizados en su modelo de GC (u otro programa) para ayudar a remover una barrera para el Cambio de Comportamiento.
 - 4b. Compartir con el grupo el siguiente ejemplo: en la investigación realizada por la organización *Concern* en Uganda, las madres dijeron que pensaron que los líderes comunitarios no aprobaban el lavado de manos. Para solucionar este problema incorporaron una imagen de líderes comunitarios lavándose las manos en el rotafolio del GC.

- 4c. Recordar al grupo que los resultados de investigación formativa no solo informan que fotos se utilizan, pero también pueden dar información sobre los mensajes que se dan durante la reunión del GC. Los resultados también pueden informar a otros aspectos de la estrategia del proyecto (por ejemplo, colocar fotos de recordatorios de lavarse las manos en el interior de la puerta de una letrina o en la cocina).
5. Actividad: Práctica del uso de la investigación formativa
 - 5a. Integrar a los participantes en parejas. Dar a cada par una ficha con una declaración de comportamiento en él, junto con un determinante (o explicación de un resultado de investigación formativa). Pueden encontrarse ejemplos de declaraciones de comportamiento y los determinantes relacionados en la **Lección 4, Hoja de trabajo 3: Ejemplos de declaraciones del Comportamiento y Determinantes**.
 - 5b. Cada pareja de participantes debe discutir el significado de la investigación y proponer cómo abordaría los resultados que aparecen en la tarjeta.
 - 5c. Las parejas luego compartirán sus ideas con otras parejas en su mesa. Solicitarles que compartan sus sugerencias con el grupo entero.
6. Cierre
 - 6a. Recordar a los participantes que para que los resultados de la investigación formativa sean útiles, se debe actuar con base en ellos. Algunas veces, los resultados pueden influir en los diseños de los rotafolios, en el texto utilizado en la reunión del GC y a veces en otros aspectos del proyecto.

Lección 4, Hoja de trabajo 1: Descripción del Análisis de Barreras¹¹

Propósito

El Análisis de Barreras¹² (AB) es una herramienta de evaluación rápida que puede ayudar a las organizaciones a identificar por qué un comportamiento promovido tiene baja cobertura o no se ha adoptado del todo. Se utiliza generalmente al principio de un programa para determinar los mensajes claves, estrategias y actividades para estimular el Cambio de Comportamiento en seguridad alimentaria, supervivencia infantil y otros programas de desarrollo comunitario. También se utiliza en programas que ya se está implementando para determinar cómo mejorar la promoción de comportamientos que siguen mostrando tasas bajas de adopción.

Detalles del uso

Visión general. El AB explora 12 Determinantes del Comportamiento: normas sociales percibidas, autoeficacia percibida, consecuencias positivas percibidas, claves para la acción/recordatorios, susceptibilidad percibida, gravedad percibida, voluntad divina percibida, cultura y política. Se seleccionan 90 personas para ser encuestadas (45 "hacedores" y 45 "No-hacedores" del comportamiento) y se realiza una serie de preguntas para identificar qué factores Determinantes están impidiendo o permitiéndoles hacer el comportamiento. Esta comparación de personas que practican o no practican un comportamiento y es muy útil para identificar cuál de los Determinantes son los más importantes para centrarse en durante el diseño de la estrategia del Cambio de Comportamiento. La tabla de tabulación permite al usuario hacer declaraciones tales como "Hacedores del comportamiento son 5.2 veces más propensos a decir que su esposo aprueba la práctica que los No-hacedores". Con esta base, el personal del proyecto utiliza estos resultados para diseñar actividades y mensajes claves para promover cambios en relación a cada Determinante identificado como relevante (por ejemplo, convencer a las esposas que los esposos aprueban la práctica de dicho comportamiento).

Existen siete pasos en el desarrollo de un AB:

1. Definir el objetivo, el Comportamiento y el Grupo meta.
2. Desarrollar la declaración del Comportamiento.
3. Desarrollar preguntas sobre determinantes y el cuestionario para antes del taller.
4. Organizar el levantamiento de datos.
5. Levantar los datos de campo para AB.
6. Organizar y analizar los resultados.
7. Utilizar los resultados del AB

¹¹ Esta hoja de trabajo está basada en la hoja de trabajo del document de TOPS llamado "Barrier Analysis: A Food Security and Nutrition Network SBC Task Force Endorsed Method/Tool."

¹² Davis, Thomas. 2004. *Barrier Analysis Facilitator's Guide*.
http://barrieranalysis.fhi.net/annex/Barrier_Analysis_Facilitator_Guide.pdf

Audiencia habitual. La audiencia puede incluir a madres de niños pequeños, campesinos, jóvenes, niños en edad escolar y otros. El AB también puede ser utilizado entre los proveedores de servicios, tales como enfermeras, comadronas y extensión de cobertura.

Nivel de habilidad necesitado. La herramienta está destinada para ser usada por el personal de administración de proyecto y ejecutores de programas comunitarios. Tener experiencia previa con programas de cambio social y de comportamiento es útil, así como la habilidad en la realización de entrevistas, elaboración de cuestionarios y con MS Excel. El análisis se realiza manualmente con marcadores, papel y una computadora con la Tabla de Tabulación del AB en MS Excel (la cual puede ser descargada¹³ del internet).

Tiempo y personal necesario. El AB puede hacerse fácilmente por personal capacitado. El entrenamiento del AB se realiza, usualmente, durante un taller de 6.5 días, llamado: Diseñando para el Cambio de Comportamiento. Si usted tiene un equipo de 10 personas disponibles para llevar a cabo un AB, el levantamiento de datos para estudiar cada comportamiento generalmente puede hacerse en 9 o 10 comunidades durante uno o dos días (en total). La tabulación de los datos generalmente puede hacerse en un solo día. Un grupo más grande generalmente puede analizar más comportamientos en la misma cantidad de tiempo.

Limitaciones y dificultades comunes. El AB no puede utilizarse en comportamientos que son completamente nuevos, donde no puede encontrarse ningún "hacedor". El facilitador del proceso debe ser experto en ayudar a la gente a pensar en las actividades que se centran en cada determinante identificado como importante. (De lo contrario el personal del proyecto a menudo puede estar predeterminado a repetir el mismo mensaje que antes.)

Evidencia de la eficacia del método o herramienta

- El Análisis de Barreras fue diseñado por FH en 1990 con base en literatura científica acerca al Cambio de Comportamiento. Las principales teorías que apoyan el método son: El modelo de las creencias de salud y la Teoría de la acción justificada. El conocimiento no es suficiente para cambiar el comportamiento. Hay muchos determinantes diferentes que deben explorarse al diseñar una estrategia de cambio de comportamiento.
- "Análisis poderoso para el cambio¹⁴" se realizó por el grupo de trabajo CORE para el cambio social y de comportamiento (SBCWG) para comparar los proyectos que impulsaron con éxito el Cambio de Comportamiento en diferentes prácticas (por ejemplo, la lactancia materna exclusiva, lavado de manos con jabón) en comparación con aquellas que no lo hicieron. Aquellos proyectos que mostraron los niveles más altos de cambio de comportamiento utilizan herramientas de investigación formativa como AB y análisis hacedor/No-hacedor.
- El AB generalmente se ha utilizado para mejorar las prácticas de salud, nutrición y la higiene a nivel de hogar y comunidad, trabajando con el personal de salud, agentes de salud comunitarios, madres

¹³ The MS Excel file can be downloaded www.caregroupinfo.org/docs/BA_Tab_Table_Eng_9_30_10.xls. An instruction sheet for use of the BA Tabulation Table is available at www.caregroupinfo.org/docs/BA_Analysis_Excel_Sheet_Tab_Sheet_Explanation_Sept_2010.doc.

¹⁴ For an example, see http://www.coregroup.org/storage/Social_Behavior_Change/EBF_Final_Report_and_Annex.pdf.

y cuidadores. Sin embargo, la metodología se ha actualizado recientemente basada en los determinantes de la agricultura y las prácticas de manejo de recursos naturales. El más reciente manual del Diseñando para el Cambio de Comportamiento (disponible en el sitio web de la red de seguridad alimentaria y nutrición) incluye estas modificaciones. El AB puede ser útil para entender mejor todos los tipos de comportamiento a nivel comunitario, incluyendo comportamientos relacionados con cadenas de valor. Se ha aplicado en países en desarrollo e industrializados.

- El AB es práctico, ya que puede ser aplicado en un corto plazo, no requiere mucho tiempo ni dinero y produce suficiente información para el diseño de mensajes de Comunicación para Cambio de Comportamiento, estrategias y actividades para la seguridad alimentaria, supervivencia infantil y otros tipos de programas. El AB es más útil al principio de un proyecto para centrarse en las prácticas claves más vinculadas con impacto, y más tarde en un proyecto para centrarse en otras prácticas donde la adopción generalizada no ha ocurrido.

Recursos

- *Designing for Behavior Change: For Agriculture, Natural Resource Management, Health and Nutrition*. 2013. Produced by TOPS, FSN Network and CORE Group. Descargarlo en: <a://www.coregroup.org/resources/384-designing-for-behavior-change-for-agriculture-natural-resource-management-health-and-nutrition>
- Bonnie Kittle. 2013. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis*. Descargarlo en: http://www.caregroupinfo.org/docs/Practical_Guide_to_Conducting_BA_Latest.pdf
- Presentación narrada en inglés del Análisis de Barreras: <http://caregroupinfo.org/vids/bavid/player.html>

Lección 4, Hoja de trabajo 2: Los doce determinantes del Cambio de Comportamiento

Los cuatro primeros determinantes a continuación deberían explorarse siempre en una investigación formativa sobre determinantes. Estos cuatro se identifican más comúnmente como significativos, especialmente para los comportamientos de salud y nutrición.

1. **Consecuencias positivas percibidas:** Lo positivo que la persona piensa que sucederá como resultado de realizar el Comportamiento. Las respuestas a las preguntas relacionadas a las consecuencias positivas percibidas pueden revelar las ventajas (beneficios) del comportamiento, las actitudes sobre el comportamiento y percepción de atributos positivos del comportamiento.
2. **Consecuencias negativas percibidas:** Consecuencias negativas que la persona piensa que resultará de la acción. Respuestas a preguntas sobre las consecuencias negativas.
3. **Normas sociales percibidas:** La percepción de que si la gente que es importante para un individuo piensa que él o ella debería realizar el Comportamiento o no. Existen dos partes: las personas que son más importantes para el individuo en relación a un asunto determinado y la segunda es lo que esa gente piensa que el individuo deba o no hacer.
4. **Auto eficacia/destrezas percibida** La creencia de un individuo de que puede realizar determinado Comportamiento con las destrezas y conocimientos que posee en ese momento o el conocimiento, destrezas y habilidades que se necesitan para realizar un determinado comportamiento.
5. **Acceso:** El grado de accesibilidad (para la población de que se trate) para obtener los tipos de productos necesarios (Ej., fertilizantes, redes tratadas con insecticida para cubrir camas, condones) o servicios (Ej., servicios de veterinario, puestos de inmunización) necesarios para adoptar un Comportamiento dado. Esto también incluye el nivel de comodidad de la población en el acceso a los tipos de productos o el uso de servicios deseados.
6. **Claves para la acción/recordatorios:** La percepción de un individuo de ser o no capaz de recordar cuándo hacer el comportamiento y la percepción de un individuo que él/ella puede recordar cómo se hace el comportamiento. Esto también incluye eventos clave que desencadenan un cambio de comportamiento de una persona (por ejemplo, "mi cuñado tiene SIDA", "la sequía ha pasado"). Un ejemplo de recordatorios es colocar carteles en las puertas de letrinas recordando a los usuarios a lavarse las manos al salir de la letrina.
7. **Susceptibilidad/riesgos percibidos:** La percepción que tiene la persona de lo vulnerable que es ante el problema. Ejemplos: ¿Siente que es posible que sus cosechas de yuca tengan alguna enfermedad? ¿Es posible convertirse en VIH-positivo?
8. **Severidad Percibida:** Creencia de que el problema es serio (el cual podría prevenirse con el comportamiento). Ejemplos: Es más probable que un agricultor tome medidas para prevenir el moho en una cosecha almacenada si percibe que es un grave problema que podría causar daño; una madre llevará sus niños a vacunarse si percibe que las paperas son una enfermedad grave.

9. **Percepción de eficacia de la acción:** La creencia de que con la práctica del comportamiento se evitará el problema, que el comportamiento es efectivo para evitar el problema. Ejemplo: Si duerme bajo un mosquitero no le dará malaria.
10. **Voluntad divina percibida** La creencia que tiene la persona de que si es la voluntad de Dios (o de los dioses) que él o ella tenga el problema y/o que lo resuelva. Numerosos estudios de AB sin publicar han encontrado que este Determinante es importante para varios Comportamientos (particularmente para prácticas de salud y nutrición).
11. **Política:** Leyes y reglamentos que afectan los Comportamientos y el acceso a los productos y servicios. Por ejemplo, la presencia de leyes de tenencia de tierra puede aumentar la probabilidad de que una persona tome medidas para mejorar sus tierras de labranza. Una política de prueba automática de VIH durante las visitas prenatales, podría ayudar a las mujeres a hacerse este tipo de examen médico.
12. **Cultura:** El conjunto de historia, costumbres, estilos de vida, valores y prácticas dentro de un grupo definido. Puede estar asociada con la etnicidad o con estilos de vida tales como homosexualidad” o “juventud”.

Lección 4, Hoja de trabajo 3: Ejemplo de declaraciones de Comportamiento y Determinantes

Declaración de Comportamiento	Determinante	Respuesta de los entrevistados:
Nutrición		
Madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad alimentan a sus hijos e hijas todos los días con comidas de consistencia de papilla espesa.	Autoeficacia percibida	La madre no puede hacer la papilla lo suficientemente espesa.
. Madres de niños y niñas de 9 a 23 meses de edad alimentan a sus hijos e hijas con alimentos de al menos 4 a 7 grupos de comida todos los días.	Auto-eficacia percibida	La madre no puede recordar los diferentes grupos de comida.
	Claves para la acción	
Madres de niños y niñas de 9 a 23 meses de edad alimentan a sus hijos e hijas con al menos tres comidas cocinadas al día.	Acceso	No hay suficiente tiempo.
Madres de niños y niñas menores de 24 meses de edad continúan dando a sus hijos e hijas lactancia materna a sus hijos.	Cultura	No tenemos de eso aquí.
Madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad alimentan a sus hijos e hijas solo con lactancia materna.	negativas percibidas	La gente va a pensar que soy una mala mamá.
Las madres dan de mamar a sus bebés durante la primera hora de nacidos (as).	Voluntad divina percibida	La práctica religiosa nos indica que tenemos que decir los versos del Corán y que debemos darle miel como primer alimento al bebé, lo que puede tomar mucho tiempo.
Salud		
Madres con niños y niñas menores de 5 años de edad que no quieren volver a quedar embarazadas usan un método moderno anticonceptivo.	Normas sociales percibidas	El esposo quiere muchos hijos.
Las mujeres embarazadas dan a luz en el puesto de salud.	Eficacia de la acción percibida	La madre y el bebé estarán mejor en sus casas.
Madres de niñas y niños enfermos menores de 24 meses de edad buscan atención de salud en puestos de salud durante las primeras 24 horas de ver síntomas de fiebre, diarrea o dificultad al respirar en su hijo o hija.	Acceso	No hay dinero para el transporte.
Madres de niños y niñas menores de 5 años se aseguran que sus hijos o hijas duerman bajo una malla tratada con	Consecuencias negativas percibidas	. Los niños se pueden sofocar o se pueden sentir con mucho

Declaración de Comportamiento	Determinante	Respuesta de los entrevistados:
insecticida todas las noches.		calor si duermen bajo esa malla.
Madres de niños y niñas menores de 5 años de edad que tienen diarrea le dan sales de rehidratación oral.	Severidad percibida	La diarrea no es una enfermedad seria.
Agua, saneamiento e higiene (WASH)		
Madres de niños y niñas menores de 5 años de edad lavan sus manos con jabón durante los cinco momentos críticos del día.	Claves para la acción	La madre no se puede recordar de lavarse las manos antes de cocinar.
Jefes de hogar se aseguran que la basura que se genera en su hogar sea depositada en un lugar designado por lo menos una vez a la semana.	Susceptibilidad percibida/riesgo	El padre no cree que esté en riesgo de enfermedades transmitidas por vectores.
Madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 5 años de edad tratan o cloran en sus hogares el agua de consumo para la familia todo el tiempo.	Consecuencias percibidas negativas	Es muy costoso tratar o clorar el agua todo el tiempo.
Las madres de niños y niñas menores de 5 años de edad guardan el agua lista para beber en recipientes cerrados herméticamente.	Eficacia de la acción percibida	Las madres creen que poner un trapo sobre el recipiente es suficiente.
Madres de niños y niñas menores de 5 años defecan en letrinas todo el tiempo.	Consecuencias negativas percibidas	A las madres les da miedo caerse en las letrinas.
Las madres meta y su pareja que son miembros de los grupos de ahorro y préstamos deciden juntos con sus parejas como gastar el dinero que prestan del grupo de ahorro y préstamos.	Cultura	No sé ni cómo iniciar esta plática. Nosotros no hacemos eso aquí.
	Auto-eficacia percibida	
Padres y madres de niñas de 5 a 14 años de edad se aseguran que sus hijas vayan a la escuela.	Consecuencias negativas percibidas	Necesito que mis hijas me ayuden en casa.
Jóvenes meta (varones y mujeres) de 18-30 años de edad utilizan condón todas las veces que tienen relaciones sexuales con una pareja irregular.	Claves para la acción	Yo estoy tan metido en el momento que se me olvida eso.
	Consecuencias negativas percibidas	A mi novio no le va a gustar eso ni le voy a gustar yo.

LECCIÓN 5: ORGANIZAR LAS COMUNIDADES EN GRUPOS DE CUIDADO Y SISTEMA NUMÉRICO

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección los participantes habrán:

- Identificado tres maneras diferentes para detectar a las posibles participantes de Grupos de Cuidado y Grupos de Vecinas.
- Practicado la organización de la población beneficiaria en Grupos de Vecinas y Grupos de Cuidado a través de censos, listas comunitarias o asambleas.
- Identificado qué personas y grupos están relacionados con cada número.
- Practicado la identificación de actores de GC y de grupos a través de un sistema numérico.

Duración

2 horas

Materiales necesarios

- Lección 5, Hoja de trabajo 1: Tres acercamientos para formar los Grupos de Cuidado.
- Lección 5, Hoja de trabajo 2: Preguntas clave para formar los Grupos de Cuidado.
- Lección 5, Hoja de trabajo 3: Mapa comunitario.
- Lección 5, Rotafolio 1: Sistema numérico del Grupo de Cuidado.
- Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica para el sistema numérico.
- Guía de respuestas para la Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica para el sistema numérico.
- Lección 5, Hoja de trabajo 4: Números para el juego de números (escribir cada número en una tarjeta tipo índice y asignarle un color clave a cada tarjeta para tener una ayuda visual para representar a los grupos).
- Lección 5, Hoja de trabajo 5: Entendiendo el Sistema numérico.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Explicar a los participantes: “Ahora que se ha explicado el enfoque del Grupo de Cuidado a nuestros socios colaboradores y a los líderes de la comunidad, es necesario trabajar con la comunidad para identificar a los miembros de los grupos de vecinas y establecer los Grupos de Cuidado. Antes de hacerlo, se debe confirmar quién es su población meta para su inclusión en el enfoque del Grupo de Cuidado”.
- 1b. Preguntar a los participantes: ¿Quién es el grupo prioritario para su proyecto?

- 1c. Preguntar a los participantes: ¿Cuáles podrían ser algunos otros grupos de prioridad que puedan seleccionarse para este enfoque? Las respuestas pueden incluir mujeres en edad fértil (MER), mujeres embarazadas, madres de niños menores de 5 años de edad o las madres de niños menores de 2 años de edad.
2. Prioridades cuando se organizan los Grupos de Cuidado o los Grupos de Vecinas
 - 2a. Decir a los participantes que ahora aprenderán cómo se forman los GC. Una de las cosas más importantes a tener en cuenta al formar los GC es asegurarse de que las Voluntarias del Grupo de Cuidado y las Mujeres Vecinas vivan cerca.
 - 2b. Pregunte a los participantes: ¿Por qué es importante? ¿Por qué necesitamos que las Voluntarias de los Grupos de Cuidado y las Mujeres Vecinas vivan juntas? Decir a los participantes que es preferible que las VGC no tengan que caminar mucho, generalmente no más de 45 minutos para llegar a la casa más lejana que visita, así los encuentros regulares con las MV no son obstaculizados. En muchos proyectos de GC, el tiempo de viaje promedio es mucho menor al arriba indicado. Esto hace más probable que las VGC tengan relaciones previas con las madres, lo cual ayudará a fomentar el Cambio de Comportamiento. También es importante que las mujeres caminen menos de 1 hora para llegar a la reunión del GC. Cualquier forma en que los proyectos decidan formar los GC, le debe dar una alta prioridad a que los grupos se conformen por proximidad geográfica.
 - 2c. Preguntar a los participantes: Si después de intentar formar grupos se dan cuenta que las mujeres están caminando más de una hora para asistir a las reuniones del Grupo de Cuidado, ¿qué se debe hacer? Decir a los participantes que si las mujeres caminan más de una hora para asistir a las reuniones de la GC, debe plantearse el problema con la gerencia del proyecto. La gerencia debe revisar la estrategia de cobertura y ajustarla para permitir GC más pequeños, compuestos de VGC que viven más cerca.
 - 2d. Decir a los participantes que otro factor importante en la formación de los GC es asegurarse que todas (o casi todas) de los beneficiarios, tales como mujeres embarazadas, madres lactantes o mujeres en edad fértil estén en un GC.
 - 2e. Preguntar: ¿Por qué es importante? ¿Por qué es necesario asegurarse que casi la totalidad de la población meta esté en un Grupo de Cuidado? Explicar que, con el fin de crear un entorno social propicio para el Cambio de Comportamiento, es importante que muchas madres adopten las nuevas prácticas que se promueven. El Cambio de Comportamiento es mucho más probable que suceda cuando hay contacto regular y directo con todas las madres de niños pequeños, en lugar de alcanzar solo

Adaptar los GC en situaciones de emergencia

El proyecto en Samburu, Kenya, de la organización International Medical Corps enfrentó muchas dificultades durante la hambruna de 2011 porque la cobertura del programa no era óptima. Muchas madres se mudaron con su ganado a zonas donde los grupos no estaban presentes, así que hubo mayor inasistencia en el grupo. Esto podría haberse evitado al asegurar que las áreas donde las madres se trasladaron también fueran cubiertas por el programa de GC.

una pequeña proporción de las madres, y es aún más probable cuando hay contacto con todos los hogares en una comunidad, aunque este enfoque probablemente será más costoso.

3. Tres enfoques para formar los Grupos de Cuidado

3a. Explicar a los participantes que basado en la experiencia de otros países, se recomiendan tres diferentes enfoques para identificar el público objetivo e integrarlos en GC. Ellos son:

- Censo
- Listas comunitarias
- Asambleas comunitarias

Trabajar con mujeres en edad fértil (MER)

Los proyectos que trabajan con MER pueden encontrar que es positivo asumir que casi todos los hogares tendrán al menos una mujer en edad reproductiva, por lo que formar los GC será un proceso relativamente fácil.

3b. Explicar brevemente a los participantes cada método de la siguiente manera. Puede encontrar más información en la [Lección 5, Hoja de trabajo 1: Tres enfoques para formar grupos de cuidado](#).

- Censo: Un censo requiere mucho trabajo, pero es necesario para formar GC en áreas donde usted y otros miembros de la comunidad no saben quiénes son las mujeres embarazadas, madres lactantes o mujeres en edad fértil en esta comunidad. Esto puede ser el caso en muchas de las comunidades en que se trabajará.
- Listas de la comunidad: Si existen programas activos en sus áreas geográficas que trabajan con mujeres embarazadas, madres lactantes y MEF, tal vez tengan un censo reciente o lista de la población. En algunas comunidades, líderes de la comunidad están bien organizados y ya mantienen una lista de residentes o pueden recordar de memoria donde viven todas las mujeres meta.
- Asambleas comunitarias: Si la participación de la comunidad y la comunicación es alta, los líderes de la comunidad pueden convocar a todas las mujeres meta (por ejemplo, pidiendo a todas las que están embarazadas o tienen hijos menores de 5 años) a un lugar de reunión central en un día determinado para una asamblea comunitaria.

3c. Para decidir qué enfoque es el mejor para su programa hay algunas preguntas clave que se deben tener en cuenta. Mostrar la [Lección 5, Hoja de trabajo 2: Preguntas clave para formar Grupos de Cuidado](#) y solicitar a un participante que escriba las respuestas mientras se discuten las preguntas clave.

3d. Tener en cuenta que en muchos lugares donde se oculta el embarazo hasta que es obvio, puede ser difícil inscribir a las mujeres embarazadas a través de este enfoque de GC. Esta es una razón por qué algunas organizaciones, incluyendo World Relief, prefieren simplemente inscribir a todas las mujeres en edad fértil.

- 3e. Preguntar a los participantes: ¿Qué pasa si una localidad no tiene suficientes mujeres (vecinas) que sean elegibles para participar en el programa de GC para formar un grupo con 6 – 16 mujeres? Decir a los participantes: Si no hay suficientes mujeres para formar un grupo de vecinas y elegir a una Voluntaria de Grupo de Cuidado, el Promotor debe reportar este problema con su Supervisor. Probablemente, exista otro Promotor cubriendo un conjunto cercano de Grupos de Cuidado que tenga demasiadas mujeres elegibles en su área, lo que requiere que él o ella formen grupos más grandes que el número deseado. En este caso algunas Mujeres Vecinas podrían ser relocalizadas para hacer grupos más cercanos al tamaño del grupo ideal.
- 3f. Preguntar a los participantes: ¿Qué pasa si después de formar los Grupos de Cuidado hay 5 VGC de más? ¿Estas voluntarias harán su propio grupo de cuidado o se añadirán a otro Grupo de Cuidado? Explicar a los participantes: cinco mujeres son muy pocas para componer un Grupo de Cuidado. Si hay un Grupo de Cuidado cercano sería mejor asignar a las VGC a dos Grupos de Cuidado diferentes para obtener un tamaño de grupo más cercano al ideal.

Experiencia de Curaméricas: trabajo en un área de Guatemala con el capital social muy bajo

Capital Social bajo se refiere a las comunidades con bajos niveles de participación de la comunidad, conectividad y confianza, generalmente debido a eventos traumáticos. Curaméricas inició un proyecto de GC en comunidades con bajos niveles de confianza, incluso entre los propios vecinos, mucho menos hacia el personal del proyecto. Esto hizo la implementación más lenta y más desafiante. Era importante tener mucha paciencia, un diálogo respetuoso con los líderes comunitarios para evitar hacer promesas que el proyecto podría no ser capaz de mantener, elevando así expectativas falsas, también fue importante encontrar objetivos en común de la comunidad y del proyecto, así como que todo el personal estuviera preparado para dar mensajes claros y coherentes acerca del propósito y el diseño del proyecto GC. A pesar de la resistencia inicial, el proyecto encontró que el proceso ayudó a reconstruir el capital social, una comunidad más fuerte, más saludable y más resistente. Para obtener más información, ver el [Anexo 9: Grupos de Cuidado en lugares con bajo capital social. El ejemplo de Curaméricas en Guatemala.](#)

4. Actividad: Práctica de formación de Grupos de Vecinas y Grupos de Cuidado
 - 4a. Referir a los participantes a la [Lección 5, Hoja de trabajo 3: Mapa de la comunidad.](#) Explicar a los participantes que ese diagrama representa un pueblo y todas las casas que están en un círculo tienen o una mujer embarazada o una madre lactante viviendo allí. Las líneas representan las carreteras.
 - 4b. Solicitar a los participantes que trabajen en parejas y que conformen GV con 6 a 8 MER o MEL. Este número es bajo a propósito para dejar espacio en el grupo para que otras mujeres se unan, si es necesario. Los participantes deben colocar una estrella junto a una mujer para representar que ha sido seleccionada para ser la VGC.
 - 4c. Cuando todas las parejas terminen, el facilitador caminará alrededor de la habitación y preguntará cuántos GV se formaron y cuántos GC.

5. Monitoreando a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado, Mujeres Vecinas, Grupos de Cuidado y Promotores
 - 5a. Decir a los participantes: ahora que han formado los grupos de MER, MEL y GC, es necesario crear una manera de supervisar las actividades del programa
 - 5b. Decir a los participantes que se utilice sistema especial de numeración para rastrear el registro de seguimiento e informes que diferentes personas presenten el proyecto. De esta manera, los Supervisores y Coordinadores de Salud y Nutrición materno-infantil pueden rastrear con precisión quién está haciendo qué y qué está realizando cada persona y cada grupo.
 - 5c. Mostrar a los participantes la **Lección 5, Rotafolio 1: Sistema numérico del Grupo de Cuidado**. Explicar cómo se relacionan los números y letras y cómo permiten programas para identificar a cada miembro del equipo de GC. Presentamos los siguientes puntos, y recordar a los participantes acerca de qué números y letras se refieren a qué/quién.
 - El sistema numérico tiene desde 1 a 4 caracteres. Cada dígito representa un individuo o un grupo. Estas cifras permiten hacer un seguimiento de cada Promotor, VGC y MV alcanzadas por el programa.
 - El **primer carácter es un número** que identifica al Promotor.
 - Cada Promotor tiene asignado un número específico.
 - Por ejemplo, si un proyecto empleó a 37 promotores, el primer carácter podría oscilar entre 1 a 37.
 - El **segundo carácter es un número** que identifica al Grupo de Cuidado.
 - Cada Promotor le asignará un número a los GC que tiene bajo su responsabilidad.
 - En la mayoría de los programas, los Promotores son responsables de 5 a 9 GC, siendo el 9 el número máximo. Por lo tanto, el segundo dígito debe oscilar entre 1 a 9, dependiendo del diseño del proyecto.
 - Por ejemplo, si el Promotor número 2 tiene ocho GC, sus GC serían numerados 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 y 2.8.
 - El **tercer carácter es una letra** que identifica a la Voluntaria del Grupo de Cuidado.
 - Cada VGC recibirá una letra específica.
 - En la mayoría de los programas, los GC se componen de 10 a 15 VGC. Por lo tanto, el tercer dígito debe oscilar entre la A y la O, dependiendo del diseño del proyecto

- Por ejemplo, en el GC 4, apoyado por el Promotor 3, hay 12 VGC. Serían numerados de la siguiente forma: 3.4.A, 3.4.B, 3.4.C, 3.4.D, 3.4.E, 3.4.F, 3.4.G, 3.4.H, 3.4.I y 3.4.J.
- Al final, **el cuarto carácter es un número** que identifica a las Mujeres Vecinas.
 - Cada MV que se reúne con un VGC tiene asignado un número específico por el VGC.
 - En la mayoría de los programas, el GV se compone de 10 a 15 MV. Por lo tanto, la cuarta cifra oscilará entre el 1 al 15, según el diseño del programa
 - Por ejemplo, la VGC F en el GC 6, apoyado por el Promotor 1, se reúne con ocho MV. Serían numerados: 1.6.F.1, 1.6.F.2, 1.6.F.3, 1.6.F.4, 1.6.F.5, 1.6.F.6, 1.6.F.7 y 1.6.F.8.

Modificaciones al sistema numérico

Ladd de ACDI/VOCA sugiere agregar una letra al principio del GC en el sistema de numeración para representar a la región, provincia, comunidad u otro nombre para el área del proyecto. Esto permitiría al proyecto ver las áreas programáticas y los grupos dentro de ellas y comparar esos grupos contra otras áreas para ver si hay diferencias. Haciendo así más probable que el proyecto mejore aquellas áreas que no les va tan bien.

6. Actividad: Numeración: Chequear la comprensión
 - 6a. Mostrar la **Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica del sistema numérico**. Solicitar a los participantes que trabajen en parejas para identificar lo que cada código indica
 - 6b. Una vez terminado el ejercicio, solicitar a las parejas que compartan sus respuestas con todo el grupo. Revisar respuestas con la **Clave de respuestas para la Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica del sistema numérico**.
 - 6c. Dependiendo del nivel de comprensión de los participantes, continuar este ejercicio escribiendo otros códigos factibles en un rotafolio y solicitar que los participantes (individualmente, en parejas o en sus mesas) traten de interpretar los códigos.
7. Actividad: ¡Divirtiéndonos con los números!
 - 7a. Usando la **Lección 5, Hoja de trabajo 4: Números para el juego de numeración**, hacer tarjetas escribiendo un número por cada tarjeta tipo índice y codificar con colores cada posición. Distribuir dos o tres tarjetas a cada participante. Al distribuir las tarjetas, tener cuidado de que estas representen a grupos distintos.
 - 7b. Comenzar invitando al Promotor 3 (es decir, a quien recibió el papel de Promotor) que pase al frente al salón.
 - 7c. El promotor entonces convocará a una reunión a todos sus VGC (es decir, todos los que tienen un número VGC asociado al Promotor 3 deberán pasar al frente del salón).

7d. Las VGC 3.3.C convocarán una reunión de MV (es decir, todos aquellos que tiene un número de MV asociado con ese VGC deberán pasar al frente del salón).

7e. Entonces, las VGC 3.3.F convocarán a una reunión de MV de la misma manera.

Nota: Esta actividad permitirá a los participantes visualizar la lógica de la codificación para dar seguimiento a los GC.

8. Cierre

8a. Terminar esta lección mediante la revisión de información con los participantes en un formato de preguntas y respuestas.

- Preguntar a los participantes: ¿Cuáles son las tres opciones para identificar el Grupo de Cuidado en la población meta? Deberán contestar: censo, listas de la comunidad y asambleas comunitarias.
- Preguntar a los participantes: ¿Cuáles son dos cosas que deben considerarse al formar los Grupos de Cuidado y los Grupos de Vecinas? Deben responder la distancia entre las VGC y las MV y asegurarse de que al menos el 80% de la población meta sea alcanzada.
- Preguntar a los participantes: ¿Para cuáles grupos o personas se crea un código de numeración? Deberán contestar: Promotores, GC, VGC y MV.
- Preguntar a los participantes: ¿Por qué es necesario crear códigos para estas personas o grupos? Deben responder: para controlar más fácilmente las actividades de cada grupo.

Lección 5, Hoja de trabajo 1: Tres enfoques para formar los Grupos de Cuidado

Enfoque 1: Censo

1. El primer paso es seleccionar a los censistas y proporcionarles los materiales que necesitan para realizar un censo y crear mapas.
 - Hacer un mapa de toda la comunidad, con los barrios subdivididos en secciones de 50 a 100 casas. Existen dos métodos para crear un mapa de la comunidad:
 - Caminar a través de la comunidad y la visita a los hogares.
2. Reuniones con grupos de personas que conocen bien los barrios y pueden crear un mapa de sus vecindarios.
3. Después de haber creado el mapa, se añaden detalles e identifican casas, los límites del barrio, los límites de la comunidad, caminos, lugares de interés (por ejemplo, ríos) y edificios de interés (como escuelas, iglesias y clínicas).
4. Luego, identificar los hogares que tienen las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños (o MER).
5. Asignar un número a cada casa identificada.
6. Escribir el nombre de la madre y la información del hogar en una lista comunitaria de censo, asegurándose de que el número de la casa es el mismo en el mapa y en la lista del censo. Por ejemplo, en la siguiente tabla, casa de María Caal está marcada 1 en el mapa y 1 en la lista del censo de comunidad, y los beneficiarios son los hogares con mujeres embarazadas y niños menores de 2 años.

#	Nombre de la madre	Embarazada (Sí/No)	Hay un niño(a) <2 años en el hogar? (Sí/No)	Área de la Comunidad	Grupo # (temporal)	VGC elegida
1	María Caal	Sí	No	Kivo	1	
2	Rosa Cano	No	Sí	Kivo	1	
3	Rina Fuentes	No	Sí	Kivo	1	
4	Cora Flores	Sí	No	Kivo	2	
5	Alicia Pérez	No	Sí	Kivo	2	✓A

7. Cuando las mujeres que se desean como parte de un Grupo de Vecinas (GV) se han identificado con base en su proximidad geográfica, convocarlas a una reunión. Revisar la descripción del perfil y el trabajo de una Voluntaria de Grupo de Cuidado (VGC) con las mujeres y se les solicita que elijan una VGC entre ellas.

8. Identificar a la mujer elegida como la VGC colocando una marca de verificación en la columna titulada "Elegida como Voluntaria del Grupo de Cuidado" y le asigna una letra. Anteriormente, aprendieron a asignar códigos y por lo tanto, dar seguimiento a todos los voluntarios y trabajadores de salud.
9. Si se desea formar un GV con 10 mujeres (por ejemplo), se debe organizar a las mujeres en grupos de 11. Una será elegida como la VGC y 10 permanecerán como MV.

Enfoque 2: Formando Grupos de Cuidado con base en las listas comunitarias

1. Si los líderes comunitarios no consideran necesario utilizar un mapa para integrar a las mujeres en GC porque saben o tienen listas exactas de todas las mujeres elegibles para participar, simplemente se utilizan esas listas.
2. Aunque los líderes de la comunidad crean que conocen a todos, es importante verificar la existencia de todas las mujeres que están en las listas.
3. Es más difícil saber la distancia entre las VGC y las MV usando este método.

Enfoque 3: Asambleas comunitarias para crear los Grupos de Cuidado

1. Si la comunicación y participación de la comunidad es alto, los líderes comunitarios podrían convocar a todas las MER (u otros grupos de beneficiarios como MEL) a un lugar de reunión central en un día en particular.
2. Si una mujer está enferma o no puede asistir, ella podría nombrar a alguien que la represente (y a llevar su tarjeta de visita prenatal o la salud del niño a la asamblea).
3. Se podría solicitar a las mujeres que se agrupen primero por vecindarios, luego en grupos más pequeños.

Lección 5, Hoja de trabajo 2: Preguntas claves para formar los Grupos de Cuidado

¿Se necesita personal del proyecto o existe personal en campo que pueda identificar a todas las MER o MEL en el área meta?

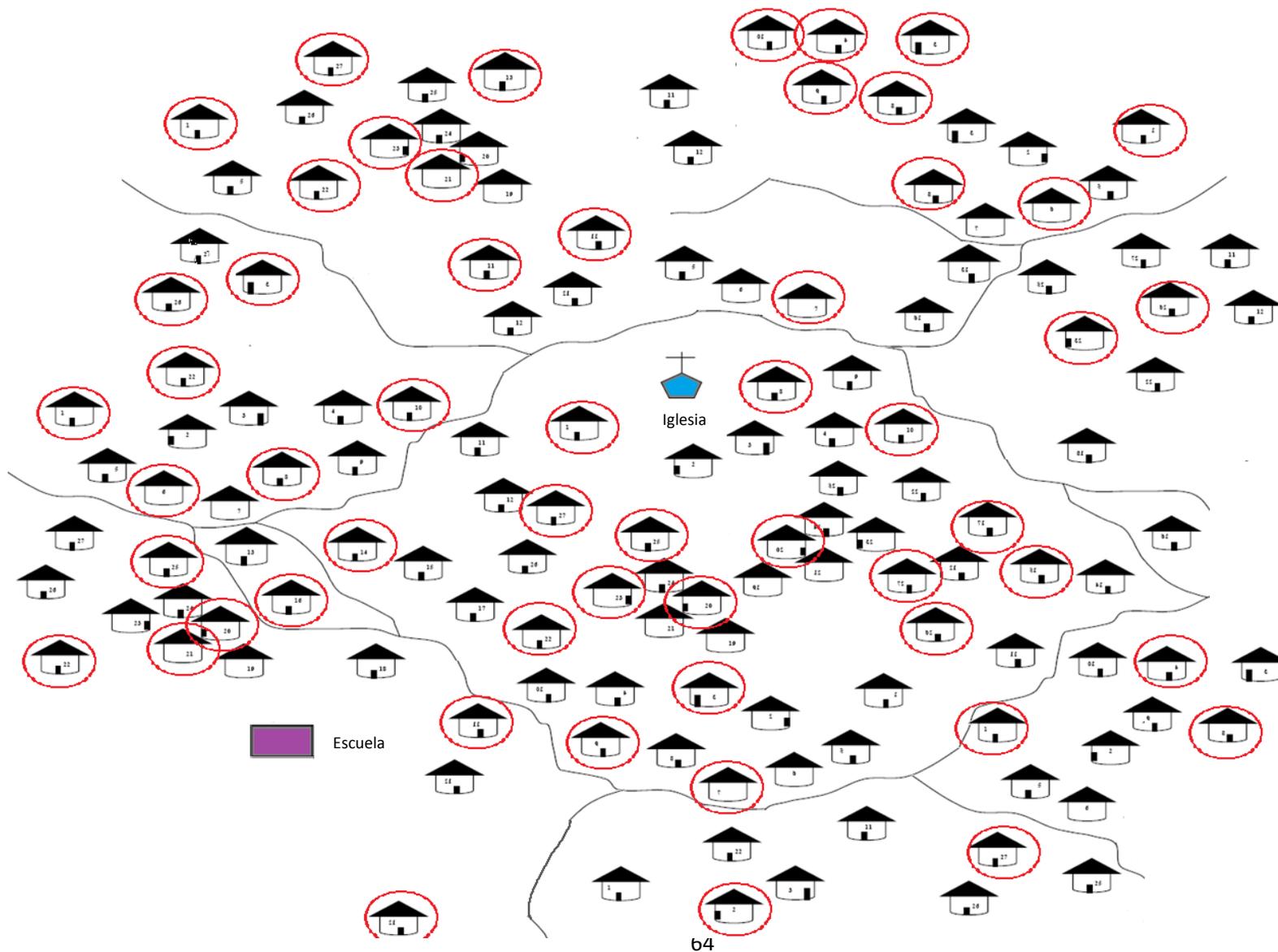
¿Cuándo se realizó el último censo en el área del proyecto?

¿Existe una lista de todos los hogares en el área meta?

¿Existe otro programa activo en el área del proyecto que trabaja con mujeres embarazadas y lactantes (MEL) o mujeres de edad reproductiva (MER)?

Si un líder comunitario convoca a todas los MER o MEL para reunirse en un día y hora específico y el tiempo, ¿cuántas estarían dispuestas y serían capaces de asistir?

Lección 5, Hoja de trabajo 3: Mapa comunitario



Lección 5, Rotafolio 1: Sistema numérico del Grupo de Cuidado

7. 6. A. 1

7 = Número de Promotor

6 = Número del Grupo de Cuidado

A = Letra de la Voluntaria del Grupo de Cuidado

1 = Número de Mujer Vecina

Lección 5, Rotafolio 2: Códigos de práctica para el Sistema numérico

37. 2. C. 3

5. 9. D. 6

17.4. A. 10

20. 7. J. 4

9. 1.H.7

Clave de respuestas de la Lección 5, Rotafolio 2: Práctica de códigos del sistema numérico

- 37. 2. C. 3 = Promotor # 37, GC #2, VGC "C", MV # 3
- 5. 9. D. 6 = Promotor # 5, GC # 9, VGC "D", MV # 6
- 17. 4. A. = Promotor # 17, GC #4, VGC "A", MV # 10
- 20. 7. J. 4 = Promotor # 20, GC #7, VGC "J", MV #4
- 9. 1. H. 7 = Promotor #9, GC #1, VGC "H", MV # 7

Lección 5, Hoja de trabajo 4: Números para el juego numérico

Escribir los siguientes nombres y números en fichas separadas y distribuirlos a los participantes para el juego de numeración. Inventar otras combinaciones si se desea dar a los participantes más práctica para que entiendan el sistema de numeración.

Promotor 3

VGC 3.3.A

VGC 3.3.E

VGC 3.3.I

VGC 3.3.B

VGC 3.3.F

VGC 3.3.J

VGC 3.3.C

VGC 3.3.G

VGC 3.3.D

VGC 3.3.H

MV 3.3.C.1

MV 3.3.C.4

MV 3.3.C.7

MV 3.3.C.2

MV 3.3.C.5

MV 3.3.C.8

MV 3.3.C.3

MV 3.3.C.6

MV 3.3.C.9

MV 3.3.F.1

MV 3.3.F.4

MV 3.3.F.7

MV 3.3.F.2

MV 3.3.F.5

MV 3.3.F.8

MV 3.3.F.3

MV 3.3.F.6

MV 3.3.F.9

Lección 5, Hoja de trabajo 5: Entendiendo el Sistema numérico

Este ejemplo es para un programa de Grupo de Cuidado (GC) con los siguientes radios o tamaños de grupo. Se debe adaptar esta herramienta para que coincida con las especificaciones del programa.

- 9 Supervisores
- Radio de Supervisor y Promotor = 1:4
- Radio de Promotor y GC = 1:6
- Cada GC tiene 12 Voluntarias GC
- Cada GC tiene 13 Mujeres Vecinas

Supervisor #	Nombre y número del Promotor			GC #	Grupo de Cuidado		Grupo de Vecinas				
Supervisor 1	Promotor	Carla	1	1-6	Promotor # 7	7.6.A	Voluntaria GC	VG 7.6.F	7.6.F.1	Mujer Vecina	
	Promotor	Juan	2	1-6		7.6.B	Voluntaria GC		7.6.F.2	Mujer Vecina	
	Promotor	Pedro	3	1-6		7.6.C	Voluntaria GC		7.6.F.3	Mujer Vecina	
	Promotor	Teresa	4	1-6		7.6.D	Voluntaria GC		7.6.F.4	Mujer Vecina	
Supervisor 2	Promotor	María	5	1-6	Grupo Cuidado # 7	7.6.E	Voluntaria GC		7.6.F.5	Mujer Vecina	
	Promotor	Juana	6	1-6		7.6.F	Voluntaria GC		7.6.F.6	Mujer Vecina	
	Promotor	Janine	7	1-6		7.6.G	Voluntaria GC		7.6.F.7	Mujer Vecina	
	Promotor	Rosa	8	1-6		7.6.H	Voluntaria GC		7.6.F.8	Mujer Vecina	
Supervisor 3	Promotor	Rita	9	1-6		7.6.I	Voluntaria GC		7.6.F.9	Mujer Vecina	
	Promotor	Zuly	10	1-6		7.6.J	Voluntaria GC		7.6.F.10	Mujer Vecina	
	Promotor	Alberto	11	1-6		7.6.K	Voluntaria GC		7.6.F.11	Mujer Vecina	
	Promotor	Carlos	12	1-6		7.6.L	Voluntaria GC		7.6.F.12	Mujer Vecina	
Supervisor 9	Promotor	Reina	34	1-6							
	Promotor	Fabiola	35	1-6							
	Promotor	Claudia	36	1-6							
	Promotor	Rolando	37	1-6							

Supervisores no se incluyen en el sistema de códigos	Los promotores se identifican por su número individual	Los Grupos de Cuidado se identifican con el número del Promotor y el número del Grupo de Cuidado	Las voluntarias de los GC se identifican con el número del Promotor, del Grupo de Cuidado y la letra de la Voluntaria de GC	Las Mujeres Vecinas se identifican con el número de Promotor, del Grupo de Cuidado, la letra de la Voluntaria del GC y el número de la Mujer Vecina
--	--	--	---	---

LECCIÓN 6: ROLES, RESPONSABILIDADES Y DESCRIPCIONES DE PUESTOS DEL GRUPO DE CUIDADO

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Distinguido las responsabilidades esenciales de las voluntarias del Grupo de Cuidado, Promotores, Supervisores, Coordinadores de programas de Salud y Nutrición Materno Infantil (SNMI).
- Realizado un listado de las características esenciales de las VGC.

Duración

1 hora 45 minutos

Materiales necesarios

- Papel de rotafolios y marcadores.
- Lección 6, Hoja de trabajo 1: El juego “¿Quién es el responsable?”
- Clave de respuestas para la Lección 6, Hoja de trabajo 1: El juego “¿Quién es el responsable?”
- Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales del equipo del Grupo de Cuidado.
- Lección 6, Rotafolio 1: La importancia de las cualidades de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado/Guía de selección.
- Lección 6, Hoja de trabajo 3: Guía de características y de selección de posibles VGC.

Notas para el facilitador

Revisar y adaptar según sea necesario las responsabilidades esenciales para cada posición para que coincidan con las actividades del Grupo de Cuidado. Por ejemplo, las responsabilidades esenciales de la VGC, a continuación, indican que las VGC deben visitar cada hogar y llevar una sesión de grupo al mes. Si el programa ha decidido que todos los mensajes de Cambio de Comportamiento se promocionarán mediante visitas domiciliarias, entonces se cambiarían las responsabilidades esenciales para reflejar esto.

Al facilitar este taller para un proyecto en particular, asegurarse de modificar los títulos de los individuos de estos papeles particulares antes de la introducción de esta lección y cambiarlos en la actividad del juego si fueren diferentes de los utilizados en este manual.

Cuando se trabaja con participantes que todavía no han comenzado un programa de GC, hacer hincapié en que las funciones y responsabilidades mencionadas aquí son guías y no pretende ser inflexibles.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes: “Ahora que hemos aprendido cómo organizar comunidades en Grupos Cuidado y numérelas para poder monitorear su trabajo, tenemos que identificar sus deberes específicos, tareas y responsabilidades.
 - 1b. Preguntar: ¿por qué es importante saber las responsabilidades de cada miembro del equipo del Grupo de Cuidado? Las respuestas deben incluir: Así podemos estar seguros que su trabajo resultará en Cambios de Comportamiento, así podemos supervisarlos bien y así podemos controlar la calidad de su trabajo.
 - 1c. Preguntar a los participantes: ¿Quiénes son los diferentes miembros del equipo del grupo de cuidado? ¿Cuáles son sus títulos? Las respuestas debe incluir: VGC, Promotor, Coordinador y Supervisor. Escribir una lista de éstos en el rotafolio a medida que son mencionados.
2. Actividad: Las actividades principales de los miembros del equipo del Grupo de Cuidado
 - 2a. Preguntar a los participantes: ¿Cuáles creen que son las principales actividades que hará la VGC?
 - 2b. Solicitar a los participantes que discutan esta pregunta dentro de sus grupos pequeños. Ocupar 5 minutos para la discusión.
 - 2c. Repetir esta actividad para los Promotores, Supervisores y Coordinadores.
3. Actividad: ¿Quién es responsable?
 - 3a. Decir a los participantes que ahora participarán en un juego que requiere que decidan quién es responsable de tareas específicas entre los miembros del equipo GC.
 - 3b. Distribuir la **Lección 6, Hoja de trabajo 1: Juego: "¿Quién es el responsable?"** y pedir a los participantes que trabajen en parejas o individualmente (si es que ya tienen cierta experiencia). Dar a los participantes unos 20 minutos para completar el juego.
 - 3c. Referir a los participantes a consultar la **Lección 6, Hoja de trabajo 1: Juego "¿Quién es el responsable?"** y pedirles que corrijan su propio trabajo.
 - 3d. Referir a los participantes a la **Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales del equipo del Grupo de Cuidado**. Darles unos minutos para revisar la hoja informativa y compararla con los resultados del juego.
 - 3e. Preguntar a los participantes: Con respecto a los miembros del Grupo de Cuidado, ¿Cuáles roles le parecen más claros? ¿Cuáles no están claros? ¿Hay responsabilidades que les confunden o tienen dificultad de entender? Discutir los problemas que se presenten

4. Actividad: Guía para seleccionar a la Voluntaria del Grupo de Cuidado

- 4a. Explicar a los participantes: ahora que tienen una mejor idea de las responsabilidades de cada miembro del equipo de los Grupos de Cuidado, nos enfocaremos un poco más en las Voluntarias de los Grupos de Cuidado. La selección de las voluntarias es fundamental para la efectividad del enfoque del Grupo de Cuidado como una estrategia de Cambio de Comportamiento.
- 4b. Preguntar a los participantes: Dadas las responsabilidades de la Voluntarias de los Grupos de Cuidado, ¿Cuáles deberían ser los requisitos para ser una Voluntaria de Grupo de Cuidado? Escribir esta pregunta en un rotafolio y pedir a cada grupo pequeño que ocupen 3 minutos para discutir las posibles respuestas.
- 4c. Explicar a los participantes: Durante algunos años, organizaciones no gubernamentales (ONG) que implementan el enfoque del Grupo de Cuidado, desarrollaron una guía de referencias para seleccionar a las Voluntarias del Grupo de Cuidado. Esta es una oportunidad para reflexionar acerca de estas recomendaciones y decidir si son esenciales, deseables o innecesarias.
- 4d. Entregar a cada mesa una copia de la **Lección 6, Rotafolio 1: La importancia de las Cualidades de las Voluntarias del Grupo de Cuidado/Guía de selección**. Referir a los participantes a la **Lección 6, Hoja de trabajo 3: Guía de características y de selección de posibles VGC**.
- 4e. Solicitar a cada mesa que discutan las directrices de la Lección 6 folleto 3 y determinar la importancia relativa de cada criterio — si son esenciales, deseables o necesarios — escribiendo su número en la columna apropiada. Dar a los participantes 15 minutos para hacerlo.
- 4f. Una vez terminada la clasificación, pedir a los participantes que realicen un paseo tipo galería para ver cómo los otros grupos clasificaron las directrices.
- 4g. Discutir en plenaria los resultados que en los que más mesas concuerdan y aquellos que tuvieron diferencias de opinión.
- 4h. Explicar a los participantes que cada proyecto decidirá sobre las directrices para la selección y que esto también debe hacerse en diálogo con la comunidad.

Nota: Algunos proyectos están experimentando con acercamientos a los hombres (por ejemplo, padres) como VGC en ciertos lugares. Esto es complicado y potencialmente problemático, puesto que el modelo se basa principalmente en apoyo entre pares (madre a madre). Si el proyecto cambia en forma significativa los criterios enumerados en la lección 3, los autores de este manual recomiendan fuertemente que se aplique otro nombre que no sea Grupo de Cuidado, por ejemplo: Grupo de Cascada.

Lección 6, Hoja de trabajo 1: El juego “¿Quién es el responsable?”

Instrucciones: Lea la tarea en la columna izquierda y ponga una **X** en la columna que indica que esa persona es la responsable de esa tarea

Tarea/Responsabilidad	VGC	Promo- tor	Super- visor	Coordi- nador
1. Se reúne una vez al mes con un grupo de Mujeres Vecinas (MV) para compartir las prácticas de Cambio de Comportamiento mediante un rotafolio educativo.				
2. Informa al Promotor cada dos semanas acerca del número de MV que él/ella ha visitado o quienes asistieron a la reunión del Cambio de Comportamiento.				
3. Se reúne mensualmente con el comité de liderazgo local en cada comunidad para la coordinación, el seguimiento y la evaluación (si existen estos comités).				
4. Supervisa e informa los eventos vitales que se han producido en su GV, como nacimientos, muertes y enfermedades graves.				
5. Prepara un informe mensual utilizando la información proporcionada por el Supervisor.				
6. Moviliza a las MV para participar en actividades de la comunidad que beneficiarán a sus familias, como las campañas de vacunación, distribución de alimentos o la construcción de letrinas.				
7. Modela los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que enseña a las MV.				
8. Coordina las actividades a nivel local y mantiene la cooperación con otras instituciones a nivel de la comunidad, como el consejo de la aldea, las iglesias y las escuelas.				
9. Completa informes mensuales con base en los registros de las voluntarias y de las MV.				
10. Supervisa el Cambio de Comportamiento entre las VGC.				
11. Asiste a las reuniones organizadas por el Supervisor.				
12. Mantiene un sistema de archivo en la oficina del proyecto para que las copias de los informes del del Promotor y las listas de mejora de la calidad y de verificación sean de fácil acceso.				
13. Responsable del desempeño y desarrollo profesional de los Promotores que dependen de él/ella.				
14. Modela el liderazgo para todo el personal e intencionalmente desarrolla el potencial de liderazgo del Supervisor.				

Tarea/Responsabilidad	VGC	Promo- tor	Super- visor	Coordi- nador
15. Revisa la planificación de las sesiones educativas con rotafolios con los Promotores cada 2 semanas para asegurar que entienden bien la información y pueda enseñar la información de manera participativa.				
16. Evalúa las capacidades del personal y coordina las capacitaciones iniciales o en curso basados en las necesidades y metas del programa.				
17. Visita, supervisa y evalúa al menos una VGC de cada GC mensualmente, y supervisa el trabajo de las VGC acompañándolas en visitas domiciliarias y las observa dirigir las reuniones de grupo.				
18. Colecta los reportes de los Promotores mensualmente, revisa los informes y asegura que la información presentada es razonable y completa.				
19. Asegura que el proyecto esté bien representado en las reuniones regulares ya sean comunitarias y a nivel nacional y en foros.				
20. Prepara un informe mensual utilizando la información proporcionada por los Promotores.				
21. Desempeña un papel principal en el reclutamiento, orientación y formación del nuevo personal técnico del programa.				
22. Supervisa a cada Promotor que tiene a su cargo en el campo por lo menos dos veces al mes, realiza LVMC, completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo para el Promotor cada trimestre.				
23. Asegura que los supervisores y promotores tengan los suministros necesarios.				
24. Supervisa a cada Supervisor que tiene a su cargo en el campo, lleva a cabo LVMC y completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo.				
25. Asiste a las reuniones del GC que dirige el Promotor.				
26. Asegura que todos los requisitos de documentación de los informes internos y externos se completen a tiempo y con precisión.				
27. Facilita / organiza sesiones de aprendizaje participativo con cada uno de sus GC.				

Clave de respuestas de la Lección 6, Hoja de trabajo I: El juego “¿Quién es el responsable?”

Instrucciones: Lea la tarea en la columna izquierda y ponga una **X** en la columna que indica que esa persona es la responsable de esa tarea

Tarea/Responsabilidad	VGC	Promo- tor	Super- visor	Coordi- nador
1. Se reúne una vez al mes con un grupo de Mujeres Vecinas (MV) para compartir las prácticas de Cambio de Comportamiento mediante un rotafolio educativo.	X			
2. Informa al Promotor cada dos semanas acerca del número de MV que él/ella ha visitado o quienes asistieron a la reunión del Cambio de Comportamiento.	X			
3. Se reúne mensualmente con el comité de liderazgo local en cada comunidad para la coordinación, el seguimiento y la evaluación (si existen estos comités).		X		
4. Supervisa e informa los eventos vitales que se han producido en su GV, como nacimientos, muertes y enfermedades graves.	X			
5. Prepara un informe mensual utilizando los datos proporcionada por el Supervisor.				X
6. Moviliza a las MV para participar en actividades de la comunidad que beneficiarán a sus familias, como las campañas de vacunación, distribución de alimentos o la construcción de letrinas.	X			
7. Modela los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que enseña a las MV.	X			
8. Coordina las actividades a nivel local y mantiene la cooperación con otras instituciones a nivel de la comunidad, como el consejo de la aldea, las iglesias y las escuelas.		X		
9. Completa informes mensuales con base en los registros de las voluntarias y de las MV.		X		
10. Supervisa el Cambio de Comportamiento entre las VGC.		X		
11. Asiste a las reuniones organizadas por el Supervisor.		X		
12. Mantiene un sistema de archivo en la oficina del proyecto para que las copias de los informes del Supervisor, del Promotor y las listas de mejora de la calidad y de verificación sean de fácil acceso.			X	
13. Responsable del desempeño y desarrollo profesional de los Promotores que dependen de él/ella.			X	
14. Modela el liderazgo para todo el personal e intencionalmente desarrolla el potencial de liderazgo del Supervisor.				X

Tarea/Responsabilidad	VGC	Promotor	Supervisor	Coordinador
15. Revisa la planificación de las sesiones educativas con rotafolios con los Promotores cada 2 semanas para asegurar que entienden bien la información y pueda enseñar la información de manera participativa.			X	
16. Evalúa las capacidades del personal y coordina las capacitaciones iniciales o en curso basados en las necesidades y metas del programa.				X
17. Visita, supervisa y evalúa al menos una VGC de cada GC mensualmente, y supervisa el trabajo de las VGC acompañándolas en visitas domiciliarias y las observa dirigir las reuniones de grupo.		X		
18. Colecta los reportes de los Promotores mensualmente, revisa los informes y asegura que la información presentada es razonable y completa.			X	
19. Asegura que el proyecto esté bien representado en las reuniones regulares ya sean comunitarias y a nivel nacional y en foros.				X
20. Prepara un informe mensual utilizando la información proporcionada por los Promotores.			X	
21. Desempeña un papel principal en el reclutamiento, orientación y formación del nuevo personal técnico del programa.				X
22. Supervisa a cada Promotor que tiene a su cargo en el campo por lo menos dos veces al mes, realiza LVMC, completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo para el Promotor cada trimestre.			X	
23. Asegura que los supervisores y promotores tengan los suministros necesarios.				X
24. Supervisa a cada Supervisor que tiene a su cargo en el campo, lleva a cabo LVMC y completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo.				X
25. Asiste a las reuniones del GC que dirige el Promotor.	X			
26. Asegura que todos los requisitos de documentación de los informes internos y externos se completen a tiempo y con precisión.				X
27. Facilita / organiza sesiones de aprendizaje participativo con cada uno de sus GC.		X		

Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales del equipo del Grupo de Cuidado

Cada programa establecerá sus propias descripciones para cada miembro del personal y voluntarios.

Voluntaria del Grupo de Cuidado (VGC)

1. Se reúne con 10 Mujeres Vecinas (MV) al menos una vez al mes para promover el Comportamiento a cambiar utilizando un rotafolio educativo.
2. Visita a cada vecina en su casa una vez al mes (según la necesidad y la importancia del comportamiento) para negociar el cambio de comportamiento.
3. Informa al Promotor cada dos semanas acerca del número de MV que visitó y que asistieron a las reuniones de Cambio de Comportamiento.
4. Monitorea y reporta los eventos vitales que se han producido en la comunidad, tales como nacimientos, defunciones y enfermedades graves.
5. Moviliza a las MV a que participen en las actividades comunitarias que benefician a sus familias, tales como las campañas de inmunización, distribución de alimentos o construcción de letrinas.
6. Asiste a las reuniones de Grupos de Cuidado facilitadas por los Promotores.
7. Reporta los problemas que no pueden solucionarse al nivel de casa con los líderes locales y solicita el apoyo de los Promotores.
8. Modela los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que promueve.

Promotor

1. Coordina las actividades a nivel local y mantiene la cooperación con otras instituciones comunitarias, tales como las alcaldías comunitarias, iglesias y escuelas.
2. Se reúne con el Comité de liderazgo local en cada comunidad para coordinar, supervisar y evaluar (si existen estos comités).
3. Facilita reuniones de GC con sus VGC cada dos semanas seguidas de la planificación de las sesiones educativas con los materiales de soporte.
4. Asiste a los entrenamientos y reuniones informativas facilitadas por el Supervisor y a los entrenamientos de sesiones educativas, las cuales replican en los entrenamientos dados por las VGC, compartiendo la información correcta y demostrando las habilidades aprendidas.
5. Es un modelo en su hogar de los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que enseña a las VGC.
6. Supervisa a cada VGC por lo menos trimestralmente acompañándolas en visitas domiciliarias y observando las reuniones de grupo.

7. Apoya otras actividades del programa, tales como los días nacionales de vacunación, distribución de vitamina A, medicamentos antiparasitarios y toma de peso de niños menores de 5 años.
8. Realiza reportes mensuales basados en los registros de las VGC y MV.

Supervisor

1. Coordina con los socios del proyecto, el personal del proyecto, el Ministerio de salud y otros interesados sobre las necesidades y próximas actividades a nivel comunitario y regional.
2. Responsable del funcionamiento y desarrollo profesional de los Promotores que tiene a su cargo.
3. Revisa la planificación de las lecciones educativas con rotafolios junto con los Promotores y se asegura que entienden la información bien y puedan, luego, enseñarla de una manera participativa.
4. Recibe los informes mensuales de los Promotores, revisa los reportes y se asegura que la información sea razonable y completa.
5. Prepara un informe mensual utilizando la información proporcionada por Promotores.
6. Mantiene un sistema de archivo en la oficina del proyecto para que las copias de informes de los Supervisores y Promotores, así como las Listas de verificación y mejora de calidad (LVMC) se mantengan accesibles.
7. Supervisa a cada Promotor que tiene a su cargo, conduce LVMC y, trimestralmente, completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo.
8. Se asegura que los promotores y las VGC tengan los suministros necesarios para hacer su trabajo (por ejemplo: registros, rotafolios, planes de lección).

Coordinador

1. Conduce la planificación del programa y proporciona dirección estratégica a los gerentes de proyecto.
2. Se asegura que requisitos de presentación de informes y documentación internos y externos son puntuales y precisas.
3. Evalúa las capacidades del personal y coordina entrenamientos al inicio o durante la vida del proyecto que se basan en necesidades y metas del programa.
4. Juega un papel principal en el reclutamiento, orientación y formación del personal técnico.
5. Modela el liderazgo a todo el personal del proyecto e intencionalmente desarrolla el potencial de liderazgo del Supervisor. Prepara un informe mensual utilizando la información proporcionada por el Supervisor.
6. Supervisa en el campo a cada Supervisor que le reporta a él, por lo menos una vez al mes, realiza LVMC y completa todas las secciones de la lista de supervisión con apoyo del Supervisor.
7. Cada trimestre, asegura que el proyecto está bien representado en los foros y reuniones a nivel comunitario, regional y nacional.

Lección 6, Hoja de trabajo 3: Ejemplos de Cualidades de Voluntarias de Grupos de Cuidado y Guía de Selección

Nota: La siguiente lista de cualidades es flexible; contiene ejemplos que han utilizado otros proyectos. Los equipos de proyectos pueden tener ideas diferentes de lo que puede o no considerarse necesario. Por ejemplo, en algunas áreas del proyecto los niveles de alfabetización son muy bajos, por lo que solamente unos pocos voluntarios sabrán cómo leer y escribir.

1. Dispuestas a trabajar como voluntarias.
2. Tiene deseos de servir a sus vecinos.
3. Mujeres
4. Actitud positiva (con esperanza y optimista).
5. Es una madre o abuela.
6. Modelos de buenas prácticas de higiene, saneamiento y nutrición.
7. Respetada por la comunidad.
8. Capaz de dirigir una discusión con 8-12 mujeres.
9. Expresa un interés en temas de salud.
10. No es adicto al alcohol.
11. No fuma.
12. Sabe leer y escribir.
13. Tiene el permiso de su marido para ser voluntaria.
14. Casada o viuda.
15. Religiosa y devota (cualquier religión).
16. Tiene hijos o hijas.
17. Tiene una bicicleta.
18. Tiene niños sanos.
19. Ha tenido por lo menos 3 años de educación primaria.
20. Su esposo es un hombre correcto (moralmente).
21. Tiene buenas relaciones sociales con los líderes de la comunidad.
22. Está entre los 18 y 40 años de edad.
23. Tiene buenas relaciones con los trabajadores comunitarios de salud existentes.

LECCIÓN 7: MOTIVACIÓN E INCENTIVOS PARA VOLUNTARIAS

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Explicado por qué es importante mantener motivadas a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado.
- Identificado maneras de cómo el enfoque de los Grupos de Cuidado usualmente ayuda a mantener a las VGC motivadas.
- Realizado una lista de ideas prácticas y creativas para mantener a las VGC motivadas.

Duración

1 hora

Materiales necesarios

- Papel de rotafolios y marcadores.
- Lección 7, Hoja de trabajo 1: Razones programáticas de mantener a las Voluntarias del Grupo de Cuidado motivadas.
- Lección 7, Hoja de trabajo 2 y Rotafolios 1: Tres motivadores para voluntarias.
- Lección 7, Hoja de trabajo 3: Ideas para ayudar a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado a mantenerse conectadas, valoradas y efectivas.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes: Ahora que hemos hablado de las responsabilidades de cada miembro del equipo de Grupo de Cuidado, vamos a hablar de lo que distingue a los Coordinadores, Supervisores y Promotores de las voluntarias del Grupo de Cuidado.
 - 1b. Preguntar a los participantes: “¿Cuál es una diferencia significativa entre estos dos grupos?” La respuesta debe incluir: En el primer grupo (Coordinadores, Supervisores y Promotores) todo el personal está remunerado, mientras que las VGC no reciben salario.
 - 1c. Explicar que en esta lección se hablará acerca de cómo mantener felices a las VGC y motivadas para trabajar.
2. ¿Por qué las Voluntarias de los Grupos de Cuidado son buenas para el programa?
 - 2a. Preguntar a los participantes: ¿Por qué se dice que las Voluntarias de los Grupos de Cuidado son la fuerza de un programa de Grupos de Cuidado? Las respuestas pueden incluir:

- Trabajan sin remuneración salarial, lo que permite una mayor adopción de prácticas por parte de los beneficiarios con un menor costo para el programa.
- Proveen un servicio sostenible que no requiere nuevas subvenciones u otras fuentes de ingresos.
- Ellas ya tienen una estrecha relación con sus vecinas y siempre van a ser parte de esa comunidad, lo que significa una inversión a largo plazo en la comunidad y en las personas a quienes sirven.
- También son madres y conocen las prácticas locales.
- Tienen lenguaje, historia y experiencias en común con sus vecinas.
- Aprenden junto con sus vecinas. Lo que aprenden pueden ser fácilmente compartido y observado por sus vecinas.

2b. Explicar a los participantes: Por el bien del programa, a veces una voluntaria ineficaz debe ser removida de sus funciones. Los objetivos del proyecto deben incluir la retención de voluntarias de alta calidad, dar seguimiento a quienes sean más débiles y prescindir de aquellas que, al largo plazo, son implementadoras de baja calidad. Por ejemplo, si se está enseñando acerca de la lactancia materna exclusiva y la voluntaria enseña información incorrecta a las Mujeres Vecinas, ¡la desnutrición podría aumentar! Las voluntarias deben ser supervisadas y ayudadas a adquirir habilidades y adoptar los nuevos comportamientos propios, asegurándose de que se reúnen periódicamente para entrenamiento y están equipadas con la información correcta.

3. Actividad: Mantener motivadas a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado

- 3a. Preguntar a los participantes: ¿Por qué es importante para mantener a las voluntarias felices y motivadas? Enumerar las respuestas en un rotafolio.
- 3b. Distribuir la **Lección 7, Hoja de trabajo 1: Razones programáticas para mantener a las Voluntarias del Grupo de Cuidado motivadas** y explicar cada razón.
- 3c. Solicitar a los participantes que comparen las razones que dieron en la primera hoja de rotafolio para cada tema de la Lección 7, Hoja de trabajo 1.
- 3d. Solicitar a los participantes que levanten la mano si alguna vez han hecho algún trabajo voluntario. Instruir a los participantes a decirle a la persona junto a ellos cuál fue el trabajo voluntario que hicieron y por qué lo hicieron. Solicitarles que compartan con su grupo lo que los motivó a trabajar sin paga. Después de algunos minutos,

Experiencia con incentivos

La organización *Concern Worldwide* ha utilizado con éxito regalos, como camisetas y herramientas para el trabajo (registros y materiales didácticos), como un incentivo para las VGC. Éstos se denominan incentivos no-monetarios, pero sirven como motivadores extrínsecos que apoyan la motivación intrínseca (por tener herramientas para el trabajo y sentirse apoyada y valorada por el personal del proyecto).

solicitar a los participantes que vuelvan al grupo más grande y que compartan algunas de las razones que los mantuvieron motivados a trabajar voluntariamente.

- 3e. Mostrar **Lección 7, Hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1: Tres motivadores para voluntarias** y explicar que, con base en la investigación por McCurley y Lynch, hay tres motivadores comunes para el voluntariado: **sentirse conectado, sentirse valorado y sentirse eficaz**. Cubrir las respuestas a cada categoría hasta después de que los participantes aporten sus propias ideas, y luego revelar.
- En primer lugar explicar por qué el **sentirse conectado** es importante para la motivación de la voluntaria.
 - Explicar a los participantes: Las voluntarias tienen que sentir que son parte de un grupo; necesitan sentirse conectadas con otros y con el grupo en su conjunto.
 - Solicitar a los participantes en sus grupos pequeños que identifiquen cómo el enfoque de GC ayuda a que las VGC se sientan conectadas. Invitar a dos o tres participantes a que compartan sus respuestas con el todo el grupo.
 - Revelar las tres relaciones que afectan a la conectividad en la Lección 7, hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1, y compararlas con las respuestas de los participantes.
 - A continuación, explicar por qué el **sentirse valorado de forma única**, es importante para la motivación de la voluntaria.
 - Explicar a los participantes: Las voluntarias tienen que sentir que tienen algo que ofrecer al programa, que sus habilidades personales y experiencias de vida son valorados.
 - Solicitar a los participantes en sus grupos pequeños que identifiquen cómo el enfoque de GC ayuda a que las VGC se sientan valoradas. Invitar a dos o tres participantes a que compartan sus respuestas con él todo el grupo.
 - Revelar las maneras en que las voluntarias se sienten valoradas de forma única en la Lección 7, hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1, y compararlas con las respuestas de los participantes.
 - Por último, explicar por qué es importante **sentirse eficaz** para la motivación de la voluntaria.
 - Explicar a los participantes: Las voluntarias tienen que sentir que están haciendo una diferencia; necesitan sentirse eficaces. Las voluntarias se desalientan si creen que su tiempo y su esfuerzo no se está utilizando bien. Esto significa que se les debe recordar continuamente que se está trabajando en algo importante, así como contar con información sobre su éxito y el éxito del programa.

- Solicitar a los participantes en sus grupos pequeños que identifiquen cómo el enfoque de GC ayuda a que las VGC se sientan eficaces. Invitar a dos o tres participantes a que compartan sus respuestas con el todo el grupo.
- Revelar las maneras en que las voluntarias se sienten eficaces en la Lección 7, Hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1, y compararlas con las respuestas de los participantes.

4. De la teoría a la práctica

- 4a. Explicar a los participantes: Una cosa es hablar de la motivación de forma teórica y otra cosa es ponerlo en práctica. Así que vamos a empezar a pensar en términos prácticos en el marco de nuestros programas de Grupos de Cuidado.
- 4b. Integrar a los participantes en grupos pequeños y entregar a cada grupo un marcador y hojas de papel de rotafolio en blanco. Solicitar a cada grupo que hagan una lluvia de ideas y anotar las acciones para ayudar a que las VGC se sientan más conectadas, valoradas y eficaces. Recordar a los grupos de que sus ideas deben ser sostenibles y que el presupuesto del programa es limitado, por lo que deben centrarse en las ideas que son gratuitas o de muy bajo costo.
- 4c. Después de aproximadamente 15 minutos, pedir a los grupos pequeños que coloquen sus ideas en las paredes. Invitar a los grupos a hacer un recorrido en el salón tipo galería y que noten las ideas más creativas y factibles. Solicitar a cada grupo pequeño que marquen con una estrella dichas ideas.
- 4d. Revisar las ideas más creativas y viables con todo el grupo.
- 4e. Dirigir a los participantes a la **Lección 7, Hoja de trabajo 3: Ideas para ayudar a que las voluntarias se sientan conectadas, valoradas y eficaces** para obtener más ideas.

Entender la motivación de las VGC

ADRA comenzó a implementar los GC a través de su proyecto JENGA II en Kivu del Sur, República Democrática del Congo, en septiembre de 2012. Al comienzo del programa de GC, el personal local no entendía que la formación VGC se efectúa a nivel de las aldeas y no requiere presupuesto que no sea para la realización de rotafolios para las VGC. El personal local inicialmente sintió que las VGC no asistirían a las capacitaciones sin que se les proveyera de té, comidas o algunos otros incentivos, a pesar de que el tiempo de las sesiones de 2 horas era relativamente corto. Ahora hay un claro entendimiento entre el personal local que las VGC están motivadas intrínsecamente, por ejemplo, por la satisfacción de ayudar a sus vecinas, el reconocimiento de la comunidad y los beneficios para ellas mismas y sus familias de lo que están aprendiendo.

5. Cierre

- 5a. Explicar a los participantes: “Muchas organizaciones no gubernamentales han caído en la trampa de pensar que tienen que proporcionar muchos (costosos) incentivos tangibles para que las VGC estén contentas y motivadas. Con más reflexión y el pensamiento creativo, podemos aprender a utilizar otros medios más sostenibles y eficaces para mantener a nuestras voluntarias sintiéndose conectadas, valoradas y eficaces.”

Lección 7, Hoja de trabajo 1: Razones programáticas para mantener motivadas a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado¹⁵

1. Capital Intelectual

Se ha invertido tiempo, dinero y esfuerzo en el entrenamiento de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado (VGC). Cuando una VGC sale o deja de funcionar para el programa, la organización pierde la experiencia, formación y habilidades de la VGC. El Grupo de Cuidado (GC) pierde su continuidad. Al igual que una familia siente pérdida cuando alguien muere o desaparece en un largo viaje, un GC puede sentir una pérdida similar cuando un VGC deja de participar por cualquier motivo.

2. Inversión financiera

Cuando las VGC se retiran del programa, los Promotores y colegas GC deben reinvertir tiempo, dinero y energía para entrenar a una nueva persona. Nuevos materiales, específicamente rotafolios, podrían necesitarse. El nuevo tiempo y energía necesarios pone presión sobre la organización o el GC, lo que puede reducir la satisfacción.

3. Satisfacción de las Mujeres Vecinas

Si las Mujeres Vecinas saben que su VGC ha estado trabajando durante muchos años son más propensos a creer, especialmente si las han visto traer el cambio y hacer una diferencia en su comunidad. Nuevas VGC no inspiran la misma confianza, no han dedicado el mismo tiempo ni tienen la misma relación con las Mujeres Vecinas, haciendo más difícil alcanzar las metas del programa.

4. Alcanzar las metas programáticas de reducir la desnutrición crónica y las muertes por desnutrición

Con cada rotación de personal, tenemos que reenfocar tiempo o repetir entrenamientos. Esto nos aleja de nuestra intención de centrarnos en el cambio de comportamiento para reducir la desnutrición.

¹⁵ Los subtítulos en negrillas pueden ser escritos en un rotafolio.

Lección 7, Hoja de trabajo 2 y Rotafolio 1: Tres motivadores para las voluntarias¹⁶

1. La necesidad de sentirse conectada

Las tres relaciones que afectan la conectividad son:

- La relación entre la voluntaria y su Promotor.
- La relación entre la voluntaria y las mujeres de su comunidad.
- La relación que las voluntarias comparten entre sí.

2. La necesidad de sentirse valorada de forma única / valiosa

- Los miembros del equipo del Grupo de Cuidado conocen a cada voluntaria por su nombre, así como su situación familiar.
- Los miembros del equipo del Grupo de Cuidado dan regularmente elogios sinceros y específicos a las voluntarias, tanto en privado como en frente de otros.
- Los Promotores resaltan las fortalezas de cada voluntaria y muestran tolerancia y la comprensión por sus debilidades.

3. La necesidad de sentirse eficaz

Las herramientas que el proyecto de Grupos de Cuidado utiliza para ayudar a las voluntarias a sentirse eficaces y que son parte de un programa efectivo incluyen:

- Formularios de supervisión de apoyo.
- Listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Cuestionarios de antes y después de los entrenamientos.
- Herramientas de seguimiento del Cambio de Comportamiento.
- Encuestas de seguimiento de línea de base.

¹⁶. Solamente los subtítulos marcados en negrillas deben ir en el rotafolio.

Lección 7, Hoja de trabajo 3: Ideas para ayudar a las voluntarias a sentirse conectadas, valoradas y eficaces.

Formas de sentirse conectadas

- Celebrar los logros del grupo, tales como el reconocimiento de que las voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) están presentes en tres reuniones consecutivas.
- Invitar a otras personas a las reuniones de Grupo de Cuidados (GC) que puedan hablar sobre cómo el programa les ha impactado personalmente, como testimonios de miembros de la comunidad que han visto disminuir la desnutrición en sus hogares.
- Proporcionar a las VGC incentivos (como gorras y camisetas) que las identifican como parte de un grupo más grande.
- Llevar a cabo reuniones periódicas con el personal para que las VGC tengan la oportunidad de hacer preguntas, aclarar sus funciones y participar en la toma de decisiones.
- Llevar las preocupaciones de las VGCs a la gerencia del programa para que se sientan que sus voces son importantes.
- Desarrollar la identidad del programa, por ejemplo, mediante el uso de slogans, frases de equipo y un nombre formal del programa.
- Compartir los eventos de la vida, tales como bodas o funerales, juntos. Fomentar un ambiente donde las VGC pueden apoyarse unas con otras a través de estos acontecimientos de la vida.
- Organizar visitas a otros programas para que las VGC tengan una mejor comprensión del panorama general de lo que están trabajando.

Formas de sentirse valoradas de forma única/valiosas

- Identificar un "Grupo de Cuidado del mes" para ser reconocido en una reunión mensual. Especificar las razones por las que las voluntarias recibieron el reconocimiento.
- Rotar los papeles especiales (por ejemplo, la secretaria del comité) para que más personas tengan la oportunidad de ocupar cargos únicos.
- Expresar preocupación por las necesidades individuales de las voluntarias.
- Dedicar tiempo cada año discutiendo las cosas positivas que los Promotores han visto en las vidas de las voluntarias.
- Proporcionar una celebración especial cada año.
- Dar a los certificados anuales o premios que resaltan las cualidades especiales de las voluntarias (por ejemplo, la mayoría de inspiración).
- Aprender el nombre de cada voluntaria, dirigirse a ella por su nombre, y darle las gracias con regularidad.

- Proporcionar tiempo en las reuniones del GC para que las voluntarias tengan la oportunidad de expresar sus experiencias individuales, retos y preocupaciones.
- Compartir los eventos de la vida, tales como bodas o funerales, juntos. Fomentar un ambiente donde las VGC pueden apoyarse mutuamente a través de estos acontecimientos de la vida.

Formas de sentirse eficaces

- Solicitar a las voluntarias o miembros de la comunidad que compartan sus testimonios acerca de cómo el programa ha cambiado sus vidas.
- Proporcionar información coherente y objetiva en torno al desempeño de cada voluntaria.
- Realizar celebraciones anuales en la comunidad para compartir los resultados del programa y reconocer lo que se ha logrado en el año anterior.
- Invitar a los líderes locales a ofrecer palabras de aliento.
- Preguntar a las voluntarias sus opiniones al momento de decidir la forma de abordar las necesidades especiales de un beneficiario.
- Diseñar carteles que muestren el progreso de las voluntarias hacia las metas.
- Colocar una bandera para celebrar los logros más importantes.
- Permitir que las voluntarias sepan cuando una persona desde fuera de la comunidad se da cuenta de su trabajo.
- En los entrenamientos de las voluntarias, proporcionar actualizaciones trimestrales de las evaluaciones recientes, visitas de campo y encuestas.

Realizar conversatorios donde las voluntarias puedan compartir sus historias de éxito con las demás. A menudo nos centramos en los problemas que estamos teniendo, pero nos hace falta un equilibrio. Muchas veces necesitamos los recordatorios acerca de los éxitos para mantenernos motivado.

LECCIÓN 8: CAMBIO DE COMPORTAMIENTO Y GRUPOS DE CUIDADO: QUÉ SUCEDE EN UNA REUNIÓN DE GRUPOS DE CUIDADO, REUNIÓN DEL GRUPO DE VECINAS Y VISITAS DOMICILIARES

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Nombrado las dos responsabilidades del Cambio de Comportamiento más críticas de los Promotores y Voluntarias de los Grupos de Cuidado (VGC).
- Revisado el esquema de un módulo de reuniones del Grupo de Cuidado (GC).
- Identificado los diferentes elementos de una lección típica de GC.
- Unido las Señales para la enseñanza con los Pasos de una reunión de GC.
- Revisado la agenda de una reunión bimensual entre Supervisores y Promotores.
- Contrastado los diversos tipos de reuniones.

Duración

1 hora 30 minutos

Materiales necesarios¹⁷

- Papel de rotafolios y marcadores.
- Lección 8, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de módulos y esquemas de lecciones.
- Lección 8, Hoja de trabajo 2: Pasos de las lecciones para GC y GV.
- Lección 8, Hoja de trabajo 3: Señales para la enseñanza (hacer 5–6 copias y recortar las fotos separadas de los títulos y los pasos).
- Versiones más largas de cada señal para la enseñanza, que se encuentran en la Lección 8, Hoja de trabajo 3.
- Lección 8, Hoja de trabajo 4: Estructura de la reunión bimensual.
- Lección 8, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de la agenda de reuniones bimensuales.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: “Ahora que hablamos acerca de la estructura del Grupo de Cuidado, de las integrantes y sus responsabilidades, de cómo organizar las comunidades en GC y cómo mantener motivadas a las Voluntarias de los GC,

¹⁷ Se espera que en un futuro cercano exista un video de la reunión del GC. Cuando esté disponible, se deberá incorporar a esta lección como una manera de demostrar los pasos y la calidad de la reunión de Cambio de Comportamiento.

procederemos a ver las actividades principales de Cambio de Comportamiento de los Promotores y las Voluntarias del Grupo de Cuidado.

- 1b. Preguntar a los participantes: ¿Cuáles son las responsabilidades más importantes que los Promotores y las VGC tienen que dan como resultado el Cambio de Comportamiento? Las respuestas deben incluir reuniones y visitas domiciliarias.
 - 1c. Explicar a los participantes que los comportamientos saludables se introducen primero desde los Supervisores a los Promotores, luego por los Promotores a las VGC. Esto sucede durante las reuniones mensuales o quincenales, con sólo una lección enseñada en cada reunión. Las VGC luego introducen los nuevos comportamientos a su grupo de Mujeres Vecinas (MV) durante las reuniones del Grupo de Vecinas (GV) y las visitas a los hogares. Puesto que estas actividades son críticas para el Cambio de Comportamiento, los proyectos deben asegurarse que las reuniones sean lo más eficaces posible.
2. Módulo del Grupo de Cuidado y el proceso de las lecciones
 - 2a. Explicar a los participantes: Típicamente, hay de cuatro a seis módulos que se utilizan para entrenar a las VGC para promover comportamientos saludables entre las MV, cada una de estas lecciones está relacionada con un tema, como embarazo y parto saludable, atención del recién nacido y nutrición, o nutrición infantil. Cada módulo se divide luego en diferentes lecciones. Se enseña una lección en cada reunión.
 - 2b. Referir a los participantes a la **Lección 8, Hoja de trabajo 1: Ejemplo de esquemas de módulos y lecciones**. Explicar que se trata de los módulos y planes de las lecciones del programa. Organizaciones no gubernamentales (ONG) pueden optar por utilizar los módulos y los planes de las lecciones que ya han sido desarrollados y están disponibles en el sitio web de GC (www.caregroupinfo.org) y adaptarlos a sus contextos culturales específicos. O el personal de las ONG puede desarrollar sus propios módulos y lecciones. Sin embargo, las organizaciones no gubernamentales deben tener en cuenta que las reuniones no deben durar más de dos horas y se deben usar ayudas visuales y métodos de aprendizaje participativo durante cada lección.
 - 2c. Decir a los participantes: Veremos cómo funcionaría esto en realidad. (Escribir la siguiente información en el rotafolio). Si usted tiene cinco módulos con un total de 22 lecciones y una nueva lección se introduce cada 2 semanas, ¿cuánto tiempo tomará para cubrir todas las lecciones? Deberá contestar 44 semanas, o aproximadamente 11 meses.
 - 2d. Preguntar a los participantes: ¿puede pensar si existe algo que evitaría que un programa sea implementado eficazmente? A nivel comunitario, por ejemplo, hay fiestas y eventos locales que interrumpirán el programa, que podría ocasionar que implementar el programa tome más tiempo de lo inicialmente previsto. Así, siempre es necesario planificar más tiempo para cubrir todos los módulos y lecciones.
 3. Estructura de la lección del Grupo de Cuidado y Grupo de Vecinas

- 3a. Explicar a los participantes: Con los años, la organización Food for the Hungry ha perfeccionado el proceso de Cambio de Comportamiento que se lleva a cabo durante las lecciones. Se siguen pasos específicos en cada lección. Para ayudar a los Promotores y Voluntarias del Grupo de Cuidado a recordar estos pasos, se ha asignado a cada paso un diseño al que se le denomina "señal para la enseñanza". Las señales para la enseñanza son recordatorios a los facilitadores de cómo ayudar a otros a aprender nuevas habilidades y prácticas¹⁸. En el pasado, se asignaban letras y palabras para este efecto, pero ahora solo se utilizan las fotos como recordatorios. Pero, antes de mirar las señales para la enseñanza, desglosaremos los pasos en una lección típica y la cantidad aproximada de tiempo dedicado a cada paso.
- 3b. Referir a los participantes a la **Lección 8, Hoja de trabajo 2: Pasos de las lecciones de los Grupos de Cuidado y Grupos de Vecinas** para que puedan seguirlos y ver cuánto tiempo se debe asignarse a cada paso.
- 3c. Revisar y explicar los pasos de la lección.
- Paso 1. Objetivos de la lección
 - Cada lección comienza con los objetivos de comportamiento, conocimiento y creencias que serán cubiertos. La mayoría de los objetivos son de comportamiento, escritos como enunciados de acción. Estos son los comportamientos que se esperan que practiquen las VGC y MV y son basados en los mensajes clave del rotafolio.
 - Todos los materiales necesarios para la lección se enumeran en la sección de los objetivos de la agenda. Los materiales con un asterisco (*) deben ser llevados por el Promotor.
 - Paso 2. Juego o canción
 - Cada nueva lección empieza con un juego o una canción.
 - Preguntar a los participantes: ¿por qué creen que este acercamiento fue elegido para comenzar cada lección? Las respuestas deben incluir que los juegos ayudan a las madres a sentirse relajadas y olvidar las preocupaciones del día. Además, los juegos dan un sentido de seguridad, y cuando las mujeres se sienten seguras son más propensas a compartir sus experiencias, hablar abiertamente de sus luchas y considerar realizar las nuevas prácticas en casa.
 - Paso 3. Asistencia y resolución de problemas

¹⁸ Mitzi Hanold, Food for the Hunger, presentación de PowerPoint acerca de señales para la enseñanza, disponible en inglés en el link: <http://www.caregroupinfo.org/vids/GCFacilitation/story.html>.

- Darse cuenta quienes asisten a la reunión. Averiguar si hay algún evento vital para reportar (nacimientos, defunciones o nuevos embarazos).
 - Únicamente durante las reuniones de GC, discutir cualquier problema que las VGC tuvieron mientras enseñaban la lección anterior a las MV.
 - En este punto, el Promotor también platica sobre los materiales necesarios para la próxima reunión y pide a las VGC y MV que lleven los artículos necesarios para la actividad.
 - Preguntar a los participantes: ¿Por qué es importante este paso? Las respuestas deben incluir: para vigilar quien está asistiendo a la lección con regularidad y quién no, y para ayudar a las voluntarias a superar los retos que puedan tener.
 - Este paso debería también ser utilizado durante las dos reuniones de los GC y las reuniones de los GV, para preguntar cómo les fue a las voluntarias y las MV, cuando probaron los comportamientos o realizaron las acciones a las que se comprometieron durante la reunión pasada. Esto proporciona una oportunidad para solucionar los obstáculos que surgen en la práctica del nuevo comportamiento.
- Paso 4. Promoción del Cambio de Comportamiento a través de dibujos.
 - El Promotor o VGC lee la historia impresa en la hoja de rotafolio, utilizando las imágenes para compartir la historia. La historia de cada lección es seguida por preguntas de discusión. Estas Preguntas de discusión se utilizan para hablar de los problemas que enfrentan los dos personajes principales de la lección. Usar las preguntas de la historia y de discusión para averiguar las prácticas actuales de las mujeres en el grupo.
 - Es importante que estos dibujos sean diseñados con base en la investigación formativa que se debió haber llevado a cabo para entender mejor las barreras para el Cambio de Comportamiento. Por ejemplo, si las madres dicen que sus propias madres y las suegras no aprueban la lactancia materna exclusiva (LME), a continuación, la imagen del rotafolio debe mostrar una abuela que ayuda a su hija (la madre del niño) a amamantar o una foto donde la abuela se niega a dejar a la hija dar agua a un bebé menor de 6 meses.
 - Paso 5. Actividad (demostrar el comportamiento).
 - Preguntar a los participantes: ¿Las personas suelen cambiar sus comportamientos si solamente se les dice que lo hagan? Ellos deben responder, no, usualmente no lo hacen.
 - Decir a los participantes: El Cambio de Comportamiento será mucho más probable si usted procura que las Voluntarias del Grupo de Cuidado y las

Mujeres Vecinas prueben el nuevo comportamiento en un ambiente seguro. Ese es el propósito de esta parte de la lección. Solamente hablar no será tan eficaz como la demostración y la práctica. Por lo tanto, cada lección incluye una actividad. El Promotor es responsable de organizar los materiales para la actividad de cada lección.

- La actividad requiere tener materiales traídos por la VGC o MV desde sus propios hogares para crear, en la medida de lo posible, una situación de "la vida real".
- Tener en cuenta que algunos comportamientos no pueden ser demostradas durante la reunión.
- Paso 6. Discutir las posibles barreras y soluciones.
 - Preguntar a los participantes: ¿Por qué creen que discutir posibles obstáculos para la práctica del nuevo comportamiento es tan importante? Las respuestas deben incluir que da a las VGC y MV una oportunidad para considerar seriamente lo que se necesita para probar el nuevo comportamiento.
 - Cuando las VGC y MV discuten las barreras durante cada lección, deben de imaginarse haciendo el comportamiento dentro de su contexto doméstico. Esto lleva a las mujeres más allá de solo escuchar acerca del comportamiento. También conduce a la siguiente etapa, que también es crítica.
 - En esta etapa todos se dedican a ayudar a encontrar la manera de superar las barreras que se mencionan. No es únicamente responsabilidad del Promotor ofrecer soluciones. Hacer una lluvia de soluciones es responsabilidad del grupo y le ayudará a potenciar a las mujeres a convertirse en personas eficaces para solucionar problemas.
- Paso 7. Práctica y acompañamiento
 - Para las reuniones de GC entre Promotores y VGC: Esta es la oportunidad para que cada VGC pueda practicar la enseñanza de una lección a otra persona y para que el Promotor de consejos sobre técnicas de facilitación a la VGC. Esto ayuda a que las VGC se sientan cómodas y familiarizadas con los rotafolios y los mensajes.
 - Para las reuniones entre las VGC y MV: Esta oportunidad permite a las MV que practiquen contándose los mensajes clave que aprendieron y ofrece la oportunidad de practicar cómo pueden decir a otros miembros de la familia acerca de las lecciones que han aprendido.
- Paso 8. Solicitar el compromiso de intentar hacer el nuevo Comportamiento.

- Preguntar a los participantes: ¿Por qué creen que pedimos a las Voluntarias de los Grupos Cuidado y a las Mujeres Vecinas que se comprometan a realizar el nuevo comportamiento, o por lo menos a dar un paso hacia probar el comportamiento? ¿Por qué es esto importante?
- Decir a los participantes: Los estudios han demostrado que cuando alguien promete hacer algo, es mucho más probable que lo haga. La señal de enseñanza para realizar el compromiso debe reflejar cómo las personas hacen una promesa en la cultura local.

4. Señal para la enseñanza

- 4a. Decir a los participantes: Ahora que hemos hablado de los pasos de las lecciones dadas en las reuniones entre Promotores y Voluntarias de los Grupos de Cuidado, demos un vistazo a las imágenes que ayudan a que los Promotores recuerden los pasos.
- 4b. Preguntar a los participantes: ¿Cómo se llaman estas imágenes? Deben responder: las "señales para la enseñanza".
- 4c. Antes del entrenamiento, hacer de 5 a 6 series de copias de las imágenes encontradas en la **Lección 8, Hoja de trabajo 3: Señales para la enseñanza**, pero sin los nombres de los pasos de la lección. Ofrecer un conjunto de imágenes a cada mesa de participantes. Solicitar a los participantes que examinen las fotos y decidan a cuál de los pasos de la reunión parece que la imagen hace referencia. Poner las imágenes en el orden que descrito previamente y que se muestra en la Lección 8, Hoja de trabajo 2. Solicitar a los participantes que comprueben su trabajo haciendo referencia a la Lección 8, Hoja de trabajo 3.
- 4d. Compartir con los participantes que si tienen buen acceso a Internet, pueden ver una presentación interactiva narrada acerca las señales de la enseñanza que se encuentra en <http://www.caregroupinfo.org/vids/GCFacilitation/story.html>, la cual ellos pueden ver como tarea. (Dicha presentación está disponible en inglés, solamente).

5. Grupos de Vecinas como Grupo de Apoyo Mutuo

- 5a. Compartir con los participantes la información que se presenta a continuación acerca de la importancia del soporte mutuo como parte del enfoque GC.
 - El apoyo entre pares es un elemento importante para el éxito del enfoque del GC, y tenemos que estar conscientes de ello y no darlo por hecho. Las VGC reciben y se dan mutuamente el apoyo necesario en sus reuniones regulares de GC, las cuales son facilitadas por el Promotor. Lo mismo ocurre en las reuniones de GV, facilitadas por la VGC. Las VGC cubrirán módulos y promoverán comportamientos, los cuales les será mucho más eficaz si transmiten la lección de forma pausada y no apresurada, permitiendo suficiente tiempo para la participación y el intercambio de experiencias e inquietudes.

- Este apoyo mutuo que se dan las VGC y MV puede ser muy gratificante y contribuye poderosamente a la motivación y el deseo de seguir participando activamente. Es clave en la construcción de nuevas normas sociales y el apoyo a los nuevos comportamientos que se promueven. Este apoyo ayuda a las madres a través de las principales transiciones de la vida (como cuando se convierten en madres o a afrontar una muerte), durante tiempos de alegrías y tristezas, y toda la vida los retos grandes y pequeños propios de la maternidad. El apoyo entre pares también ha demostrado ser importante para prevenir la depresión. Aunque los efectos de apoyo de las compañeras no son fáciles de separar de otras intervenciones del proyecto y pueden ser difíciles de cuantificar, el poder de apoyo de madre a madre nunca debe ser subestimado. Es un ingrediente importante que hace que el enfoque de GC tenga tanto éxito.

6. Actividad: Impartir la lección durante una visita domiciliar

- 6a. Recuerde a los participantes que algunos proyectos usan ambas reuniones –las de GV y las visitas domiciliarias para impartir las lecciones. Algunos utilizan solo las visitas a domicilio, y otros utilizan solo las reuniones de grupo y ofrecen visitas a domicilio solamente a las mujeres que no asistieron a una reunión de GV.
- 6b. Decir a los participantes: Suponga que desea adaptar los pasos y las señales para dar la lección a un contexto de visita domiciliar, ya sea como una visita de una-a-una con una vecina o como una lección corta para todo el hogar. De ser así, tome nota que se deben tomar en cuenta ciertas consideraciones, sin embargo, hacer esto es ciertamente factible.
- 6c. Si el proyecto ya tiene un procedimiento establecido para impartir una lección durante la visita a la casa, solicitarle a los participantes que compartan esa información en lugar de tener que hacer la actividad en el paso 6d.
- 6d. Si el proyecto no tiene dicho procedimiento establecido: Dar las siguientes instrucciones: Discuta en su grupo pequeño si usted desea adaptar los pasos para una visita domiciliar y, si es así, lo que se pueda cambiar. En una hoja de papel, escriban una lista de los pasos que usarían para impartir una lección durante una visita domiciliar y colocar el papel en la pared. Luego circular alrededor de la habitación para ver lo que decidieron los otros grupos.
- 6e. A continuación, discutir cómo modificar cada paso con todo el grupo.
 - Paso 1. Objetivos de la lección: Probablemente es importante decirle a la vecina y su familia los objetivos o el tema de la lección actual.
 - Paso 2. Juego o canción: Dependiendo del tipo de actividad, incluir ya sea un juego o una canción. Por ejemplo, algunas mujeres quieren aprender la canción de lavarse las manos o toda la familia podrán disfrutar de un juego. Otras veces, la

creación de un ambiente seguro y cómodo con un poco de conversación relajada y saludando a todos en la familia podría ser más beneficioso.

- Paso 3. Asistencia y resolución de problemas: Por supuesto, podría no tener sentido tomar asistencia con sólo una vecina presente en su propia casa. Pero, usted quiere saber si tiene noticias importantes, tales como un nuevo embarazo, y este sería un buen momento para averiguar si ella necesita un poco de apoyo y solución de problemas con sus intentos de probar nuevos comportamientos de las lecciones anteriores.
- Paso 4. Promoción de Cambio Comportamiento a través de imágenes: Este paso, sin duda debe llevarse a cabo. En muchos casos, la mayor parte de la familia, incluyendo a los adultos y niños mayores, además de la MV, estarán interesados en escuchar la historia y ver las imágenes de la hoja del rotafolio.
- Paso 5. Actividad (demostrar y practicar el comportamiento): Este paso se llevará a cabo dependiendo de la actividad. Pero, siempre que sea posible, se debe demostrar el comportamiento.
- Paso 6. Discutir las barreras y las posibles soluciones: Este paso se debe realizar, ya que puede ser una discusión muy importante contar con los miembros del hogar que influyen en ciertos comportamientos en los que tienen un papel importante determinando si el Comportamiento se practica o no.
- Paso 7: Solicitar un compromiso de probar el nuevo comportamiento: Sí, este paso debe llevarse a cabo. Recuerde, el compromiso puede ser tomar una pequeña acción, o primer paso, hacia la adopción del nuevo comportamiento, tal como "voy a decirle a mi esposo lo que he aprendido y hablar con él acerca de la construcción de una letrina." La vecina no tiene que prometer construir la letrina esta semana.

7. Reunión bimensual de los Supervisores y Promotores

- 7a. Decir a los participantes: Ahora que hemos revisado en detalle lo que sucede durante las reuniones entre los Promotores y la Voluntarias del Grupo de Cuidado, así como las reuniones de las VGC y las Mujeres Vecinas, procederemos a estudiar lo que sucede durante las reuniones entre los Supervisores y los Promotores.
- 7b. Solicitar a los participantes que revisen la **Lección 8, Hoja de trabajo 4: Estructura de la reunión bimensual** y la **Lección 8, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de la agenda de las reuniones bimensuales**. Pedir a los participantes que identifiquen las similitudes y diferencias entre este tipo de reunión y las reuniones entre los Promotores y las VGC.

8. Cierre

- 8a. Concluir esta lección recordando a los participantes que deben elegir las oportunidades de aprendizaje que requieren que los participantes interactúen en el

proceso de aprendizaje con actividades como hablarse entre sí, jugar, reír, cantar, discutir y reflexionar sobre la información. Sea cual sea su papel como maestro o facilitador, siempre deben recordar estar conscientes de su rol al enseñar a otros. Un entrenamiento exitoso es aquel donde los participantes aprenden mediante el descubrimiento de las cosas por sí mismos y a través de aprender de sus colegas, así como del facilitador. Si la única persona que escuchan de es al facilitador, se perderá una gran oportunidad de aprendizaje. En la preparación de una reunión bimensual o para el próximo entrenamiento de GC, siempre planificar y fomentar la interacción y el debate entre los participantes y ser conscientes de la importancia de modelar buenas habilidades de capacitación participativa.

Lección 8, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de esquemas de módulos y lecciones¹⁹

Módulo 1: Introducción a Grupos de Cuidado y Acciones Esenciales de Nutrición (AEN) (7 lecciones)

Tomar nota que las recomendaciones acerca de las Acciones esenciales para la nutrición han sido actualizadas. Para ver información más reciente, ver el enlace:

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/

Este módulo presenta el modelo del Grupo de Cuidado (GC) y discute la nutrición para las madres embarazadas y lactantes, la prevención de anemia y la lactancia.

- Lección 1: Introducción al programa.
- Lección 2: Métodos de enseñanza.
- Lección 3: Nutrición y atención durante el embarazo y lactancia.
- Lección 4: Prevención de anemia.
- Lección 5: Lactancia materna inmediata.
- Lección 6: Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses
- Lección 7: Exhortar a las madres a que den de mamar.

Módulo 2: Acciones esenciales de nutrición (ENA): Alimentos Complementarios y Micronutrientes (6 lecciones).

Este módulo proporciona educación sobre la alimentación complementaria, las buenas prácticas de alimentación y la forma de utilizar bastidores para secado de platos. Además, los participantes aprenderán acerca de la vitamina A, los alimentos ricos en nutrientes y el monitoreo del crecimiento los niños.

Módulo 3: Cuidado esencial para madres y recién nacidos: Embarazo y Postparto (6 lecciones)

Este módulo cubre la atención prenatal, la atención posparto para madres y recién nacidos, y una breve introducción a la planificación familiar.

Módulo 4: acciones de higiene Esenciales (AHE): higiene personal, higiene del medio ambiente y tratamiento de la diarrea (6 lecciones)

Este módulo incluye la prevención de la diarrea, el lavado de manos, la creación de un lavamanos artesanal (estación de lavado de manos), la eliminación de las heces, desparasitación, purificación del agua, alimentación adecuada de los niños enfermos y almacenamiento adecuado de los alimentos.

¹⁹ <http://www.caregroupinfo.org/blog/narrated-presentations-on-care-groups-and-care-group-tools/care-group-curricula>

Lección 8, Hoja de trabajo 2: Pasos para las lecciones de Grupo de Cuidado y Grupo de Vecinas

Paso #	Nombre del paso	Tiempo destinado
1	Objetivo de las lecciones.	5 minutos
2	Juego o canción.	5 minutos
3	Asistencia, resolución de problemas y eventos vitales.	5 minutos
4	Promoción del cambio de comportamiento a través de imágenes.	30 minutos
5	Actividad (demostrar el comportamiento).	15–30 minutos
6	Discutir las barreras y las posibles soluciones.	15 minutos
7	Práctica y acompañamiento.	20 minutos
8	Solicitar el compromiso de probar el nuevo comportamiento.	10 minutos

Tiempo total: 2 horas o menos

Lección 8, Hoja de trabajo 3: Señales para la enseñanza

1. Objetivos



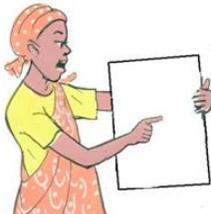
2. Juego o canción



3. Asistencia y solución de problemas



4. Promoción de Cambio de Comportamiento a través de imágenes



5. Actividad



6. Discusión de barreras y soluciones



7. Práctica y acompañamiento



8. Solicitar compromiso



Lección 8, Hoja de trabajo 4: Estructura de las reuniones bimensuales

¿Cuáles son los objetivos?

- Fomentar y mejorar el trabajo de los Promotores.
- Revisar la lección de salud de este mes.
- Discutir problemas u obstáculos que los Promotores hayan encontrado.
- Para entrenar y acompañar a los Promotores, dándoles la posibilidad de superar estos problemas.
- Avisar a los Promotores acerca de los próximos eventos del programa.
- Recabar asistencia a las reuniones del Grupo de Cuidado y sobre la información vital de las últimas reuniones de los Promotores con las Voluntarias del Grupo de Cuidado.

¿Quién asiste?

- El Supervisor y sus Promotores

¿Dónde se realiza?

- En la oficina u otro lugar tranquilo donde nueve o 10 personas puedan sentarse cómodamente
- Si la oficina del proyecto está lejos de las comunidades en las que trabajan los promotores, el Supervisor debe viajar hasta allí; en algunos proyectos los promotores se rotan el lugar de la reunión

¿Con qué frecuencia ocurre este encuentro?

- Dos veces al mes ideal (esto varía de un programa a otro).

¿Qué duración tienen estos encuentros?

- La reunión tiene una duración de aproximadamente 6 horas (longitud variará).
- El supervisor debe tener estar bien organizado y preparado para que se haga buen uso del tiempo de los promotores (algunos deben viajar grandes distancias).
- Algunos promotores pueden tener que llegar el día anterior y volver a casa el día después.

¿Cuál es el costo?

- Consultar el presupuesto del programa.
- Una reunión de un día podría incluir el almuerzo (si está presupuestado).

¿Qué debe llevar el Supervisor?

- Rotafolio para planes de lecciones de salud y de lecciones de este mes.
- Un programa de información próximo programa.
- Su plan de trabajo para el próximo mes.
- Formulario Regional de informe mensual (para ser llenado durante la reunión de información recibiendo de los promotores).

¿Qué debe llevar el promotor?

- Rotafolio para planes de lecciones de salud y de lecciones de este mes.
- Registros de asistencia de sus últimas reuniones.
- Listas de verificación y mejora de la calidad utilizados en el último mes.
- Informe mensual de sus últimas reuniones.
- Planes de trabajo para el próximo mes.

Lección 8, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de agenda de las reuniones bimensuales

Ejemplo de reunión con duración de 2 horas 10 minutos		
Actividad	Objetivo	Ideas/Materiales/Actividades
1. Revisar el rotafolio de la lección (20 minutos).	Reforzar las prácticas clave de salud Reforzar las actividades que acompañan la enseñanza de la lección.	Utilizar el ejemplo de plan de lección para ayudarlo a recordar cada parte de la lección, incluyendo el juego, discusión de barreras y la actividad. Demostrar o modelar la forma de impartir la lección completa.
2. Práctica y acompañamiento (1 hora a 1.5 horas).	Asegurarse que los Promotores sean capaces de impartir las lecciones eficazmente.	Integrar a los Promotores en pares para que puedan impartirse las lecciones mutuamente, mientras el Supervisor observa y hace sugerencias.
3. Recoger y revisar los reportes de los Promotores (20 minutos).	Recolectar información de eventos vitales y la asistencia para los reportes trimestrales. Alcanzar las metas mensuales y trimestrales.	Los Promotores llenan el informe usando sus registros. Los registros sirven para dar seguimiento de asistencia, eventos vitales y otros elementos clave del programa. (Los registros que se realizan con copias al carbón pueden permitir que el Promotor entregue una copia de su informe al Supervisor y conserve una copia para sus propios registros). El Supervisor y los Promotores crean un reporte a nivel comunitario o de distrito.
4. Discusión sobre las soluciones a los problemas que ocurrieron (30 minutos).	Ayudar al personal a superar los problemas, como ausentismo y eventos vitales que necesitan intervención (ejemplo: Epidemia de Cólera).	Discutir tanto las cosas positivas como negativas. Trabajar juntos para resolver los problemas y encontrar la forma de seguir adelante.
5. Discusión de planes de los eventos comunitarios por venir.	Preparar al personal y la comunidad para los eventos por venir Asegurarse que no haya otros eventos que entren en conflicto con las actividades programáticas.	Considerar los posibles problemas que puedan sobrevenir durante estos eventos. Trabajar con los Promotores para crear planes para sobreponerse a estos problemas. Si se encuentra un conflicto de fechas, trabajar juntos para cambiar la planificación de eventos, si es posible.
6. Revisar los planes de trabajo de 4 semanas de los Promotores (5 minutos).	Asegurarse que los Promotores se estén preparando para todas las actividades y las estén programando anticipadamente.	El Promotor comparte la planificación de 4 semanas que ha preparado con anticipación. El Supervisor hace una copia del plan para tenerlo en su archivo.
7. Establecer horario de la supervisión con apoyo (5 minutos).	Informar a los Promotores la fecha en la que el Supervisor llegará a visitar.	El supervisor informa a los Promotores de cuándo recibirán su visita durante el próximo mes. Asegurarse que tanto los Promotores como el Supervisor anoten el tiempo y lugar de la visita.

LECCION 9: VISITAS DOMICILARES: AUDIENCIA, HORARIOS Y CONTENIDOS

Objetivos basados en logros

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Revisado el rol y las responsabilidades de las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) y enfatizado las expectativas en relación a las visitas domiciliarias.
- Definido el propósito de la visita domiciliar.
- Identificado las audiencias y horarios para la visita domiciliar.
- Realizado una lista de cualidades para una visita domiciliar efectiva.
- Realizado una lista de componentes de una visita domiciliar.
- Practicado el conducir una visita domiciliar utilizando las habilidades de comunicación aprendidas anteriormente y los pasos de negociación para el Cambio de Comportamiento.

Duración

2 horas 30 minutos

Materiales necesarios

- Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales de los miembros del equipo del Grupo de Cuidado.
- Lección 9, Rotafolio 1: Propósito de la visita domiciliar.
- Lección 9, Hoja de trabajo 1: Propósito de la visita domiciliar.
- Lección 9, Rotafolio 2: Cualidades para una visita domiciliar efectiva.
- Lección 9, Hoja de trabajo 2: Juego de roles: Pasos para la visita domiciliar usando el proceso negociado para el Cambio de Comportamiento.
- Lección 9, Hoja de trabajo 3: Pasos para la visita domiciliar.
- Lección 9, Rotafolio 3: Dificultades al conducir una visita domiciliar.
- Rotafolios y marcadores

Notas para el facilitador:

El paso 4 es un juego de roles que utiliza el script de la **Lección 9, Hoja de trabajo 2: Diálogo para el Juego de roles: Pasos para la visita domiciliar utilizando el proceso negociado para el Cambio de Comportamiento**. El juego de roles requiere de tres participantes. Si solamente hay uno o dos facilitadores, solicitar la ayuda de tantos participantes como sea necesario para llevar a cabo el juego de roles. Proporcionar a los participantes seleccionados copias del script con antelación para darles la oportunidad de practicar.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Preguntar a los participantes: Si solamente tenemos reuniones mensuales del Grupo de Vecinas con las madres, ¿cuántas madres creen que va a adoptar el nuevo comportamiento? Ellos deben responder, no muchas.
 - 1b. Preguntar a los participantes: ¿Por qué creen que no muchas madres van a cambiar sus comportamientos después de participar en un solamente un encuentro mensual de Grupos de Vecinas? Deben dar respuestas como, porque van a encontrar dificultades cuando intenten el comportamiento en el hogar, tal vez se olvidan o tal vez ellas no están realmente convencidas.
 - 1c. Explicar a los participantes que en muchos programas, como parte de sus responsabilidades, las VGC realizan visitas a domicilio a sus Mujeres Vecinas (MV) después de las reuniones de Grupo de Vecinas (GV). Las visitas domiciliarias son la segunda parte de la estrategia de Cambio de Comportamiento del Grupo de Cuidado (GC). Permiten que las VGC se den cuenta si las MV están practicando el o los comportamiento(s) que se hablaron en la reunión de GV para proporcionar apoyo si las MV están encontrando problemas.
 - 1d. Remita a los participantes de nuevo a la sección acerca de las VGC en la **Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales de los miembros del Grupo de Cuidado** y pedirles que recuerden la frecuencia de las visitas domiciliarias. Cada VGC debe visitar a cada vecina en su casa al menos una vez al mes, después de la reunión de GV.
2. Propósito de una visita domiciliar
 - 2a. Preguntar a los participantes: ¿Cuál cree usted que es el propósito de una visita domiciliar? Tenga en cuenta que una visita en el hogar debe ocurrir después de la reunión del Grupo de Vecinas.
 - 2b. Hacer una lluvia de ideas de posibles respuestas con los participantes durante unos 5 minutos, y escriban sus ideas en la **Lección 9, Rotafolio 1: Propósito de una visita domiciliar**.
 - 2c. Refiera a los participantes a la **Lección 9, Hoja de trabajo 1: Propósito de una visita domiciliar**. Comparar y contrastar la información en la hoja de trabajo con lo que los participantes escribieron en la lección 9, Rotafolio 1.
 - 2d. Decir a los participantes que el Promotor tiene la responsabilidad de ayudar a las VGC a que realicen visitas domiciliarias efectivas, durante las cuales las madres son orientadas y apoyadas para adoptar los nuevos comportamientos. Esto es lo que hace que el enfoque de GC sea más efectivo que otros enfoques. El Promotor se unirá a las VGC de vez en cuando en una visita domiciliar y utilizará una herramienta para asegurar la calidad que se llama Lista de verificación y mejora de calidad (LVMC) para ayudar a hacer la visita domiciliar lo más eficazmente posible.
 3. Cualidades de una visita domiciliar efectiva

- 3a. Preguntar a los participantes: ¿Alguno de ustedes ha sido visitado en su casa por un voluntario de salud de la comunidad, una enfermera, miembro de la iglesia u otro líder de la comunidad? Pensando en una de esas visitas a sus hogares, ¿cómo se sintieron al respecto? ¿Fue una experiencia positiva? ¿Qué lo hizo positivo? ¿Cómo era la persona que realizó la visita? (Omita estas preguntas si ningún participante ha experimentado una visita domiciliar.)
- 3b. Solicitar a los participantes que piensen en las cualidades de una buena visita domiciliar. Hacer una lista en la **Lección 9, Rotafolio 2: Cualidades de una visita domiciliar eficaz**. La lista debe incluir los signos de respeto que se discutieron anteriormente, tales como:
 - Mostrar respeto al llamar a la madre por su nombre.
 - Preguntar si el momento de la visita es conveniente.
 - Preguntar sobre el bienestar de los miembros de la familia.
 - Ser sensibles a la cultura.
 - Proporcionar información específica del contexto.
 - Mostrar interés por comprender la situación particular de la madre.
 - No ser intrusivo.
 - Ser paciente.
- 3c. Explicar a los participantes que las VGC deben mostrar todos estos signos de respeto para que la visita domiciliar tenga el mayor éxito posible y aumentar las posibilidades de que la madre implemente los nuevos comportamientos.
4. Juego de roles: Pasos para una visita domiciliar efectiva.
 - 4a. Explicar a los participantes que a continuación revisarán cómo debe llevarse a cabo una visita domiciliar. Los facilitadores demostrarán una visita domiciliar sencilla a través de un juego de roles utilizando un guion proporcionado en esta lección. El juego de roles incluirá los pasos de los participantes para el Cambio de Comportamiento aprendidos en la **Lección 8: Cambio de Comportamiento y Grupo de Cuidados: ¿Qué sucede en una reunión del Grupo de Cuidado, Reunión de Grupo de Vecinas y en la Visita domiciliar?** Los participantes observarán y tratarán de identificar los diferentes elementos.
 - 4b. Para llevar a cabo el juego de roles, utilizar la **Lección 9, Hoja de trabajo 2: Juego de roles: Pasos para una visita domiciliar utilizando proceso del cambio de comportamiento negociado**. Solicitar a los participantes a ser conscientes de los pasos de cambio de comportamiento negociados que observan.

- 4c. Después del juego de roles, solicitar a los participantes que nombren los pasos negociados de cambio de comportamiento que observaron. Hacer una lista en una hoja de rotafolio.
 - 4d. Preguntar a los participantes: ¿Qué observaron en esta visita domiciliar que es diferente de la visita domiciliar típica? Indicar que este juego de roles se centró en promover el cambio de comportamiento a través de un cambio de comportamiento negociado.
 - 4e. Referir a los participantes a la **Lección 9, Hoja de trabajo 3: Pasos en una visita domiciliar** y pedirles que identifiquen cuáles de los pasos en el proceso corresponden a los pasos en el cambio de comportamiento negociado que aprendieron en la lección 8. Los pasos 5-10 deben ser identificados.
5. Preguntar a los participantes: ¿Se pueden prever las dificultades que las Voluntarias del Grupo de Cuidado podrían tener en la realización de una visita domiciliar realizada de esta manera? ¿Cuáles podrían ser estas dificultades? Cierre
- 5a. Finalizar la discusión de las decciones aprendidas con los juegos de roles de las visitas domiciliarias.

Lección 9, Hoja de trabajo 1: El propósito de una visita domiciliar

1. Conocer mejor a la vecina. Dar tiempo para diálogo individual.
2. Conocer a los otros miembros de la familia. Involucrar a algún miembro del grupo de influencia.
3. Demostrar a la vecina que usted (como Voluntaria del Grupo de Cuidado) se preocupa por ella como individuo.
4. Conocer más a fondo acerca del contexto en el que se practicarán los comportamientos, por lo que la VGC estará en mejores condiciones para sugerir formas de superar los obstáculos.
5. Comprobar si la Mujer Vecina y/o su familia practican el comportamiento.
6. Negociar con la vecina acerca de implementar el nuevo comportamiento. Ayudarla a identificar maneras prácticas de superar cualquier barrera.

Lección 9, Hoja de trabajo 2: Juego de roles: Pasos para la visita domiciliar usando el proceso para el cambio de comportamiento negociado.

Conducir el juego de roles en el orden de los pasos que se indican. Leer el juego de roles por línea, de izquierda a derecha. Si hay un espacio en blanco, saltar a la línea de abajo.

Paso	Voluntaria del Grupo de Cuidado Nombre: Rosario	Mujer Vecina Nombre: María	Suegra Nombre: Frida
1. Saludar a la vecina de una manera amistosa y, si está presente, saludar al jefe del hogar.	Buenos días, María. ¿Cómo estás? ¿Te acuerdas de que yo iba a venirte visitar hoy?	Hola, Rosario. Sí, me acordé. Bienvenida. Entra.	
	¿Cómo está tu marido? ¿Está aquí ahora?	Él está bien. Pero está en el trabajo ahora.	
	Por favor, dile que dije hola.	Bien, lo haré. Gracias.	
2. Preguntar si otros miembros de la familia que puedan ser necesarios para participar en la plática están presentes (Grupos de Influencia).	¿Está tu suegra en casa ahora? Me gustaría que se uniera a nosotros, si es que puede.	Sí, ella está aquí. Voy a ir a llamarla.	
	(Cuando llega la suegra) Hola, mi nombre es Rosario y yo estoy aquí para hablar con María sobre lo que puede hacer para mantener a la familia sana. Nos hemos estado reuniendo con otras madres en el vecindario en estos últimos meses para hablar de esto. Creo que sus comentarios serán importantes en esta plática.		Hola mi nombre es Frida. Sí, María me ha contado un poco sobre las reuniones. También creo que es importante hablar sobre maneras de mantener a la familia sana.
3. Hablar con la vecina sobre los cambios en la salud de los niños, como los casos de diarrea. Si un niño o niña está enfermo(a), observar a la madre y referir al(la) niño(a) al centro de salud para que reciba atención, si es necesario.	¿Cómo se encuentran Pablo y Timoteo?	Los niños están bien ahora, gracias. Pero, la semana pasada, Pablo tuvo un ataque de diarrea.	
	Hmm, siento escuchar eso. Dime lo que pasó.	Bueno, comenzó el lunes. Tuvo varias deposiciones líquidas durante 2 días.	
	Hmm. Eso suena serio. ¿Qué hiciste?	Bueno, el primer día no hice nada ya que todos los niños tienen diarrea de vez en cuando. Pero entonces se puso muy débil y me asusté.	
	¿Qué hiciste entonces?	Hablé con mi marido y decidimos esperar un día más para ver lo que	

Paso	Voluntaria del Grupo de Cuidado Nombre: Rosario	Mujer Vecina Nombre: María	Suegra Nombre: Frida
		sucedería.	
	Ya veo. Durante este tiempo, ¿qué le diste a Pablo de comer y beber?	Bueno, me acordé de la lección, así que preparé la solución de rehidratación oral y se la di. También le animé a comer. Pero él se negó.	
	Estoy tan contenta de que preparaste las sales de rehidratación oral. También es importante que los niños con diarrea continúen comiendo. Entonces, ¿qué pasó?	Como ya he dicho, a pesar de que le di la solución de rehidratación oral porque no estaba comiendo, la diarrea continuaba, y se puso muy débil. Al tercer día, finalmente, decidimos que lo llevara a la clínica donde le dieron un poco de medicina y él mejoró rápidamente.	
	Me alegro de que decidieras llevarlo a la clínica. Frida, ¿Cómo te sientes acerca de esa decisión?		Bueno, me hubiera gustado haber llevado a Pablo a la clínica antes, como después del primer día. La clínica está bastante cerca. Pero mi hijo no lo aprobó.
4. Revisar los puntos clave de la reunión más reciente del Grupo de Vecinas.	María, ¿puedes decirme lo que recuerdas de la lección sobre la búsqueda de ayuda en la clínica cuando un niño tiene diarrea?	Hmm. Hablamos de cómo es de peligrosa la diarrea en los niños y que es importante ir a la clínica. Y eso es lo que hicimos.	
	Eso es cierto. ¿Recuerdas lo que dijimos acerca de cuándo se debe llevar a un niño enfermo a la clínica, con qué rapidez?		Creo que María me dijo que es importante ir de inmediato, durante el primer día, las primeras 24 horas.
	Así es, Frida. ¡Buena memoria! Si un niño tiene tres deposiciones líquidas en un día o tiene sangre en las heces, es muy importante ir a la clínica de inmediato. Esperar en casa, incluso si le estás dando una SRO, puede ser peligroso. Un niño pequeño puede morir fácilmente si la diarrea es grave.		

Paso	Voluntaria del Grupo de Cuidado Nombre: Rosario	Mujer Vecina Nombre: María	Suegra Nombre: Frida
5. Preguntar a la madre acerca de su experiencia tratando de practicar el nuevo comportamiento.	¿Qué te impidió ir a la clínica más rápidamente?	Bueno, mi marido pensó que deberíamos esperar. Él no creía que fuera tan grave.	
6. Escuchar y reflexionar sobre lo que la madre dice.	Al reflexionar sobre la respuesta de María: Hmm, ya veo.		
7. Identificar si hubo dificultades/obstáculos para la adopción del comportamiento, así como las causas de la dificultad.		Bueno, si no está de acuerdo, entonces no podemos ir.	Sí, él le tiene que dar el dinero a María para comprar los medicamentos.
8. Discutir con las vecinas diferentes formas viables para superar los obstáculos.	Ya veo. Así que en el futuro sería importante asegurarse de que tu marido entienda que tan grave puede ser la diarrea en los niños. ¿Cómo crees que podríamos ayudarlo a entender esto? ¿Qué se puede hacer?	Yo podría hacer arreglos para que hables con él.	
9. Recomendar/solicitar acciones factibles: Presentar opciones y negociar con la madre para ayudarla a seleccionar una acción que se pueda implementar.	Frida, ¿hay algo que usted pueda hacer?		Bueno, yo también podría hablar con él sobre la importancia de buscar atención médica rápidamente, y si esto sucede otra vez, puedo recordarle que no debemos esperar. Si no está de acuerdo entonces voy a tratar de convencerlo.
10. La vecina se compromete a tratar una o más de las soluciones y repetir la acción acordada.	¡Esas son todas muy buenas ideas! ¿Cuál de estas soluciones quieres probar?	Voy a hablar con él acerca de la importancia de ir a la clínica rápidamente cuando uno de los niños tiene diarrea y lo que puede suceder si esperamos demasiado. Frida, ¿usted me puede ayudar?	Sí, te puedo ayudar, seguro.
11. Establecer una fecha para la visita de seguimiento.	Eso suena como un buen plan. También podría yo prestarte el rotafolio de la lección. ¿Cuándo crees que tendrás tiempo de hablar con él?	La imagen le ayudará a convencerlo. Voy a tratar de hacerlo esta semana. ¿De acuerdo?	

Paso	Voluntaria del Grupo de Cuidado Nombre: Rosario	Mujer Vecina Nombre: María	Suegra Nombre: Frida
	Sí, eso estará bien, entonces, ¿estaría bien si paso dentro de dos semanas para ver cómo te fue?	Sí, eso estaría bien.	Sí, no hay problema.
12. Felicitar a la vecina por su buen trabajo, darle las gracias a la vecina por hacer tiempo para hablar con ella y recordarle la fecha en que volverá a su casa para darle una visita de seguimiento.	Bueno, María, quiero que sepas que fue excelente que te hayas recordado de hacerle las sales de rehidratación oral a Pablo cuando tuvo diarrea. Eso lo ayudó mucho. Sigue haciendo ese buen trabajo. Y te veo dentro de dos semanas.	Gracias por la visita, Rosario.	Sí, gracias por incluirme en la plática. Esperamos volver a verle.

Lección 9, Hoja de trabajo 3: Pasos para conducir una visita domiciliar

1. Saludar a la vecina de una manera amistosa y, si está presente, saludar al jefe del hogar. Mostrar sincero interés en la situación de cada miembro de la familia para crear confianza y tranquilizar a la familia.
2. Preguntar si otros miembros de la familia que puedan ser necesarios para participar en la plática están presentes (Grupos de Influencia).
3. Hablar con la vecina sobre los cambios en la salud de los niños, como los casos de diarrea. Si un niño o niña está enfermo(a), observar a la madre y referir al(la) niño(a) al centro de salud para que reciba atención, si es necesario.
4. Revisar los puntos clave de la reunión más reciente del Grupo de Vecinas.
5. Preguntar a la madre acerca de su experiencia tratando de practicar el nuevo comportamiento.
6. Escuchar y reflexionar sobre lo que la madre dice.
7. Identificar si hubo dificultades/obstáculos para la adopción del comportamiento, así como las causas de la dificultad.
8. Discutir con las vecinas diferentes formas viables para superar los obstáculos.
9. Recomendar/solicitar acciones factibles: Presentar opciones y negociar con la madre para ayudarla a seleccionar una acción que se pueda implementar.
10. La vecina se compromete a tratar una o más de las soluciones y repetir la acción acordada.
11. Establecer una fecha para la visita de seguimiento.
12. Felicitar a la vecina por su buen trabajo, darle las gracias a la vecina por hacer tiempo para hablar con ella y recordarle la fecha en que volverá a su casa para darle una visita de seguimiento.

Lección 9, Hoja de trabajo 4: Escenarios para el juego de roles de la visita domiciliar

1. La madre no puede recordar lavarse las manos antes de preparar la comida.
2. La madre piensa que es demasiado caro comprar jabón para lavarse las manos.
3. La madre no tiene fácil acceso al agua para el lavado de manos.
4. La madre piensa que acudir a un centro de salud puede ser costoso.
5. La madre piensa que por el (mal) servicio en la clínica, no vale la pena ir allí cuando un niño tiene diarrea.
6. La madre siente que las sales de rehidratación oral (SRO) harán que el niño vomite.
7. La madre no cree que las SRO ayudarán al niño a recuperar la salud.
8. La madre no puede recordar cómo hacer SRO.
9. La madre dice que es difícil de tratar el agua cuando el cloro no está disponible en el mercado.
10. La madre no puede recordar cómo tratar el agua.
11. La madre piensa que su recipiente de almacenamiento de agua corriente (sin tapadera) es adecuado.
12. La madre dice que su esposo piensa que es demasiado caro comprar un recipiente para llevar agua a la casa.

LECCIÓN 10: HORARIO DE LA REUNIÓN²⁰

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán respondido cinco preguntas clave relacionadas con los diferentes estilos de entrenamiento (reuniones) que se realizan en los programas de Grupos de Cuidado (GC).

Duración

1 hora 40 minutos

Materiales necesarios

- Lección 10, Rotafolio 1: Tabla de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa) también puede ser utilizada como la clave para el juego.
- Lección 10, Hoja de trabajo 1: Responsabilidades del facilitador de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa).
- Lección 10, Rotafolio 2: Tabla de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa) –Juego de rompecabezas (una copia para cada miembro del equipo impresa en un rotafolio).
- Respuestas a la Lección 10, Rotafolio 2 escritas en post-its o tarjetas tipo índice (un juego de respuestas para cada equipo).
- Cinta adhesiva (masking tape).

Notas para el facilitador

Se necesitará un área amplia para jugar al rompecabezas. Si es necesario, salirse o retirar las sillas para dar más espacio. Mostrar la **Lección 10, Rotafolio 1: Tabla de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa)**. Dejar este rotafolio en la pared para la duración de esta lección.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: Hemos hablado de lo que los Promotores y las Voluntarias de Grupos de Cuidado hacen para promover comportamientos nuevos y más saludables entre las Mujeres Vecinas y revisado el contenido de las reuniones entre Promotores, Voluntarias

²⁰ Many programs refer to these meetings as “trainings”. However, since many people associate remuneration with training, some programs have opted to call them meetings or behavior change meetings. In these meetings the participants learn about the behaviors to be promoted.

de Grupo de Cuidado y Mujeres Vecinas. En esta lección vamos a mirar el cuadro más grande y aprender sobre todos los diferentes niveles de formación que deben tener lugar en el programa de Grupos de Cuidado. En concreto vamos a responder a las siguientes preguntas (señalando al mismo tiempo la Lección 10 Rotafolio 1):

- ¿Quién es el facilitador?
- ¿Quiénes asisten a la sesión educativa/reunión?
- ¿Por cuánto tiempo se lleva a cabo una sesión educativa/reunión?
- ¿Con qué frecuencia se produce la reunión?
- ¿Qué materiales se necesitan para llevar a cabo la reunión?
- ¿Dónde se realiza usualmente la reunión?

2. Repaso de la estructura de la reunión del Grupo de Cuidado

- 2a. Usando la Lección 10, Rotafolio 1 como referencia y **Lección 10, Hoja de trabajo 1: Responsabilidades del facilitador de las reuniones del Cambio de Comportamiento (Sesión educativa)**, responder las preguntas anteriores para cada miembro del equipo GC. Explique que todos los miembros del equipo de GC desde el director hasta las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) tienen responsabilidades como facilitador y practicante.
- 2b. Explicar que la tabla se utiliza sólo como una guía y que cada programa va a crear su propio horario de sesiones educativas/reuniones.
- 2c. Responder a cualquier pregunta de los participantes.

3. Actividad: Rompecabezas

- 3a. Integrar a los participantes en tres o cuatro equipos de igual número. Pegar con cinta adhesiva copias de la **Lección 10, Rotafolio 2: Tabla de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa). Juego de rompecabezas** en diferentes lugares del salón. Dar a cada equipo un set de las respuestas correctas como se encuentra en la Lección 10, Rotafolio 1 escritas en Post-its o tarjetas tipo index, mezcladas y boca abajo. Solicitar a los equipos que no vean los papeles hasta que se les indique.
- 3b. Solicitar a los equipos que se pongan en una línea, una persona detrás de la otra (una fila para cada equipo), y colocarse de pie de 3 a 4 metros de distancia de los rotafolios que se pegaron en la pared.
- 3c. Decir a los participantes que el objetivo del juego es que cada equipo complete correctamente en la tabla de la reunión que está en el rotafolio, mediante la colocación de todas las piezas de papel con las respuestas en la tabla. Solo un miembro del equipo puede ir hasta la tabla en el rotafolio a la vez a colocar una respuesta. Otros miembros del equipo pueden realizar cambios en el rotafolio, pero solo durante su turno.

Lección 10, Rotafolio 1: Tabla de la reunión del Cambio de Comportamiento (Sesión educativa)

Esta tabla es solamente una guía. Cada programa hará su propio horario.

Facilitador	Asistentes	Tiempo del evento	Frecuencia	Materiales	Lugar
Gerentes	Coordinadores Supervisores y Promotores.	5–7 días	Antes de cada distribución de módulo.	Rotafolio nuevo y planes de las lecciones.	Localidad central de suficiente tamaño para que quepa todo el equipo de Grupo de Cuidado.
Supervisor	Promotores	½ día	Cada dos semanas o mensualmente.	Revisión de la lección semanal en el rotafolio y plan de lecciones.	Lugar céntrico para los Promotores u oficina del programa.
Promotores	Voluntarias del Grupo de Cuidado.	2 horas	Cada dos semanas o mensualmente.	Rotafolios y planes de lección.	Usualmente en la comunidad de las VGC.
Voluntarias del Grupo de Cuidado.	Mujeres Vecinas	2 horas o menos	Cada dos semanas o menos.	Rotafolios	En la comunidad donde vive la Mujer Vecina.

Lección 10, Hoja de trabajo 1: Responsabilidades del facilitador de la reunión de Cambio de Comportamiento (sesión educativa)

Cuando el gerente es quien facilita la reunión

- El gerente lleva a cabo una reunión de 5-7 días con los Coordinadores, Supervisores y Promotores para que aprendan cada nuevo módulo antes de que se presente a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado (VGC) y Mujeres Vecinas (MV).
- Dependiendo del nivel de experiencia que el gerente tenga sobre los temas tratados en el módulo, puede ser útil invitar a un proveedor de atención de salud de la comunidad con experiencia para co-facilitar la reunión y/o estar disponibles para contestar las preguntas que surjan.
- Esta reunión incluye la base técnica para el módulo, la capacitación en el uso del plan de lección, así como varios días de entrenamiento y práctica de cada Coordinador, Supervisor y Promotor.
- Normalmente esta reunión ocurre aproximadamente cada 3 meses, asumiendo que cada módulo es de seis lecciones, o antes de la distribución de cada módulo.
- Una excelente manera de promover la colaboración entre el sistema de salud del gobierno y el sistema de salud de la comunidad del Grupo de Cuidado (GC) es invitar al personal que trabaja en los centros de salud donde el programa GC está operando a asistir a la capacitación de 5 a 7 días. También equipa a personal del centro de salud con conocimientos y herramientas para compartir las mismas prácticas de cambio de comportamiento cuando los miembros de la comunidad buscan servicios de la instalación.
- En los programas de GC más grandes, las distancias requeridas de viaje para reunir a todos los Coordinadores, Supervisores y Promotores pueden ser prohibitivas, o puede haber demasiados miembros del personal para ejecutar una reunión eficaz. (No se recomienda para capacitar a más de 25 personas a la vez.) En estos casos, el Administrador solo debe formar a los coordinadores y supervisores en el contenido del módulo y luego hacer que los Coordinadores y Supervisores entrenan a los promotores en su región.

Cuando el Supervisor facilita la reunión

- Los supervisores revisan la lección actual con los Promotores cada 2 semanas (en algunos programas una vez al mes) y pasan tiempo entrenándolos para que estén listos para replicar la lección con las VGC.
- Recordar que esta es la segunda vez que los Promotores recibirán capacitación sobre el módulo. La primera capacitación que recibieron fue la impartida por el Gerente.

Cuando el Promotor facilita la reunión

- Los Promotores van a enseñar una nueva lección a las VGC cada 2 semanas (o una vez al mes) y pasan tiempo entrenándolas para que estén listas para enseñar a otras.
- Esta reunión incluye la lección, juegos, actividades y un tiempo para la discusión de las barreras y hacer compromisos. Los Promotores repetirán con las VGC todo lo que aprendieron de su Supervisor y Gerente.
- Los materiales necesarios son un rotafolio y un plan de lección. El plan de estudio es como un manual del profesor que guía al facilitador alfabetizado.
- Ejemplos de planes de lecciones detallados que proporcionan al personal alfabetizado amplios detalles acerca de las dinámicas para jugar en cada lección, actividades para incluir y el procedimiento para el facilitador para cada reunión están disponibles en www.caregroupinfo.org.

Cuando las Voluntarias del Grupo de Cuidado facilitan la reunión

- Las VGC enseñan una nueva lección a sus Grupos de Vecinas (GV) cada 2 semanas (o una vez por mes). Recuerde que los pasos de cada reunión son: objetivos, juego o una canción, la asistencia y resolución de problemas, la historia y la promoción de un cambio de comportamiento a través de imágenes, la actividad, la discusión de posibles obstáculos, la práctica y acompañamiento y hacer un compromiso.
- La mayoría de las VGC no saben leer ni escribir, por lo que su única herramienta es el rotafolio. Sin embargo, van a modelar todo lo que vieron y oyeron el Promotor decir, por lo que es importante que los Promotores modelen el comportamiento correcto durante cada reunión.

Lección II, Rotafolio 2: Tabla de la reunión del Cambio de Comportamiento (Sesión educativa) – Juego de rompecabezas²¹

Facilitador	Asistentes	Tiempo del evento	Frecuencia	Materiales	Lugar
Gerentes					
Supervisor					
Promotores					
Voluntarias del Grupo de Cuidado					

²¹ Ver la Lección 10, Rotafolio 1 para las respuestas del rompecabezas.

LECCION 11: SUPERVISION CON APOYO: LISTA DE COTEJO Y PLANES DE TRABAJO SUPERVISADOS

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Definido “supervisión”.
- Identificado la diferencia entre supervisión con apoyo y supervisión.
- Revisado las listas de cotejo de supervisión con apoyo.
- Realizado una lista de las responsabilidades de la supervisión con apoyo de sus posiciones y de aquellos a quien supervisa.
- Preparado un ejemplo de plan de trabajo de 4 semanas para su posición.

Duración

2 horas

Materiales necesarios:

- Papel de rotafolio, cinta adhesiva y marcadores.
- Lección 11, Rotafolio 1: Definición de supervisión con apoyo.
- Lección 11, Hoja de trabajo 1: Lista de cotejo del Supervisor para evaluar a un Promotor.
- Lección 11, Hoja de trabajo 2: Lista de cotejo del Coordinador para evaluar a un Supervisor .
- Lección 11, Hoja de trabajo 3: Lista de cotejo del Gerente para evaluar a un Coordinador.
- Lección 11, Hoja de trabajo 4: Categorías en la lista del Supervisor para supervisar a los Promotores.
- Lección 11, Hoja de trabajo 5: Tabla de supervisión con apoyo.
- Lección 11, Rotafolio 2: Tabla de supervisión con apoyo en blanco (tres o cuatro copias).
- Tres o cuatro sets de 12 post-its o tarjetas tipo index o pedazos de papel con las respuestas de la tabla de supervisión con apoyo.
- Lección 11, Rotafolio 3: Plan de trabajo en blanco.
- Lección 11, Hoja de trabajo 6: Actividades a planificar.
- Lección 11, Hoja de trabajo 7: Ejemplos de horarios de plan de trabajo .

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: ahora que hemos discutido la estructura del Grupo de Cuidado, el contenido de las reuniones de Cambio de Comportamiento y el horario, hay otro tema muy importante que necesitamos cubrir. Es la única cosa que siempre es el eslabón más débil en un programa, especialmente en los servicios gubernamentales. ¿Qué creen que es? Sí, supervisión. Siempre tenemos las mejores intenciones cuando se trata de supervisión, pero muy a menudo no somos capaces de

cumplirlas. En esta lección vamos a estar hablando de un tipo específico de supervisión, llamado supervisión con apoyo.

2. Definición de Supervisión y Supervisión con apoyo

- 2a. Invitar a los participantes a que se integren en parejas y hacer una lluvia de ideas para escribir una breve definición de “supervisión”. Después de unos minutos, solicitarles que compartan sus definiciones. Escribir en un rotafolio palabras clave de cada definición y, a continuación, hacer un resumen de las definiciones dadas.
- 2b. Preguntar a los participantes: ¿De qué manera la supervisión con apoyo es diferente de la supervisión regular? Solicitarles que discutan esta pregunta de nuevo en parejas. Después de unos minutos, invitar a varios participantes a que compartan sus ideas.
- 2c. Mostrar **la Lección 11, Rotafolio 1: Definición de supervisión con apoyo**. Repasar la definición con los participantes, destacando frases clave como se indica a continuación.
 - Se trata de un proceso continuo, no un evento de una sola vez.
 - Se trata de un proceso planificado y diseñado.
 - El objetivo es guiar y entrenar a un trabajador para que él/ella pueda cumplir efectivamente con el trabajo.
 - El trabajador obtendrá de la supervisión con apoyo tres cosas: independencia, auto-confianza y habilidades.
- 2d. Solicitar a los participantes que piensen en un Supervisor que tuvieron, y consideren las siguientes preguntas.
 - ¿Cómo era? ¿Recibió usted supervisión con apoyo o tenían reuniones regulares con su supervisor?
 - ¿Cuál de estos aspectos hizo falta?
 - ¿Cree que usted podría ser un Supervisor que hace estas cosas?
- 2e. Decir a los participantes: Recuerden que para cambiar a los demás, primero tenemos que cambiar nosotros mismos. Les animo a poner la definición de la supervisión con apoyo en la pared de su oficina y practicarla con las personas a quienes supervisa.

3. Revisión de las listas de cotejo de Supervisión con apoyo

- 3a. Explicar que en un programa de Grupo de Cuidado (GC) se recomienda que se utilicen dos tipos diferentes de herramientas de supervisión. Una de ellas es la lista de cotejo de supervisión con apoyo y la otra es la lista de verificación y mejora de calidad (LVMC). Escribir estas en un rotafolio. Explicar la diferencia entre las dos.

- La lista de control de supervisión con apoyo monitorea y brinda soporte a todos los aspectos del trabajo de un miembro del personal.
- La LVMC da el seguimiento de la calidad de una tarea específica, como una reunión de Cambio de Comportamiento.

Decir a los participantes: En esta lección vamos a presentar la lista de cotejo de la supervisión con apoyo.

- 3b. Preguntar a los participantes: Para aquellos de ustedes que han supervisado a trabajadores de campo antes, ¿cuáles son las diferentes cosas que usted necesita ver, observar y revisar en una visita de supervisión?
- 3c. Dirigir a los participantes a la **Lección 11, Hoja de trabajo 1: Lista de cotejo del Supervisor para evaluar a un Promotor**, **Lección 11, Hoja de trabajo 2: Lista de cotejo del Coordinador para evaluar a un Supervisor** y a la **Lección 11, Hoja de trabajo 3: Lista de cotejo del Gerente del Programa para supervisar un Coordinador**.
- 3d. Preguntar a los participantes: ¿Cómo se comparan estas acciones con las responsabilidades esenciales del Promotor? Las respuestas deben incluir que estas categorías deben ser el reflejo de las funciones que se presentan en la **Lección 6: Roles del Grupo de Cuidado, responsabilidades y descripciones de puesto**. Remitir a esta lección y discutir si el personal está confundido o si creen que hay alguna desconexión entre los dos.
- 3e. Cada una de estas listas de cotejo se divide en categorías. A modo de ejemplo, referir a los participantes a la **Lección 11, Hoja de trabajo 4: Categorías en Lista de cotejo del Supervisor para la supervisión de los Promotores**. Leer la introducción en la parte superior y repasar las categorías con los participantes. Preguntar a los participantes: ¿Por qué es importante tener una lista de cotejo para visitas de supervisión?

- Una lista de cotejo de la supervisión con apoyo aclara lo que se espera que el Supervisor haga cuando visite al personal del programa.
- Existen demasiadas tareas para que un Supervisor realice en solo una visita de supervisión con apoyo. La lista de cotejo ayuda a que el Supervisor recuerde lo hizo por última vez y lo que aún queda por hacer.
- Llevar el récord de los comportamientos a través del tiempo nos ayuda a ver cómo

Ejemplo

(Nota para los facilitadores: ajustar el ejemplo según corresponda o utilizar otros ejemplos de su propia experiencia.)

Cuando visito nuestras oficinas del proyecto en el campo, me asombro cuando voy a la letrina y no hay jabón o cuando busco un lugar para lavarme las manos y veo que no tienen ninguna estación para lavado de manos en el lugar. Al momento de entrar a estas oficinas, puedo notar cómo es el proyecto por la limpieza y las acciones de salud practicadas por los líderes.

estamos mejorando y así podemos felicitar al personal. También permite notar los espacios para crecer.

- Las listas de cotejo de supervisión con apoyo ayudan a identificar y solucionar problemas pequeños antes de que se conviertan en problemas mayores.

3f. En resumen, durante las visitas de supervisión, el Supervisor deberá:

- Observar lo que el personal está haciendo.
- Ver lo que el personal reporta (registros e informes).
- Hablar con quienes el personal trabaja, incluyendo Mujeres Vecinas (MV), líderes locales de la comunidad y el personal del centro de salud .
- Observar las acciones en el hogar del personal. .

3g. Preguntar a los participantes: ¿Por qué es importante observar las acciones de los hogares del Promotor? Decirles: Si no practicamos lo que estamos enseñando, nadie nos escuchará. Alguien puede decir que eso es mucho pedirle al Promotor. Si es mucho pedir del Promotor, entonces es mucho pedir a la madre en la comunidad. Para ser facilitadores y líderes eficaces en el programa de Grupo de Cuidado, el personal debe practicar lo que predica, poniendo en práctica lo que están aprendiendo. Por lo tanto, también se debe preguntar a los Promotores si lo realizan las siguientes prácticas.

- ¿Tiene mosquiteros en su casa y duerme regularmente debajo de ellos?
- ¿Tiene una estación de lavado de manos con jabón cerca de la letrina en su casa?
- ¿Se lavó las manos con jabón antes de su última comida?

3h. Decir a los participantes: Escuchamos a las personas en quienes confiamos y que están abiertos acerca de sus propias vidas. Escuchamos a las personas que han probado hacer las nuevas prácticas y puedan decirnos acerca de ellas personalmente. Uno de los puntos fuertes del modelo de Grupo de Cuidado es que las Voluntarias del Grupo de Cuidado prueban las nuevas prácticas de primero y, a continuación, comparten con los demás su propia experiencia y les animan a probar la nueva práctica, también. Si alguien viene a usted tratando de venderle algo que no creen o no han intentado, sus argumentos no serán eficaces. De hecho, se sentirá que la práctica es una pérdida de tiempo.

4. Responsabilidades de la supervisión con apoyo y planes de trabajo

4a. Decir a los participantes: Ahora que hemos revisado las listas de cotejo, conoceremos una visión general de las responsabilidades de la supervisión con apoyo de cada

miembro del personal. Para ayudarnos a recordar las decisiones clave relacionadas con la supervisión con apoyo, hemos desarrollado una tabla.

- 4b. Referir a los participantes a la **Lección 11, Hoja de trabajo 5: Tabla de supervisión con apoyo**. Revisar las secciones de la tabla y responder preguntas.
- 4c. Señalar a los participantes que muchos de los puestos que se mencionan en la Lección 11, Hoja de trabajo 5 realizan visitas de supervisión sorpresa de vez en cuando. Preguntar a los participantes: ¿Cuál es el propósito de las visitas sorpresa? Escuchar sus respuestas, a continuación, agregar lo siguiente si no fue mencionado.
 - Las visitas sorpresa aseguran que se está trabajando adecuadamente cada día y ayudan a los supervisores a tener una idea de las condiciones de trabajo del día. Los trabajadores pueden hacer preparativos especiales para una reunión cuando saben que alguien viene de visita. Sin embargo, queremos que nuestros trabajadores se preparen cuidadosamente para cada reunión.
 - El entorno de trabajo de un trabajador comunitario no es estructurado y depende mucho de la disciplina personal y motivación. Incluso el mejor empleado puede tener una semana difícil y sentirse con la tentación de hacer tareas personales en lugar de ir a una reunión del GC o visitar a un Promotor. Sabiendo que las visitas sorpresa podría ocurrir en cualquier momento se puede establecer la motivación adicional que un trabajador comunitario necesita para cumplir su tarea asignada.
 - Las visitas sorpresa deben ser parte de los procedimientos de supervisión, un apoyo estándar de rutina. Permita que los miembros del equipo lo sepan y que comprendan que las visitas sorpresa son realizadas al azar. Muchos miembros del personal aprecian que su supervisor se interese por su trabajo.

Visita sorpresas

Algunas personas han expresado su preocupación sobre las visitas sorpresa, preguntándose si debilitará la relación entre el supervisor y los trabajadores, dando la impresión de que los trabajadores no son de confianza o respetados. La organización Food for the Hungry (FH) no ha tenido esta experiencia. Las visitas sorpresa pueden ayudar a los trabajadores a ser disciplinados en su trabajo y ayudarles a evitar rumores que no están haciendo su trabajo correctamente. Las visitas sorpresa deben ser aleatorias en cuanto a la elección del trabajador, visite a los supervisores en un período determinado, por lo tanto es más equitativo en el largo plazo y no basado en el nivel de confianza que un supervisor tiene determinada persona.

- 4d. En primer lugar, explicar las responsabilidades de supervisión del Gerente.
 - El Gerente supervisa al Coordinador de salud y nutrición materno infantil una o dos veces cada trimestre (aproximadamente una vez cada 6 semanas). El Gerente visita al Coordinador en la oficina mientras él/ella está llevando a cabo todas sus actividades regulares.

- Una vez al año, el gerente visita al Coordinador sin programar la visita. Esto se llama una visita sorpresa.
- El Gerente también observa las reuniones bimensuales dirigidas por el Supervisor.
- El Gerente puede visitar hogares de los Promotores y tiene conversaciones con ellos sobre el programa.
- El Gerente puede observar el Grupo de Vecinas (GV) y las reuniones de GC.
- Cada vez que el Gerente visita al Coordinador, él/ella va a utilizar la lista de cotejo para la supervisión con apoyo.
- El Gerente debe saber cómo utilizar la LVMC de retroalimentación para la sesión de Cambio de Comportamiento y observar a otros usarla, pero no está obligado a utilizarla en sus visitas.

4e. A continuación, explicar las responsabilidades del Coordinador.

- El Coordinador supervisa a cada Supervisor una vez al mes. Cada tercera visita es una sorpresa. Cada vez que el Coordinador supervisa al Supervisor, va a utilizar la lista de cotejo adecuada para la supervisión con apoyo y la LVMC.
- El Coordinador supervisa al Supervisor en la oficina para revisar su presentación de informes y sistemas de archivo, material de oficina y demás aspectos que se enumeran en la lista de control de supervisión con apoyo.
- El Coordinador debe observar también las reuniones bimensuales realizadas por el Supervisor para capacitar Promotores, y utiliza la LVMC para cumplir con la facilitación.
- El Coordinador visita hogares de los Promotores y tiene conversaciones con ellos sobre el programa.
- El Coordinador también observa las reuniones de GV y GC.

4f. A continuación, explicar las responsabilidades de supervisión del Supervisor.

- Casi todo el trabajo del Promotor se hace en la comunidad, por lo que el 90% de las observaciones de supervisión se realizan en la comunidad. Cada vez que el Supervisor visita al Promotor, utilizará la lista de cotejo adecuada para la supervisión con apoyo y la LVMC.
- El Supervisor supervisa cada uno de sus Promotores dos veces al mes: una visita de supervisión programada y una visita sorpresa.
- El Supervisor supervisa a sus promotores en sus hogares para la respectiva sección de la lista de verificación de la supervisión con apoyo.

- El Supervisor supervisa a los Promotores mientras enseñan a las VGC, utilizando un LVMC para cumplir con la facilitación para ayudarles a mejorar.
- Algunas veces, el Supervisor observa reuniones de GV y GC. Hay otras secciones sobre la supervisión con apoyo en la lista de verificación. El Supervisor también, visita, por ejemplo, el centro de salud y a los líderes comunitarios. Deben usar la lista de verificación para guiarlos en la planificación de las responsabilidades del trabajo.

4g. Por último, explicar apoyo responsabilidades de supervisión del Promotor.

- Los Promotores visitan a las VGC en sus hogares. Esta es la madre "modelo" en la comunidad, por lo que el promotor debe ser capaz de notar, por su casa y sus prácticas, si ella está siguiendo lo que está enseñando. Si no lo hacen, los Promotores tienen que ayudar a superar las barreras que enfrentan que le impiden la práctica de los nuevos comportamientos. Este no es un requisito para ser un promotor, pero los Promotores deben ser capaces de ayudar a que sus VGC intenten realizar los nuevos comportamientos y practicar lo que enseñan.
- El Promotor supervisa a las VGC, utilizando únicamente la LVMC para cumplimiento de la facilitación, mientras enseñan a las GV. Después de la observación, el Promotor y la VGC regresan al hogar de la VGC para dar retroalimentación conforme la LVMC. Es durante esta visita domiciliar que el Promotor también puede preguntar acerca de sus prácticas de nutrición, salud e higiene y observar su casa.
- Lo ideal sería que el Promotor visitara cada VGC una vez por trimestre. Si tiene nueve GC (el máximo) y si cada GC tiene 15 VGC (el máximo), esto sería 135 visitas de supervisión por trimestre, o 45 visitas de supervisión al mes. En este caso, probablemente no será capaz de realizar esto. Si ella hace dos (o a veces tres) visitas de supervisión por día, esto tomaría más de 20 días. Pero, hay que recordar, que la mayoría de los Promotores no tienen esta cantidad de voluntarios, y no tendrán que supervisarlas con esta frecuencia a todas. Como vamos a aprender, las VGC más eficientes pueden ser supervisadas con menos frecuencia.
- Cada vez que el Promotor observa una VGC, debe utilizar una LVMC para mejorar, fomentar y supervisar el trabajo de los voluntarios.

Una historia sobre el valor de la supervisión

Hace años, un trabajador altamente confiable tomó de la caja chica comunitaria algo de efectivo para pagar la insulina de su madre enferma. El esperaba poder devolverlo antes de la visita de rutina al final del mes, pero no fue capaz de devolver el dinero a tiempo. Como resultado, perdió sus privilegios para manejar dinero durante mucho tiempo.

A pesar de ello, no hubo resentimientos entre él y sus supervisores, ya que él sabía que iba a venir la inspección — esto era parte del sistema para todos los trabajadores - y entendió el valor de la inspección. Las inspecciones (y sus consecuencias) fueron aplicadas equitativamente, no sólo para aquellos trabajadores que no eran tan confiables. Su supervisor le dio algo de gracia, al darse cuenta que estaba en una situación difícil con su madre y porque estaba arrepentido. El sistema funcionó como fue diseñado.

5. Actividad: Planes de trabajo

5a. Decir a los participantes: A continuación vamos a estar organizando su trabajo en “planes de trabajo”. ¿Qué es un plan de trabajo?

- Es muy sencillo, se trata de un plan que da detalles sobre las tareas que usted va a hacer en un periodo de tiempo en el futuro.
- Todas las tareas que se dan a usted como un trabajador en el programa Grupo de Cuidado puede parecer abrumador, por lo que la planificación de su tiempo para un período de 4 semanas le ayuda a hacer el trabajo con eficacia y eficiencia.

5b. Explicar qué deben incluir los planes de trabajo del GC:

- Tiempo para la recopilación y presentación de datos para los informes mensuales o trimestrales.
- Entrenamientos (aquellos que el empleado está recibiendo y realizando).
- Visitas de supervisión (aquellos que el empleado está recibiendo y realizando).
- Fechas de los eventos especiales de salud (por ejemplo, los días de vacunación).
- Visitas a las instalaciones de salud y otras tareas relacionadas con el trabajo.

5c. Explicar a los participantes que ahora van a realizar una actividad para ayudarles a aprender a utilizar los planes de trabajo. Asignar a cada grupo de trabajo uno de los roles de los miembros del Grupo de Cuidado. Agrupe al personal de acuerdo sus roles de trabajo, por ejemplo, todos los Supervisores en un grupo y todos los Coordinadores otro. Los gerentes pueden visitar ambos grupos y ayudarles a medida que desarrollan un plan de trabajo de la muestra.

- 5d. Entregar a cada grupo una copia de la **Lección 11, Rotafolio 3: Plan de trabajo en blanco** y referirlos **a la Lección 11, Hoja de trabajo 6: Actividades para planificar**. Solicitar a los participantes que diseñen un horario del plan de trabajo en el rotafolio utilizando la lista de actividades en la Lección 11, Hoja de trabajo 6. Deben llenar toda la programación con las actividades que saben que van a participar. Puede haber actividades adicionales que cada grupo participe que no figuran en la Lección 11, Hoja de trabajo 6.
- 5e. Recordar a los participantes que están trabajando a tiempo completo durante 8 horas por día y 5 días a la semana. Si una actividad toma solo 2 horas, tendrá que añadir otras dos o tres durante ese día para completar la jornada. Recordarles de ser realistas acerca de qué actividades se pueden hacer en un período determinado de tiempo.
- 5f. Instruir a los participantes a trabajar en una hoja de cuaderno primero, a continuación, copiar su plan de trabajo definitivo en el rotafolio. Cuando hayan terminado, solicitar a cada grupo que pegue su plan de trabajo en la pared para que todos la vean.
- 5g. Visitar cada grupo y ayudarles con el plan de trabajo. Puede tomar algún tiempo para que puedan organizar sus responsabilidades de esta manera. Si un grupo es más rápido que otros, solicíteles que desarrollen un plan de trabajo para las VGC. Si los grupos están teniendo dificultad, es mejor trabajar la programación de las VGC todos juntos. Una vez que todos los planes de trabajo sean publicados, los diferentes grupos caminan alrededor del salón y aprecian el trabajo de los otros.
- 5h. Utilizar los ejemplos de horarios que se encuentran en **la Lección 11, Hoja de trabajo 7: Ejemplos de horarios del plan de trabajo** como guía para revisar y discutir los planes de trabajo de los participantes.
- 5i. Revisar con los participantes:
- ¿Cuándo debe el Promotor completar el plan de trabajo?
 - ¿Cómo sabrá el Promotor cuándo va a recibir una visita de supervisión con apoyo de su Supervisor?
7. Cierre
- 7a. Decir a los participantes: La supervisión es, por lo general, el eslabón débil en la mayoría de los programas y la razón por la cual el personal no se siente valorado ni se desempeña con excelencia. La supervisión con apoyo es una de las claves para el éxito del enfoque del Grupo de Cuidado, por lo que es fundamental que se haga bien y en la fecha prevista.

Lección II, Rotafolio I: Definición de Supervisión con apoyo

Nota: La siguiente definición debe ser escrita con letra grande y con colores fuertes, que se vean claros en el rotafolio, para que su importancia sea notable para los participantes.

Supervisión con apoyo es un proceso continuo, diseñado para guiar y entrenar a un trabajador para que tenga independencia, confianza en sí mismo y las habilidades necesarias para realizar eficazmente el trabajo.

Lección II, Hoja de trabajo I: Lista de cotejo del Supervisor para evaluar a un Promotor^{22,23}

Nombre el Promotor a quien se supervisa: _____

Nombre del Supervisor que llena el formato: _____

Trimestre: _____ Año: _____

Cada visita: Ocupe el tiempo para descubrir la calidad del desempeño del Promotor, cómo se le puede apoyar y cuáles son los desafíos o éxitos que ha tenido desde su última visita.

Instrucciones: Coloque una "S" para Sí (se hizo la tarea) o una "N" para No (no se hizo la tarea). Escriba "n/a" (no aplica) si el artículo no puede ser (o no fue) evaluado por alguna razón. Las celdas grises son más instrucciones y no requieren una marca de verificación por escrito.

Visita durante el trimestre:						
	Fecha de visita					
1. Observar al Promotor impartiendo la lección a las Voluntarias						
1a. Observar una reunión de Cambio de Comportamiento y complete la Lista de Verificación y Mejora de la Calidad (LVMC) para el cumplimiento de la facilitación.						
1b. Revisar la LVMC para el cumplimiento de la facilitación en privado con el Promotor después.						
1c. Hablar con algunas de las Mujeres Vecinas (MV) para evaluar su nivel de participación, su interés en el programa, y la calidad y la coherencia de la labor de los Promotores.						
1d. Visitar algunas de las MV que las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) informaron que fueron visitadas para comprobar que hayan recibido las lecciones como la VGC reportó.						
1e. ¿La mayoría de la MV que visitó dicen que participaron en la lección que debieron recibir durante este período?						

²² Cada Promotor es supervisado dos veces al mes. Esta lista de cotejo es usada durante el trimestre y entregada al finalizar los tres meses. Se usa una nueva lista cada trimestre.

²³ Nota: algunos de los elementos en esta lista de cotejo podrían ser evaluados por otras personas del equipo. Ejemplo: Monitoreo y Evaluación o encargado de logística.

Visita durante el trimestre:						
Fecha de visita						
2. Revisar los registros del Promotor acerca de las Voluntarias del Grupo de Cuidado y Mujeres Vecinas (trimestralmente)						
2a. ¿Mantiene el Promotor los registros de VGC y MV en un lugar seguro y seco?						
2b. ¿La asistencia de las VGC está siempre marcada durante los últimos 3 meses?						
2c. ¿El Promotor (o VGC u otra persona) siempre marcan la asistencia de la MV en los últimos 3 meses?						
3. Revisar los reportes mensuales del Promotor.						
3a. ¿Los reportes mensuales han sido completados correctamente por el Promotor?						
4. Observación del equipo del Promotor (transporte, balanzas y otros materiales).						
4a. ¿El Promotor mantiene su moto o bicicleta en una condición completamente funcional?						
4b. ¿La báscula funciona correctamente?						
4c. Todos los otros materiales (por ejemplo, rotafolios, cintas MUAC, planes de lecciones, formularios de notificación en blanco) estaban almacenados en un lugar seguro y seco						
4d. ¿El Promotor tiene cantidades suficientes de todos los materiales necesarios?						
5. Revisión de visitas y entrevistas con las Voluntarias del Grupo de Cuidado.						
5a. Seleccionar al azar 3 – 5 VGC para visitar y entrevistarlas. ¿Las MV seleccionadas confirmaron que asisten a las lecciones educativas y generalmente entienden lo que están aprendiendo?						
6. Revisión de visitas y entrevistas a Mujeres Vecinas.						
6a. Seleccionar al azar 3-5 MV para visitar y entrevistar. ¿Las MV seleccionadas confirman que asisten a las reuniones y, en general, entienden lo que están						

Visita durante el trimestre:						
Fecha de visita						
aprendiendo?						
6b. Preguntar a las MV seleccionadas sobre sus hijos. ¿La MV verifica que sus hijos están siendo pesados regularmente?						
6c. Preguntar a las MV seleccionadas acerca de las señales de peligro. ¿Todas las MV son capaces de hablar de las señales de peligro durante la enfermedad del niño(a)?						
7. Revisar las visitas a los líderes de la comunidad o participar en la reunión de líderes comunitarios y entrevistar líderes.						
7a. Preguntar a los líderes de la comunidad sobre las actividades de los Promotores y de su coordinación. ¿Conocen acerca de las actividades del Promotor en la comunidad?						
7b. ¿Los líderes de la comunidad dicen que han estado coordinando con los promotores?						
7c. Preguntar a los líderes de la comunidad si se están resolviendo activamente los problemas que surgen relacionados con el programa.						
8. Revisar la visita al trabajador de salud al puesto de salud más cercano.						
8a. Visitar a los trabajadores locales de salud en el centro más cercano. ¿Conocen los trabajadores la salud el trabajo del Promotor?						
8b. ¿Ha estado el Promotor refiriendo a los pacientes al centro de salud para recibir atención?						
9. Revisar la visita a la casa del Promotor						
9a. Observar: ¿El Promotor tiene una letrina con una tapa y un techo?						
9b. Observar: ¿El promotor tiene una estación de lavado de manos?						

Visita durante el trimestre:						
	Fecha de visita					
9c. Observar: Si hay una estación de lavado de manos, ¿hay agua?						
9d. Observar: Si hay una estación de lavado de manos, ¿hay jabón/ceniza disponible?						
9e. Observar: ¿Tiene el Promotor un sistema para purificar el agua potable?						
9f. Observar: ¿El promotor cuenta con un sistema para mantener a los animales (incluidos los pollos) lejos del área de juego de niños?						
9g. Observar: ¿Tiene el Promotor un mosquitero por cada cama o colchoneta para dormir?						
9h. Observar la tarjeta de vacunación: ¿Las vacunas de los niños más pequeños están al día?						
TOTAL SI:						
PORCENTAJE DE SI:						

Importante: Dar retroalimentación a todos los niveles

- Preguntar al Promotor/Supervisor/Coordinador cómo siente que está desempeñando su papel en general.
- Agradecer y exhortar al Promotor por todo lo que está haciendo correctamente, de acuerdo con el desempeño que ha observado mediante el uso de esta lista de verificación.
- Para los errores, siempre preguntarle al Promotor/Supervisor/Coordinador lo que él / ella siente que no está haciendo bien. Para cada observación que hagan correcta sobre un error que estén realizando, darle consejos sobre cómo mejorar (por ejemplo, "Sí, es cierto, su escala no estaba funcionando correctamente. La próxima vez, usted me puede notificar por texto cuando tiene un problema con la escala, para que podamos componerla con mayor rapidez").
- Resumir las áreas de mejora basados en observaciones.
- Solicitar al Promotor/Supervisor/Coordinador que haga un acuerdo verbal para mejorar estas cosas antes de la próxima reunión (por ejemplo, "¿Está de acuerdo en trabajar en estas cosas antes de nuestra próxima reunión para que pueda mejorar?").
- Señales de respeto:
 - Asegúrese de corregir al Promotor/Supervisor/Coordinador en privado, para no avergonzarle o humillarle en frente de las personas con quienes trabaja.
 - Respetar al Promotor/Supervisor/Coordinador y lo que conoce o hace.

Lección II, Hoja de trabajo 2: Lista de cotejo del Coordinador para evaluar a un Supervisor²⁴

Nombre del Supervisor que está siendo evaluado: _____

Nombre del Coordinador realizando la evaluación: _____

Mes: _____ Año: _____

Cada visita: Ocupe el tiempo para descubrir la calidad del desempeño del Supervisor, cómo se le puede apoyar y cuáles son los desafíos o éxitos que ha tenido desde su última visita.

Instrucciones: Coloque una "S" para Sí (se hizo la tarea) o una "N" para No (no se hizo la tarea). Escriba "n/a" (no aplica) si el artículo no puede ser (o no fue) evaluado por alguna razón. Las celdas grises son más instrucciones y no requieren una marca de verificación por escrito.

Visitas durante el trimestre:	1	2	3
	Fecha de visita:		
1. Observe al Supervisor evaluando la lección con los Promotores (una vez cada trimestre).			
1a. ¿El supervisor revisa el plan de lección del Promotor y explica claramente cuentos, juegos y actividades que acompañan a la información?			
1b. ¿El Supervisor facilita una o más sesiones de práctica con los Promotores?			
1c. ¿El Supervisor hace las preguntas de revisión para comprobar que los Promotores entendieron las lecciones?			
1d. En privado, realiza preguntas de evaluación del Supervisor. ¿El Supervisor entendió las lecciones?			
2. Chequear el sistema de archivo y reportaje del Supervisor.			
2a. Revisar el último informe del Supervisor, del Promotor y los registros del Grupo de Cuidado (GC) y Grupos de Vecinas (GV). ¿Las cifras reportadas en los informes coinciden y son coherentes?			
2b. Revisar sistema de archivo del Supervisor. ¿Estaba bien organizado, tiene copias de todos los informes enviados y recibidos (incluyendo informes del Supervisor y del Promotor, Listas de Verificación de Mejora de la Calidad [LVMC], y listas de cotejo para la supervisión de los Promotores)?			

²⁴ Todas las actividades listadas aquí deben ser completadas trimestralmente para cada Supervisor, quien debe ser visitado al menos tres veces cada trimestre, siendo la tercera una visita sorpresa. Marcar cada aspecto evaluado e iniciar una hoja nueva cada trimestre.

Visitas durante el trimestre:	1	2	3
Fecha de visita:			
2c. Revise el informe de supervisor y hacer preguntas al Supervisor. ¿El Supervisor entiende claramente cada sección?			
2d. Revisar los planes de trabajo quincenales del Supervisor para todos los Promotores. ¿Fueron completados correctamente y están actualizados?			
2e. Si es una visita sorpresa. ¿El Supervisor siguió su propio plan de trabajo quincenal y el plan de visita al Promotor?			
3. Chequeo del equipo del Supervisor y útiles de oficina.			
3a. La computadora y memoria externa del Supervisor ¿están actualizadas y con protección antivirus?			
3b. ¿La fecha de la última copia de seguridad de los archivos de la computadora es reciente (por ejemplo, el mes pasado?)			
3c. ¿La impresora funciona bien (es decir, tienen tinta disponible, imprime la página de prueba, disco de la impresora está guardado)?			
3d. ¿La computadora del Supervisor enciende y estaba conectada a un protector contra fallas de electricidad con todos los cables alejados de la humedad y las conexiones estaban expuestas?			
3e. ¿Estaba la moto del Supervisor en buenas condiciones de funcionamiento?			
3f. Preguntar al Supervisor sobre los procesos de transporte y reparación de los Promotores. ¿Están todas las motos/bicicletas en buen estado o son reparadas rápidamente?			
4. Seguir al Supervisor mientras el (ella) supervise a un Promotor.			
4a. Revisar las copias de lista de cotejo del Supervisor para evaluar a un Promotor. ¿El Supervisor utiliza correctamente esa lista de cotejo para evaluar a los Promotores?			
4b. Revisar las LVMC. ¿El Supervisor utiliza adecuadamente la LVMC para la facilitación de la sesión educativa?			
4c. Seleccionar al azar uno de los GC del Promotor para visitar, a continuación, seleccione al azar 1-3 Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) que figuran como miembros del GC. Entrevistarlas. ¿Es la frecuencia de la enseñanza correcta y entiende bien su papel?			
4d. ¿Pueden las VGC seleccionadas decir con precisión el nombre de			

Visitas durante el trimestre:	1	2	3
Fecha de visita:			
todas las MV en sus grupos?			
4e. Solicitar a las VGC que expliquen las imágenes de los rotafolios y de tarjetas de asesoramiento específicas para la edad. ¿Pueden ellas asociar las prácticas correctas con las imágenes?			
4f. ¿El Supervisor a esta muy familiarizado con las carreteras y caminos de la zona?			
5. Asistir al Supervisor con temas de desarrollo del personal (una vez por trimestre).			
5a. Apoyar al Supervisor para desarrollar y dar seguimiento a los planes de desarrollo del personal en un área privada.			
5b. ¿Está el Promotor progresando hacia los objetivos programáticos y personales? (Consultar las listas de cotejo de supervisión con apoyo para los Promotores, informes del Promotor, LVMC, evaluaciones para después del entrenamiento y los registros de asistencia.)			
5c. Junto con el Supervisor, aconsejar a los Promotores, documentar los comportamientos inaceptables y especificar mejoras esperadas, si es necesario. (Asegurarse de mantener las notas y/o documentación en la misma carpeta con este formulario, o en la parte inferior de este formulario para hacer más fácil el seguimiento).			
6. Visitar el Ministerio de Salud en la Comunidad (una vez por trimestre)			
6a. Visitar al personal clave del ministerio de la salud en el área. ¿Conocen los objetivos y actividades del proyecto?			
6b. ¿El supervisor está entregando reportes mensuales o trimestrales al Área de Salud?			
6c. Actualizar al personal clave del Ministerio de Salud de los logros, impacto, desafíos y soluciones del proyecto.			
7. Visitar negocios locales de los cuales el Supervisor ha proporcionado recibos y verificar gastos reportados frente a los costos reales (una vez por trimestre).			
7a. Visitar negocios locales y revisar los recibos presentados por las actividades incurridas en esos negocios. ¿Los precios de los recibos coinciden con los precios actuales en el negocio?			
7b. Hablar con Promotores, VGC, otro personal y MV. ¿Parece que los bienes y servicios informados han sido proporcionados a través del programa (por ejemplo, los mosquiteros tratados con insecticida			

Visitas durante el trimestre:	1	2	3
Fecha de visita:			
[MTI]) han llegado a los beneficiarios previstos?			
8. Recibir sugerencias del Supervisor en torno a actividades del programa, comunicación y servicios de apoyo.			
8a. Solicitar comentarios, ideas y sugerencias del Supervisor sobre la manera de mejorar los servicios de programación y de apoyo. Guardar estas notas en la misma carpeta con este documento (o escriba en unas pocas líneas en la parte inferior del formulario).			
9. Proporcionar información al Supervisor con respecto a su desempeño.			
9a. Revisar el plan de desarrollo profesional del Supervisor. Utilizar las listas de cotejo de supervisión con apoyo para los Supervisores, informes mensuales y las puntuaciones de las evaluaciones post entrenamiento para evaluar el progreso del Supervisor en referencia a las metas programáticas y personales.			
9b. Dar consejos al Supervisor, identificar un rendimiento excepcional, documentar comportamientos inaceptables y especificar las mejoras esperadas. Guardar estas notas en la misma carpeta con este documento (o escribir en unas pocas líneas en la parte inferior del formulario).			
TOTAL DE SI:			
PERCENTAJE DE SI:			

Lección II, Hoja de trabajo 3: Lista de cotejo para supervisor a un Coordinador²⁵

Nombre del Coordinador que está siendo evaluado: _____

Nombre del Gerente realizando la evaluación: _____

Mes: _____ Año: _____

Cada visita: Ocupe el tiempo para descubrir la calidad del desempeño del Coordinador, cómo se le puede apoyar y cuáles son los desafíos o éxitos que ha tenido desde su última visita.

Instrucciones: Coloque una "S" para Sí (se hizo la tarea) o una "N" para No (no se hizo la tarea). Escriba "n/a" (no aplica) si el artículo no puede ser (o no fue) evaluado por alguna razón. Las celdas grises son más instrucciones y no requieren una marca de verificación por escrito.

	Visitas durante el trimestre:	
	1	2
	Fecha de la visita:	
1. Asegurarse que el Coordinador maneja su equipo de supervisores eficientemente.		
1a. Preguntar si existe algún problema de personal que el Coordinador esté teniendo y ofrecer el apoyo y/o sugerencias para resolver las dificultades.		
1b. Hablar con uno o dos Supervisores en privado acerca de las instrucciones que han recibido en torno a la implementación del proyecto. ¿Comunica el Coordinador las instrucciones relacionadas con la ejecución del proyecto de manera clara y en el momento oportuno?		
1c. Revisar el plan de trabajo del Coordinador. ¿Se reúne trimestralmente con su equipo y le visita al menos una vez al mes en el campo?		
1d. Preguntar al Coordinador sobre lo que está haciendo para construir la unidad del equipo y desarrollar las capacidades de los Supervisores. ¿Es lo adecuado?		
1e. En privado, ayudar al Coordinador a desarrollar y dar seguimiento a los planes de desarrollo de los Supervisores.		
1f. Utilizar las listas de cotejo para evaluar a un Supervisor, los informes mensuales, listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC), las puntuaciones de las evaluaciones para después de los entrenamientos y los registros de asistencia para evaluar el progreso de los Supervisores hacia las metas programáticas y objetivos personales. Guardar estas notas en la misma carpeta con este formulario.		
1g. Si es necesario, dar consejos al Supervisor junto con el Coordinador, documentar el comportamiento inaceptable y especificar las mejoras esperadas. Guardar estas notas		

²⁵ Todas las actividades listadas aquí deben ser completadas trimestralmente para cada Coordinador, quien debe ser visitado una o dos veces cada trimestre, más una visita sorpresa. Marcar cada aspecto evaluado e iniciar una hoja nueva cada trimestre.

Visitas durante el trimestre:	1	2
Fecha de la visita:		
en la misma carpeta con este formulario.		
Visitas durante el trimestre:	1	2
Fecha de la visita:		
2. Chequear el sistema de archivos y reportes del Coordinador.		
2a. Utilizar el último informe que recibió del Coordinador y solicitarle que muestre los informes de los Supervisores que utiliza para crear el informe. ¿Los números reportados son apoyados por los documentos locales?		
2b. Revisar sistema de archivo del Coordinador. ¿Está bien organizado y tiene copias de todos los informes enviados y recibidos? (Deben existir carpetas para informes, LVMC, listas de cotejo para evaluar al Supervisor y otros formularios).		
2c. Revisar último informe mensual del Coordinador y discutir cuestiones de rendimiento y/o errores al llenar el formato del Grupo de Cuidado (GC). Documentar los planes/ideas para mejorar el rendimiento del GC. Guardar estas notas en la misma carpeta con este formulario (o escribir en pocas líneas en la parte inferior del formulario).		
2d. ¿Tiene el Coordinador los planes de trabajo quincenales actualizados de los Supervisores en el archivo?		
2e. (Durante una visita sorpresa) ¿Estaba el coordinador siguiendo su propio plan de trabajo quincenal/y el plan de la visita del Supervisor?		
2f. ¿El Coordinador estaba utilizando correctamente la lista de verificación para supervisar a un promotor para dar seguimiento a las acciones necesarias?		
3. Visitar la unidad regional del Ministerio de Salud.		
3a. Entrevistar a 1-2 miembros clave del personal del Ministerio de Salud a nivel regional. ¿Conocen los objetivos y actividades del proyecto?		
3b. ¿Las actividades del programa que estaban previstas para realizarse en coordinación con el Ministerio de Salud se llevan a cabo correctamente?		
3c. ¿El Coordinador entrega reportes mensuales o trimestrales a la oficina regional del Ministerio de Salud?		
3d. ¿Está el personal clave del Ministerio de Salud en conocimiento de los logros del proyecto, impacto, desafíos y soluciones? (Hable de esto con ellos.)		
4. Asistir a una reunión entre un Coordinador y sus Supervisores (una vez al año).		
4a. ¿El Coordinador se comunica respetuosamente con sus Supervisores?		

	Visitas durante el trimestre:	
	1	2
	Fecha de la visita:	
4b. Antes de la reunión, solicitar al Coordinador una copia de la agenda del día. ¿Se siguió el orden de la agenda durante la reunión?		
4c. ¿La información técnica y programática fue comunicada correctamente a los Supervisores?		
5. Visita a Grupo de Cuidados (al menos una vez al año.)		
5a. Seleccione al azar un GC para visitar, a continuación, seleccione al azar 1-3 Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) que figuran como miembro del grupo. Hable con las VGC. ¿La frecuencia de la enseñanza es la correcta, entienden su papel dentro del grupo?		
5b. Solicitar a las VGC que expliquen las imágenes de rotafolio. ¿Pueden asociar las prácticas correctas con las imágenes?		
5c. ¿Está el coordinador familiarizado con las carreteras y caminos de la zona?		
6. Recibir sugerencias por parte del Coordinador de las actividades del programa, comunicación y servicios de apoyo.		
6a. Solicitar comentarios, ideas y sugerencias del Coordinador sobre la forma de mejorar los servicios de programación y de apoyo. Guardar estas notas en la misma carpeta con este formulario (o escribirlo en unas pocas líneas en la parte inferior del formulario).		
7. Dar retroalimentación al Coordinadora con respecto a su desempeño.		
7a. Revisar el plan de desarrollo profesional del Coordinador. Utilizar listas de cotejo para la supervisión de los Coordinadores, informes mensuales y las puntuaciones de las evaluaciones para después del entrenamiento, y evaluar el movimiento hacia alcanzar los indicadores así como evaluar el progreso del Coordinador hacia las metas programáticas identificadas y sus objetivos personales.		
7b. Aconsejar al Coordinador, identificar el rendimiento excepcional, documentar el comportamiento inaceptable y especificar las mejoras esperadas.		
TOTAL SI:		
PERCENTAJE DE SI:		

Lección II, Hoja de trabajo 4: Categorías en la lista de cotejo del supervisor para evaluar a Promotores

1. Observe al Promotor enseñar a las Voluntarias del Grupo de Cuidado.
2. Revisar el registro del promotor de las Voluntarias del Grupo de Cuidado y Mujeres Vecinas.
3. Revisar los informes mensuales del Promotor.
4. Observar el equipo del Promotor.
5. Visitar a las Voluntarias del Grupo de Cuidado.
6. Visitar a Mujeres Vecinas.
7. Visitar a líderes comunitarios o participar en una reunión de líderes de la comunidad.
8. Visitar al trabajador de la salud en el centro de salud más cercano.
9. Visitar la casa del Promotor.

Lección II, Hoja de trabajo 5: Tabla de supervisión con soporte.

Persona que supervise	Persona a quien supervisa	Lugar/Reuniones	Frecuencia	Tablas de supervisión con apoyo
Gerente	Cada coordinador	Observa todos los lugares y reuniones listadas abajo.	Dos veces cada 3 meses, incluyendo una visita sorpresa.	Lista de cotejo para supervisor con apoyo.
Coordinador (supervise de 3 a 6 Supervisores).	Cada Supervisor	Oficina reuniones bimensuales y las que se listan abajo.	Una vez al mes (cada tercera visita es una visita sorpresa).	Lista de cotejo de supervisión con apoyo y LVMC.
Supervisor (supervise de 4 a 6 Promotores).	Cada Promotor	La casa del Promotor, reunión del Grupo de Cuidado y las que se listan abajo.	Quincenalmente, una visita programada y una sorpresa; LVMC por lo menos una vez cada trimestre.	Lista de cotejo de supervisión con apoyo y LVMC.
Promotor (supervisa de 50 a 135 Voluntarias de Grupo de Cuidados).	Cada VGC	Los hogares de las GCV y reuniones de Mujeres vecinas.	Una VGC de cada Grupo de Cuidado quincenalmente.	LVMC

Lección 11, Rotafolio 2: Tablas de supervisión con apoyo en blanco

Persona que supervisa	Persona a quien supervisa	Lugar/Reuniones	Frecuencia	Tablas de supervisión con apoyo
Gerente				
Coordinador				
Supervisor				
Promotor				

Lección II, Hoja de trabajo 6: Actividades a planificar

El Promotor

- Enseñar a los ocho Grupos de Cuidados (GC) cada 2 semanas.
- Invertir por lo menos un día y medio en la redacción de informes antes de la reunión con el Supervisor.
- Asistir a dos reuniones bimensuales con el Supervisor (alrededor de un día y medio por reunión).
- Supervisar a ocho o más Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) cada 2 semanas.
- Recibir una visita de supervisión con apoyo dos veces al mes durante sus actividades normales.
- Asistir a la reunión del comité de desarrollo de la comunidad una vez al mes (½ día).
- Visitar el centro de salud al menos una vez por mes.

Las Voluntarias del Grupo de Cuidado

- Enseñar de 10 a 15 vecinas del Grupo de Vecinas cada 2 semanas, seguido de la enseñanza de uno-a-uno en la casa de cada vecina durante las próximas 2 semanas (alternando). Estas reuniones son de aproximadamente 1 ½ horas cuando se realiza en grupo y 1 hora durante la visita domiciliar.
- Asistir a un entrenamiento de 2 horas una vez cada 2 semanas.
- Recibir una visita de supervisión con apoyo al menos una vez cada 6 meses.

El Supervisor

- Estar a cargo de cinco promotores (en este ejemplo).
- Capacitar a los cinco Promotores cada 2 semanas con una reunión de medio día.
- Compilar los datos de los Promotores después de la reunión de capacitación bimensual (½ día de informes).
- Supervisar a cada uno de los Promotores dos veces al mes.
- Dedicar 3 días al mes y para escribir y completar reportes.

Lección II, Hoja de trabajo 7: Ejemplo de planes de trabajo

Ejemplo de plan de trabajo mensual para las Voluntarias del Grupo de Cuidado

(Recordatorio: ¡Las voluntarias no trabajan días de 8 horas! Nunca planifique reuniones de más de dos horas de duración)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semana 1	Asistir al entrenamiento 1 con el Promotor.		Enseñarle a mi Grupo de Vecinas la lección.		
Semana 2	Asistir al entrenamiento # 2 con el Promotor.	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 1	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 2	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 3	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 4
Semana 3	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 5.	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 6		Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 7	Enseñarle la lección a la Mujer Vecina # 8

Ejemplo de plan mensual para los Promotores

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semana 1	Enseñarle al Grupo de Cuidado #1 Enseñarle al GC #2.	Supervisar dos Voluntarias del Grupos de Cuidado con LVMC.	Enseñarle al Grupo de Cuidado #3 Enseñarle al GC #4.	Prepara reportes para reuniones bimensuales.	Reunión bimensual Supervisa a una VGC.
Semana 2	Supervisa a una Voluntaria del Grupo de Cuidado con LVMC.	Supervisar a dos Voluntarias Grupos de Cuidado.	Enseñarle al Grupo de Cuidado #5 Enseñarle al GC #6.	Supervisar a dos Voluntarias Grupos de Cuidado.	Enseñar al GC #7. Enseñar el GC #8.
Semana 3	Día de vacunación Enseñar GC #1.	Supervisa a dos VGC.	Enseñarle al GC #3. Enseñarle al GC #4.	Supervisar a 2 Voluntarias Enseñarle al GC #2.	Reunión comunitaria Supervisar una VGC.

Semana 4	Supervisa a una Voluntaria del Grupo de Cuidado con LVMC.	Supervisar a dos Voluntarias Grupos de Cuidado.	Enseñarle al Grupo de Cuidado #5 Enseñarle al GC #6.	Supervisar a dos Voluntarias de Grupos de Cuidado.	Enseñar al GC #7. Enseñar al GC #8.
-----------------	---	---	---	--	--

Ejemplo del plan mensual de trabajo del Supervisor

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Semana 1			Supervisa al Promotor #5.	Preparar la reunión bimensual.	Reportar la reunión bimensual
Semana 2	Supervisa al Promotor #1.	Supervisa al Promotor #2.	Supervisa al Promotor #3.	Supervisa al Promotor #4.	Supervisa al Promotor #5.
Semana 3	Día de vacunación.	Escribir reportes.	Supervisa al Promotor #4.	Preparar la reunión bimensual.	Reportar la reunión bimensual.
Semana 4	Supervisa al Promotor #1.	Supervisa al Promotor #2.	Supervisa al Promotor #3.	Escribir reportes.	Escribir reportes.

LECCIÓN 12: LISTA DE VERIFICACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (LVMC) Y RETROALIMENTACIÓN

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Revisado dos listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Observado y practicado el uso de la LVMC.
- Completado y calificado dos LVMC.
- Revisado los pasos para dar retroalimentación positiva.

Duración

2 horas

Materiales Necesarios

- Lección 12, Hoja de trabajo 1: Listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para la facilitación de la reunión.
- Lección 12, Hoja de trabajo 2: Listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para dar retroalimentación.
- Lección 12, Hoja de trabajo 3: Juego de roles parte 1: Reunión/Sesión educativa.
- Lección 12, Hoja de trabajo 4: Juego de roles parte 2: Dar retroalimentación.
- Lección 12, Rotafolio 1: Calificar la lista de verificación y mejora de calidad (LVMC).
- Lección 12, Hoja de trabajo 5: Pasos para dar retroalimentación efectiva.
- Papel de rotafolio y marcadores.

Notas para el facilitador

Presentar un breve juego de roles representando a una Voluntaria del Grupo de Cuidado (VGC) cuando demuestra un comportamiento, tal como la forma de hacer sales de rehidratación oral (SRO). Si hay dos facilitadores en un entrenamiento, uno puede hacer el papel de la VGC y el otro, el papel del Promotor. Si solo hay un facilitador, elegir un participante muy competente para desempeñar el papel de la VGC. De cualquier manera, practicar el juego de roles con antelación. Invitar, también, a algunas mujeres participantes a desempeñar el papel de Mujeres Vecinas (MV) que asisten a la sesión educativa.

Revisar lo siguiente: **Lección 12 Hoja de trabajo 1: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para facilitación de reuniones, Lección 12, Hoja de trabajo 2: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para dar retroalimentación, Lección 12, Hoja de trabajo 3: Juegos de roles Parte 1: Reunión/sesión educativa, Lección 12 Hoja de trabajo 4: juegos de rol Parte. 2: Dar retroalimentación** y las instrucciones del juego de roles en el paso 4, de forma que la persona que juega el papel de la VGC sepa qué cosas buenas hacer y puedan elegir

deliberadamente dos o tres cosas para hacer incorrectamente. De esta manera, la persona que representa al Promotor tenga la oportunidad de dar retroalimentación apropiada.

Es muy importante que la persona que juega el papel VGC no intente actuar como un payaso durante el sketch para entretener a la audiencia. Esto tiene que ser una actividad de aprendizaje que muestre tanto las cosas correctas como las incorrectas que las VGC podrían hacer y cómo podría ayudarles el Supervisor para mejorar. Tener en la mente que la manera en que se modela la dinámica de la retroalimentación, será la que los participantes repliquen, ya que ellos harán que exactamente lo que vieron que el facilitador hace. ¡Práctica, práctica, práctica! Asegurarse de que ha practicado dar retroalimentación apropiada antes de entrenar a otros.

En cuanto a la discusión de la LVMC, un grupo de discusión no suele ser posible en situaciones normales de trabajo, pero es una buena manera de ayudar al personal a aprender cómo anotar y evaluar una observación objetivamente. En muchas culturas, los Supervisores son más propensos a marcar "no" por muy pequeñas faltas en lugar de marcar "sí" si el facilitador, en general, completó la tarea encomendada. Recordar a los participantes que esta es una herramienta para animar y mejorar la capacidad de los trabajadores. La LVMC no se utiliza para hacer que un trabajador pierda algo ni para que cambie porque siente vergüenza.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: Ahora que hemos hablado de la lista de verificación de la supervisión con apoyo, veremos ahora la otra herramienta de supervisión: Lista de verificación y mejora de calidad.
- 1b. Explicar: Aunque el enfoque del Grupo de Cuidado ha demostrado ser muy eficaz como estrategia de Cambio de Comportamiento, si no se ejecuta con un alto nivel de calidad, no producirá los resultados deseados y los niveles de desnutrición no disminuirán. Además, cuando se realiza el monitoreo de la aplicación existe la tendencia a centrarse en la cantidad en lugar de la calidad.
- 1c. Preguntar a los participantes: ¿Qué cosas cuantitativas cree que un programa de Grupo de Cuidado supervisaría? Las respuestas podrían incluir: cuántas reuniones se llevaron a cabo y el número de personas que asistieron.
- 1d. Decir a los participantes: La calidad de la reunión y de la participación de las Voluntarias de Grupo de Cuidado también son elementos críticos. Para centrar nuestra atención en qué tan bien las tareas y actividades se implementan, la organización Food for the Hungry ha desarrollado una herramienta llamada Lista de verificación y mejora de calidad o LVMC. Esta sesión se divide en dos partes. En una parte, veremos cómo usar la LVMC, cómo dar retroalimentación efectiva y cómo utilizar los resultados de la LVMC para tomar decisiones programáticas.

2. La herramienta: Lista de verificación y mejora de la calidad y cómo se utiliza.

- 2a. Referir a los participantes a la **Lección 12, Hoja de trabajo 1: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para la facilitación de una reunión y Lección 12, Hoja de trabajo 2: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) dar retroalimentación.** Explicar que restarán utilizando estas dos LVMC durante esta sesión, sin embargo hay muchas otras LVMC que se centran en otros aspectos del programa Grupo de Cuidado (GC). Otras LVMC creadas por Food for the Hungry (FH) se pueden encontrar en http://www.caregroupinfo.org/docs/QIVC_Files.zip
- 2b. Explicar que la LVMC para la facilitación de una sesión educativa tiene tres propósitos principales: (Escribir estos propósitos en un rotafolio).
 - Exhortar a un facilitador.
 - Monitorear a un facilitador.
 - Mejorar el rendimiento de un facilitador.
- 2c. Preguntar a los participantes: ¿Quiénes son los facilitadores del programa del Grupo de Cuidado? Las respuestas deben incluir que los facilitadores son los que enseñan a otros, incluyendo a Gerentes, Supervisores, Coordinadores, Promotores y VGC. Esto significa que la LVMC se puede utilizar para fortalecer, monitorear y mejorar el trabajo de cada uno de estos miembros del equipo GC.
- 2d. Explicar a los participantes que la LVMC es la única herramienta utilizada para supervisar a las VGC. El Promotor no utiliza una lista de cotejo de supervisión con apoyo a este nivel ya que las VGC no son empleadas.
- 2e. Explicar a los participantes: La LVMC aumenta rápidamente el rendimiento de facilitación. Por ejemplo, en la República Dominicana, el rendimiento de los promotores de salud mejoró en un 38% en los meses cuando se utilizaron LVMC²⁶. Pequeñas mejoras en el rendimiento pueden causar grandes cambios en el impacto. Sin embargo, las LVMC sólo son útiles para tareas que pueden ser observadas y tienen múltiples pasos.
- 2f. Preguntar a los participantes: ¿Cuáles son algunas de las actividades en sus programas que se pueden observar? ¿Cuál de estas actividades es un proceso con múltiples pasos? Las respuestas incluyen: sesiones educativas de GC a Mujeres Vecinas (MV), la enseñanza de lecciones de GC a VGC, sesiones educativas a Promotores y Supervisores, vigilancia y promoción del crecimiento y sesiones de asesoramiento individual.
3. Revisar la Lista de verificación y el mejoramiento de la calidad.
 - 3a. Revisar cada punto de la lección 12, Hoja de trabajo 1 con los participantes. Asegurarse de que entiendan lo que significa cada pregunta.

²⁶T. Davis, 1991. *Report data, International Child Care (1992)*.

- 3b. Explicar a los participantes que la mayoría de las preguntas tienen una respuesta afirmativa o negativa. Después de leer la pregunta, ellos deben decidir si la respuesta es "sí" o "no" y marcar la casilla correspondiente.
 - 3c. Si la pregunta no es relevante para un entrenamiento particular, dibuje una línea tachando ~~las casillas de SÍ o NO~~. Por ejemplo:
 - En la pregunta 11, si el tema era la lactancia materna exclusiva (LME), el facilitador tendría dificultad para demostrar esta actividad. Es posible que el facilitador pueda demostrar apego adecuado, pero la LME no es algo que necesita ser demostrada durante la lección. Se podría marcar una línea tachando ~~las casillas de sí o no~~.
 - En la pregunta 16, si los participantes no mencionan las barreras, ~~tacharla con una línea~~ al supervisar al trabajador.
 - 3d. Decir a los participantes: Las LVMC deben adaptarse para ajustarse a la cultura y el diseño de cada programa de GC. Después de usar la LVMC durante 3 o 4 meses, solicitar al personal y a los voluntarios que se reúnan para discutir la lista de verificación. Si hay preguntas que no son apropiadas o aplicables a su situación, adaptar o modificar según sea necesario. Sin embargo, es importante ser cauteloso. La LVMC fue diseñada para asegurar que los métodos de enseñanza participativos se utilicen en cada lección. Asegúrese de que su versión final sigue reforzando los principios clave de aprendizaje participativo.
 - 3e. Explicar que la LVMC se puede utilizar durante las visitas de supervisión programadas regularmente, junto con la lista de cotejo de supervisión con apoyo. También se puede utilizar por sí sola.
4. Actividad: Mejoramiento de la Calidad y la verificación de listas de comprobación en Acción.
- 4a. Explicar a los participantes: Ahora vamos a aprender cómo se utiliza la LVMC en el campo. Veremos un juego de roles representando a una Voluntaria del Grupo de Cuidado facilitar una reunión con su Grupo de Vecinas y cómo el Promotor, que ha venido a ver, proporciona retroalimentación a la voluntaria. Durante el juego de roles, mantenerse atento a su copia de la LVMC y ver por sí mismos que tan bien la Voluntaria del Grupo de Cuidado lleva a cabo la reunión. Luego, cuando el Promotor da retroalimentación, utilizar la otra LVMC para ver qué tan bien lo hace el Promotor.
 - 4b. Explicar a los participantes que la LVMC solo se completa después del evento, no durante. Esto se hace para que la persona que completa la LVMC puede estar atenta durante el evento que se está evaluando y no ser distraído por llenar la LVMC.
 - 4c. Explicar que el juego de roles se hará en dos partes. En la primera parte, una VGC facilita una reunión con Mujeres Vecinas. En la segunda parte el Promotor da retroalimentación a la VGC. Instruir a los participantes que llenen la LVMC correspondiente después de cada juego de roles. Responder a cualquier pregunta.

- 4d. Después de completar la **Lección 12, Hoja de trabajo 3: Juego de roles, parte 1: Reunión/sesión educativa** solicitar a cada participante que complete y anote en sus copias de Lección 12 Hoja de trabajo 1. Mostrarles las instrucciones de la **Lección 12, Rotafolio 1: Cómo se califica la Lista de Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)**. Solicitar a algunos participantes que compartan las calificaciones que dieron. Repetir este proceso después de la **Lección 12, Hoja de trabajo 4: Juego de roles parte 2: Dar retroalimentación** usando la Lección 12, Hoja de trabajo 2.
- 4e. Pregunte a los participantes las siguientes preguntas. Deben responder a las preguntas en base a lo que vieron en el sketch. Escriba sus respuestas en el rotafolio.
- ¿Qué debe decir a la VGC cuando la visite y planea usar una LVMC? Las respuestas deben incluir:
 - ¡No te preocupes!
 - Esto no es una prueba, sino una herramienta para ayudarte a mejorar.
 - Impartir la sesión como lo hace normalmente.
 - ¿Qué comentarios hizo el Promotor durante la sesión educativa? Las respuestas deben incluir:
 - ¡Ninguno! El Promotor debe observar y no interrumpir ni hacer comentarios a la facilitadora.
 - Después de la sesión, el Promotor puede abordar los participantes, según corresponda.
 - ¿En dónde habla el Promotor de cada uno de los puntos de la LVMC con la VGC? Las respuestas deben incluir:
 - En privado, no delante de otras personas.
 - ¿Por qué el Promotor explica la lista de verificación a la VGC?
 - Debido a que también es un método para mejorar y fortalecer el rendimiento del trabajador.
 - Las acciones que se consideran como desempeño perfecto, no se deben mantener en secreto del trabajador.
 - Todos los trabajadores deben saber exactamente lo que se espera de ellos.
 - ¿Cómo debe el Promotor hablar con la VGC? Las respuestas deben incluir:
 - El Promotor debe ser gentil para que la VGC no sienta vergüenza.

- Incluso si la VGC tuvo muy malos resultados en su lista de verificación, el Promotor debe hacer hincapié en las zonas donde ha mostrado mejora.
 - Preguntar al VGC qué áreas quiere trabajar.
 - Centrarse en preguntar, no en hablar.
5. Más acerca de la retroalimentación.
- 5a. Preguntar y luego discutir lo siguiente: Hemos hablado mucho de la retroalimentación positiva. ¿Qué hay de malo con la retroalimentación negativa? ¿No mejoraría más rápidamente el trabajador si le decimos todo lo que hizo mal? ¿Cuál es su opinión?
- 5b. Referir a los participantes a la **Lección 12, Hoja de trabajo 5: Pasos para dar retroalimentación efectiva**. Decir a los participantes que ahora van a revisar exactamente cómo se debe dar retroalimentación después de una observación.
- 5c. Trabajando en parejas, pedir a los participantes que lean el material y comparen los puntos de lo que observaron en el juego de roles. Invitar a algunos participantes a compartir sus observaciones.
- 5d. Preguntar a los participantes y discutir las respuestas: ¿Cómo difiere esta forma de dar retroalimentación de la que se lleva a cabo por lo general? ¿Qué forma cree que va a dar lugar a un mejor rendimiento? ¿Cuál enfoque da como resultado una alta motivación sostenida? ¿Por qué?

La importancia de dar retroalimentación positiva

(Tomado de: "Imagen positiva, acción positiva: La base afirmativa de organizar", de David Cooperrider).

La mayoría de personas en el mundo creen que señalar los errores eliminará las fallas y mejorará el rendimiento. Sin embargo, los estudios han demostrado que es todo lo contrario, especialmente para de aprender nuevas tareas.

En un experimento, por ejemplo, Kirschenbaum (1984) comparó tres grupos de jugadores de bolos:

- Grupo A no recibió lecciones, pero trató de aprender cómo jugar a los bolos por su cuenta.
- Grupo B fue grabado en vídeo. Todas las cosas buenas que hicieron mientras que jugaban a los bolos fueron compilados, y los errores fueron eliminados de las cintas. Estas cintas positivas fueron revisadas con cada jugador señalando las cosas que habían hecho bien para ayudarles a mejorar.
- Grupo C también fue grabado en vídeo. Todos los errores fueron compilados, y las cosas buenas que hicieron fueron borradas de las cintas. Estas grabaciones fueron revisadas con los jugadores, señalando áreas que necesitaban mejorar.

Grupo B mejoró significativamente más que todos los demás, y los jugadores que no eran eficaces en el Grupo B (con un promedio de 125 pines) mejoraron sustancialmente (más de 100%) más que todos los demás grupos. Desde entonces, estos resultados se han replicado con otras actividades atléticas, dando los mismos resultados. Señalar las cosas que las personas hacen bien les ayuda a aprender nuevas habilidades y mejora su desempeño en el dominio de las nuevas tareas.

6. Cierre
- 6a. Decir a los participantes: A continuación veremos cómo utilizar los resultados de las LVMC para hacer decisiones programáticas.

LECCIÓN 12, HOJA DE TRABAJO 1: LISTA DE VERIFICACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD (LVMC) PARA FACILITAR UNA REUNIÓN

Nombre del facilitador: _____ Fecha: _____

Evaluador: _____ Comunidad: _____

Métodos

Sí No

¿El facilitador....

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. sentó a todos los participantes de forma que se pudieran ver entre sí? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. se sentó al mismo nivel que el resto de los participantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. presentó el tema correctamente (introducción, tema, tiempo)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. habló lo suficientemente alto para que todos le escucharan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. tuvo contacto visual con los participantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. cambió el tono de la voz (no monotonía)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. habló despacio y claramente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. preguntó a las participantes acerca de sus prácticas actuales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. leyó el material en voz alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. explicó el significado de cada imagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. demostró las habilidades que estaba promoviendo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. verificó que todos entendieran, hacienda preguntas abiertas sobre los puntos principales de la lección? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Discusión

El facilitador....

Sí No

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. formuló preguntas abiertas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. otorgó a los participantes el tiempo suficiente para responder a las preguntas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. preguntó a los participantes si existen barreras que impiden que prueben las nuevas prácticas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. alentó la discusión entre los participantes para resolver las barreras mencionadas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. reforzó los comentarios parafraseando lo que decían los participantes (repitiendo declaraciones usando sus propias palabras)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. preguntó a los participantes si están de acuerdo con las respuestas de los demás? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. reforzó los comentarios de los participantes mediante al asentir, sonreír u otras acciones que demostraban que estaba escuchando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Discusión (continuación)	Sí	No
20. ¿El facilitador contestó siempre a los participantes de una manera cortés y diplomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Los participantes hicieron muchos comentarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿El facilitador evitó que una o dos personas dominaran la discusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿El facilitador animó a los asistentes tímidos a que participaran/hablaran?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿El facilitador hizo un resumen de la discusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿El facilitador reforzó las exposiciones compartiendo la experiencia personal relevante o pidiendo a otros que compartan una experiencia personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿El facilitador invitó a todas las personas a realizar un compromiso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿El facilitador les preguntó a cada uno de los participantes acerca de sus compromisos anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenido	Sí	No
28.¿Fue correcto el contenido de los mensajes educativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.¿Fue relevante el contenido de los mensajes educativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.¿Fue completo el contenido de los mensajes educativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Escribir una evaluación general del desempeño del facilitador en el espacio de abajo. Incluir observaciones específicas, y comentarios sobre el contenido de los mensajes educativos.		

Calificación: _____

Comentarios:

Lección 12, Hoja de trabajo 2: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) para evaluar retroalimentación positiva

Nombre de la persona utilizando esta lista: _____

Nombre de la persona evaluada: _____

Comunidad: _____ Fecha: _____

Número de sí: _____ Número de No: _____

Calificación actual: _____% Calificación previa: _____%

Antes de iniciar la evaluación Sí No

1. ¿El evaluador explica el propósito de la LVMC (para mejorar y medir la calidad del trabajo)?.....
2. ¿El evaluador le dice a la persona evaluada que no tema, que esto no es una prueba, sino que es para ayudarlo a mejorar?
3. ¿El evaluador asesora a la persona evaluada a no decir nada al evaluador mientras es observado?

Durante la observación Sí No

4. ¿El evaluador evitó hacer comentarios a la persona evaluada durante la sesión educativa?
5. ¿Marca evaluador todas las preguntas (sí o no) durante o inmediatamente después de la observación?

Retroalimentación Sí No

6. ¿El evaluador dio retroalimentación en un lugar privado?
7. ¿El evaluador le solicitó a la persona evaluada que note sus comentarios?
8. ¿El evaluador discutió cada punto positivo del formulario?
9. ¿El evaluador felicitó a la persona evaluada por las cosas que hizo correctamente?
10. ¿El evaluador utilizó un lenguaje corporal positivo al proporcionar retroalimentación positiva?
11. ¿El evaluador utilizó muchas palabras de aliento (por ejemplo, excelente, muy bien) cuando proporcionó retroalimentación positiva?
12. ¿El evaluador evitó el uso de demasiados comentarios mixtos (por ejemplo, "Esto fue excelente, pero tienes que ... ") al proporcionar retroalimentación?
13. ¿El evaluador siempre respondió los comentarios de la persona evaluada de con cortesía y diplomacia?

Retroalimentación (continúa)	Sí	No
14. ¿El evaluador mencionó el área (s) donde el rendimiento de la persona evaluada estuvo mejor que la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El evaluador discutió los puntos negativos más importantes en el formulario?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El evaluador a menudo le solicitó a la persona evaluada que discutieran los puntos negativos en su auto-evaluación de desempeño antes de emitir una opinión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿El evaluador utilizó varios ejemplos para explicar la forma correcta de la realización de las partes del proceso que se hicieron de forma incorrecta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿El evaluador mantuvo el control del proceso de evaluación de una forma correcta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿El evaluador ayudó a la persona evaluada a encontrar soluciones a los problemas que se presentaron (por ejemplo, en la comunidad), siempre que fue posible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿El evaluador mantuvo la atención de la persona evaluada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Fueron correctas las sugerencias del evaluador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Fueron las sugerencias del evaluador apropiadas para el contexto de la persona evaluada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Fueron completas las sugerencias del evaluador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Fueron específicas las sugerencias del evaluador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al finalizar la evaluación	Sí	No
25.¿El evaluador solicitó a la persona que diera un resumen de las cosas que debe mejorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.¿El evaluador completó la lista si la persona evaluada no pudo recordar todas las cosas que se necesitaban mejorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.¿El evaluador solicitó a la persona evaluada que expresara un compromiso para mejorar estas cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.¿El evaluador solicitó a la persona evaluada que diera un resumen de las cosas positivas que hizo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.¿El evaluador completó la lista si la persona evaluada no pudo recordar todas las cosas que hizo que fueron positivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calificación: _____

Comentarios adicionales

Lección 12, Hoja de trabajo 3: Juego de roles parte I: Reunión/Sesión educativa

La Voluntaria del Grupo de Cuidado (VGC) está en el medio de una reunión. Ella se está preparando para demostrar (actividad) cómo hacer una solución de sales de rehidratación oral (SRO) para los niños con diarrea. (Esto significa que ella tiene ya los pasos que incluyen: objetivos de la lección, el juego o una canción, la asistencia y resolución de problemas, y la historia e imágenes.) Ella tiene el azúcar, la sal, el utensilio con agua potable y el recipiente para mezclar la solución en (una botella de 1 litro) . Ella ha preparado un espacio para que las Mujeres Vecinas (MV) se sienten frente a ella en un semicírculo para que todas las mujeres puedan verse entre sí. A medida que la VGC se está preparando, su Promotor llega, y tienen la siguiente discusión.

- **Promotor:** “Buenos días María. ¿Cómo estás”?
- **VGC:** “¡Bienvenido! Estoy bien. Es agradable verte”.
- **Promotor:** “He venido a hacerte una visita y observar la reunión. Durante esta visita estaré terminando la LVMC para la facilitación de la sesión educativa. Recuerda que la LVMC ayudará a mejorar tu trabajo como facilitadora. No es una prueba, así que no hay necesidad de estar nerviosa.(le muestra la LVMC a la VGC). Esta es la misma forma que hemos usado antes”.
- **VGC:** “Sí, lo recuerdo. Estaba preparándome para mostrar a las mujeres cómo preparar sales de rehidratación oral. Las mujeres se unirán a mí aquí. Ya que estás aquí, si tengo alguna pregunta o problema, voy a estar segura de pedir tu ayuda”.
- **Promotor:** “En realidad, María, voy a estar simplemente observándote y no participaré en absoluto. Sólo continúa como si yo no estuviera aquí. Después vamos a hablar de cómo estuvo la reunión. “

La VGC se sienta y llama a una MV a unirse a ella. El Promotor se sienta a un lado con la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC). Una vez que todas las MV están sentados, una última mujer llega y se sienta detrás de todos los demás, un poco fuera del grupo. La VGC realiza una instrucción de 5-10 minutos de cómo preparar sales de rehidratación oral, recordando a las MV lo que aprendieron de la historia y el rotafolio que fueron enseñados antes de la demostración. Ella se asegura que todas, excepto la madre que se sentó un poco fuera del grupo, tengan la oportunidad de participar. La VGC hace casi todo bien, menos el no preguntar si alguna de las MV tienen alguna experiencia previa haciendo SRO, y ella no verifica al final si todas comprendieron. La demostración termina, y la VGC agradece a las MV por asistir.

Lección 12, Hoja de trabajo 4: Juego de roles parte 2: Retroalimentación

Las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) y el Promotor discuten en privado la sesión educativa. El Promotor utiliza el siguiente esquema para analizar el desempeño de la VGC.

- Preguntar: ¿"Cómo crees que lo hiciste"?
- Confirme los puntos positivos y los errores que la VGC menciona, según sea el caso. Continúe preguntando según sea necesario: ¿"Qué cosas hiciste bien? ¿Qué cosas habrías hecho diferente?"
- Revisar las cosas positivas en la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) (todo lo que esté marcado con "sí").
- Si no se ha mencionado anteriormente, preguntar a la VGC acerca de las áreas que se han marcado con "no". Por ejemplo, "Háblame de la mujer que llegó tarde, me pareció que ella estaba siendo excluida del grupo." O, "¿Cómo crees que te fue en cuanto a hacer una evaluación acerca de la experiencia previa de la madres en la elaboración de sales de rehidratación oral?"
- Reforzar las cosas que la VGC dice que podría ayudarla a mejorar en estas áreas. No se concentre demasiado en lo que la VGC hizo mal, sino más bien lo que hizo bien, ayudándola a encontrar maneras de superar las áreas donde ella hizo mal.
- Pídale a la VGC resumir las cosas que analizaron hoy (cosas positivas y áreas para mejorar).
- Darle la puntuación a la VGC y resumir lo que pudo hacer falta.
- Invitarla a comprometerse a cambiar estas cosas.
- Agradecer a la VGC.

Lección 12, Rotafolio 1: Cómo calificar una lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)

1. Cuente el número de respuestas "sí".
2. Dividir el número de respuestas "sí" por el número total de preguntas contestadas (preguntas contestadas ya sea con un "sí" o un "no").
3. No cuente las preguntas que no son aplicables (aquellos que ~~están tachados~~).

Lección 12, Hoja de trabajo 5: Pasos para dar retroalimentación

1. Dar la retroalimentación en privado.
2. Solicitarle a la persona que se está evaluando que tome notas.
3. Discutir cada punto positivo.
4. Felicitar a la persona por las cosas que hizo bien.
5. Utilizar un lenguaje corporal positivo.
6. No utilizar comentarios mixtos.
7. Responder a la persona con cortesía y diplomacia.
8. Mencionar las áreas en las que la persona está desempeñándose mejor que otras.
9. Discutir cada punto negativo de la evaluación, pero recordar que se deben dar tres comentarios positivos por cada uno de los comentarios acerca de un área a mejorar.
10. Invitar a la persona a que hablar de su desempeño antes de dar su opinión.
11. Ofrecer varios ejemplos para explicar la forma correcta de realizar las tareas en las que la persona recibe un "no" en la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
12. Mantener el control de la evaluación.
13. Ayudar a la persona a encontrar soluciones a los problemas cuando sea posible.
14. Mantener la atención de la persona.
15. Concéntrese en lo que es correcto, adecuado, completo y específico.
16. Al final de la evaluación, solicítele a la persona que resuma las cosas que va a mejorar.
17. Si la persona se olvidó de mencionar algún área, recordársela.
18. Solicitarle a la persona que realice un compromiso para mejorar estos problemas.
19. Invitar a la persona a dar un resumen de las cosas que hizo bien.
20. Añadir a esta lista si la persona se olvidó de algún área positiva.

LECCIÓN 13: CALCULAR LAS PUNTUACIONES Y USAR LOS DATOS DE LAS LISTAS DE VERIFICACION DE MEJORA DE LA CALIDAD (LVMC)

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán practicado calificar y analizar la LVMC para evaluar el desempeño del personal y a los voluntarios en un período específico de tiempo.

Duración

1 hora 30 minutos

Materiales necesarios

- Lección 13, Rotafolio 1: Metas del desempeño programático y personal.
- Lección 13, Rotafolio 2: Cálculos de puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Papel de rotafolios y marcadores.
- Calculadora (opcional).
- Lección 13, Hoja de trabajo 1: Análisis de las la puntuación de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Puntuaciones
- Clave de respuesta a la Lección 13, Hoja de trabajo 1: Análisis de las puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Lección 13, Rotafolio 1: 3: Gráfica del grupo de Voluntarias del Grupo de Cuidado de Sara.
- Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las la puntuación de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Clave de respuestas a la Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las la puntuación de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).
- Lección 13, Hoja de trabajo 3: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC), resultados de 6 Promotores

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes: Ahora que nos hemos familiarizado con las LVMC y visto cómo se utilizan, estudiaremos cómo su uso nos permitirá tomar decisiones para mejorar el programa en general.
 - 1b. Preguntar a los participantes: ¿Por qué no es suficiente con solamente utilizar las LVMC para mejorar el rendimiento de un individuo? Las respuestas deben incluir: si muchas personas están teniendo los mismos o similares problemas o se están desempeñando muy mal, entonces esto significa que algo más grande, algo más sistémico, no va bien.

1c. Decir a los participantes: En esta lección vamos a ver la forma de utilizar los datos LVMC para mejorar nuestros programas.

2. Actividad: Objetivos de rendimiento y cálculos

2a. Decir a los participantes: En esta sesión nos centraremos en el seguimiento del desempeño de los trabajadores. La LVMC es una representación de un rendimiento perfecto. Muy poca gente va a llegar a la perfección (100%) durante una observación. Queremos que todos nuestros facilitadores, incluyendo entrenadores, Promotores y Voluntarias del Grupo de Cuidado, logren alcanzar y mantener un puntaje de 80% o más en cada LVMC. No podemos esperar que todos los miembros del equipo del Grupo de Cuidado obtengan el 80% o más en cada LVMC, por lo que nuestro objetivo es el 80%.

2b. Mostrar y platicar acerca de la **Lección 13, Rotafolio 1: Metas de desempeño programático y personal.**

2c. Explicar a los participantes que hay dos tipos de cálculos que los programas necesitan hacer. Mostrar la **Lección 13, Rotafolio 2: Cálculos de las puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)** y explicar las dos formas de calcular.

2d. **Puntuación de desempeño programático:** Usando la Lección 13, Rotafolio 2, explicar cómo calcular la puntuación de desempeño del programa. Luego practicar con el ejemplo de los Promotores a cargo de María en el cuadro café. Escribir las respuestas en el rotafolio paso a paso. Preguntar a los participantes: ¿Qué nos dice esta puntuación? Deben responder: el rendimiento global de un grupo.

- Número de LVMC individuales: 6
- Número de puntajes de 80% o más: 3
- Puntuación de rendimiento del programa: Número de puntajes del 80% o más divididos por el número total de LVMC individuales: $3 \div 6 = 50\%$

**Ejemplo:
Promotores a cargo
de María**

1. Samuel – 80%
2. Roberto – 50%
3. Ricardo – 60%
4. Sonia – 85%
5. Cathy – 75%
6. Hugo – 82%

2e. **Promedio de puntuación para individuos:** A continuación se explica cómo calcular la puntuación media. Utilizar el mismo ejemplo de los Promotores a cargo de María para la práctica. Escribir las respuestas en el rotafolio paso a paso.

- Todas las puntuaciones se suman: $80 + 50 + 60 + 85 + 75 + 82 = 432$
- La suma de todas las puntuaciones dividida por el número de puntuaciones: $432 \div 6 = 72\%$

2f. **Cálculo de las puntuaciones LVMC:** Referir a los participantes a la **Lección 13, Hoja de trabajo 1: Análisis de las puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)** y animarlos a que hagan los cálculos para los tres ejemplos. Revisar la

respuesta correcta con la **Clave de respuestas a la Lección 13, Hoja de trabajo 1: Análisis de las puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)**.

2g. Formular las siguientes preguntas.

- ¿Cuál de estos grupos ha alcanzado nuestro objetivo? ¿Por qué? Los participantes deberán responder que los Promotores de Arturo llegaron a la meta debido a que más del 80% de los promotores de ese grupo alcanzaron o superaron un puntaje de 80% en sus LVMC.

- ¿Por qué es importante realizar el cálculo del promedio de la puntuación de los individuos, así como la puntuación de desempeño del programa? Las respuestas deben incluir:
 - Si solamente se observan los puntajes promedio, parecería que el grupo de Tomás tiene mejor desempeño. Sin embargo, la mitad de sus promotores no han alcanzado el objetivo.

 - Los Promotores de Arturo tienen un promedio que es 8 puntos porcentuales menos, pero sus trabajadores han alcanzado el objetivo.

 - Los Promotores de Manuel tienen el mismo promedio de puntuación que el grupo de Arturo, pero sus trabajadores tienen muy mal promedio, ya que solamente el 16% de ellos alcanzó el objetivo.

 - Los Promedios no dan suficiente información.

 - Queremos que todos nuestros trabajadores mejoren, así que tenemos que prestar atención al porcentaje de personas que llegan a la meta para que podamos pasar más tiempo ayudándoles a mejorar.

 - Con el fin de monitorear el progreso que necesitamos para registrar la puntuación de todos nuestros trabajadores y verificar si hay problemas regularmente.

3. Problemas del sistema y problemas de personas.

3a. Decir a los participantes que hay dos tipos de problemas que pueden detectar las LVMC: problemas del sistema y los problemas de las personas. ¿Cuál es la diferencia?

- Los problemas del sistema son aquellos que todos los trabajadores comparten. Lo más probable es un problema con la forma en que los trabajadores fueron capacitados o una destreza que les está siendo difícil dominar (por ejemplo, la narración de cuentos o solicitar compromisos).

- Los problemas de las personas son aquellos que se tienen con los trabajadores individuales. La LVMC muestra que los trabajadores no están mejorando. Los problemas de las personas tendrán que ser abordados uno-a-uno para ayudarles a

mejorar. Una puntuación baja no es mala; estamos buscando la mejor durante un período largo de tiempo. Sin embargo, si continúa notando que un trabajador tienen un mal desempeño, tendrá que intervenir. Si un trabajador continúa con puntajes bajos, incluso después de múltiples observaciones y comentarios, es necesario que abandone el Grupo de Cuidado (GC) (de acuerdo a las políticas nacionales y organizacionales).

3b. Preguntar a los participantes: ¿Por qué necesitamos monitorear los problemas del sistema y los de las personas?

- Si el personal no aprende las prácticas correctas (si son facilitadores con bajo rendimiento), afectarán en gran medida la eficacia de los mensajes compartidos durante la GC.
- Si las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) modelan los comportamientos de una forma equivocada, porque lo aprendió incorrectamente del Promotor, tendrá un impacto en cuanto a si las Mujeres Vecinas (MV) escuchan la información y cambian sus comportamientos o no.
- El éxito del programa de GC depende de la fortaleza de los trabajadores.

3c. Consultar la **Lección 13 Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)**. Explicar cómo leer las tablas en la hoja de trabajo.

- Los números se refieren a las preguntas de la LVMC para la facilitación sesión educativa.
- Un "1" significa que la respuesta fue "sí", un "0" significa que la respuesta fue "no", y "N / A" significa que la pregunta no fue contestada (no aplica).

3d. Solicitar a los participantes que trabajen en parejas para responder a las tres últimas preguntas de la parte inferior de la Lección 13 Hoja de trabajo 2. Si les queda tiempo adicional, pueden responder las preguntas acerca de la puntuación promedio y el porcentaje de la calificación de las preguntas. Revisar las respuestas usando la Clave de respuestas a la **Lección 13 Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC)**.

4. Frecuencia de Supervisión con la LVMC

4a. Preguntar a los participantes: ¿Con qué frecuencia se debe utilizar la LVMC?

- Para las VGC, Promotores, Supervisores y Coordinadores con puntajes inaceptables (menos del 80%).
 - El Supervisor debe visitar todos los meses hasta que la puntuación sea de 80% o superior. Estos son nuestros facilitadores principales.

- Para las personas con puntuación aceptable (80% o más, al menos, dos veces seguidas).
 - Utilizar la LVMC con menos frecuencia para ver si son capaces de mantener esta norma.
 - Por ejemplo, observarlos una vez cada tres meses o cada seis meses después de que tengan una puntuación del 80% o más durante dos trimestres consecutivos.

4b. Preguntar a los participantes: Haciendo referencia a la Lección 13, Hoja de trabajo 3, ¿con qué frecuencia debe cada uno de estos miembros del personal ser observados?

- Gabriela se está desempeñando correctamente. Utilizar la LVMC en la próxima visita. Si ella obtiene puntuaciones por encima de 80% de nuevo, observarla cada trimestre o cada 6 meses.
- Karla se está desempeñando correctamente. Utilizar la LVMC el próximo mes, luego disminuir a una vez cada trimestre o cada seis meses si anota 80% o por más, de nuevo.
- Dolores se está desempeñando correctamente. Utilizar la LVMC en la siguiente observación y luego disminuir las visitas si sus puntuaciones permanecen en aproximadamente 80%.
- Se debe trabajar en un plan de mejora para Tomás. Ver las preguntas de la LVMC donde tuvo mala puntuación. Asesorarlo en relación a las cosas que debería mejorar. Volverlo a entrenar si es necesario. Hacer un plan de acción.
- Mario y José no necesitan más LVMC este trimestre. Utilizar LVMC con ellos cada seis meses.

5. Anotar las puntuaciones de LVMC y monitoreo del progreso.

5a. Comparta las siguientes opciones para registrar las puntuaciones de LVMC con los participantes.

- Hacer un rotafolio con las puntuaciones del Promotor (o del Supervisor) que figuran para cada trimestre (el director tiene que decidir si los nombres deben ser incluidos en este cartel o no). Colocar el cartel en la oficina del Director o la oficina del distrito.
- El Supervisor lleva un registro en sus archivos en hojas de papel cuadriculado (o una hoja de cálculo de MS Excel) para registrar las puntuaciones después de cada observación.
- Comprar una carpeta de manila para cada trabajador. Incluir todos sus LVMC en esta carpeta y añadir puntuaciones a un gráfico simple en la cubierta interior para

que pueda ver las mejoras en el tiempo. Llevar el expediente de cada trabajador para todas sus observaciones, de manera que pueda compartir el progreso.

5b. Muestre a los participantes la gráfica en la **Lección 13, Rotafolio 3: Gráfico de la Voluntaria de Grupo de Cuidado a cargo de Sara**. Decir a los participantes que esta es una manera de que puedan monitorear el progreso de los trabajadores. La gráfica hace que sea muy fácil de entender en un vistazo cómo los trabajadores están desempeñándose. Pedir a los participantes que respondan a las dos preguntas siguientes relacionadas con el gráfico de Sara.

- ¿Cuántas VGC han alcanzado la puntuación estándar?
 - Los participantes deben contestar que dos de ellos alcanzaron el 80% (Juana y el Dora), y que Vanesa está cerca, pero que Yoly lo está haciendo muy mal.
 - Añadir que no es necesario calcular las puntuaciones con el tiempo para los trabajadores individuales si se pone sus puntuaciones en un gráfico. Se puede ver la línea del 80% y encontrar a los que están por encima y por debajo de la misma. Recordarles que se desea que todos los trabajadores mejoren hasta el punto en que alcancen el 80% o más. Durante los primeros meses de observaciones, se puede esperar que tengan puntuaciones más bajas, y es aceptable, ya que lo que se pretende es que con el tiempo mejoren.
- ¿Qué porcentaje de VGC alcanzó el estándar al llegar el cuarto trimestre? Los participantes deberán responder: el 50%.

6. Cierre

6a. Capacitar a todo el personal y voluntarios que estarán utilizando la LVMC como observador o como quien será observado, acerca del objetivo de la LVMC y la forma de usarla (de la misma manera que recibieron el entrenamiento).

6b. Recordar a los participantes: Al entrenar a la Voluntaria del Grupo de Cuidado se tendrá que hacer el entrenamiento extremadamente simple. Lo mejor es desarrollar una LVMC básica con imágenes para el seguimiento y entrenarlos. De ese modo, pueden aprender a reconocer las fotos y su significado y no es necesario saber leer y escribir para entender la herramienta de monitoreo.

Lección 13, Rotafolio 1: Metas del desempeño programático y personal

Meta de desempeño individual

Cada persona tiene una puntuación del 80% o mayor en la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).

Meta del desempeño programático

De todas las LVMC que se realizan en un trimestre, el 80% tienen un puntaje de 80% o mayor.

Lección 13, Rotafolio 2: Cálculos de puntuaciones de la Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).

Puntuación del desempeño programático

Definición: El porcentaje del total de LVMC realizadas ese trimestre que obtuvieron un puntaje de 80% o más.

Cómo calcular:

1. Contar el número de puntuaciones individuales de las LVMC para ese trimestre.
2. Contar el número de puntuaciones con el 80% o más, durante ese trimestre.
3. Dividir el número de puntuaciones con el 80% o más, entre el número total de puntuaciones de LVMC de ese trimestre.
4. Recordarse de no agregar números, solamente contarlos.

Promedio de las puntuaciones de las LVMC

Definición: Promedio de la puntuación de las LVMC realizadas ese trimestre

Cómo calcular:

1. Añadir todos los resultados juntos.
2. Dividir la suma de todas las puntuaciones por el número total de LVMC que se completaron ese trimestre.

Lección 13, Hoja de trabajo 1: Analizar las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la Calidad (LVMC)

Calcular los promedios individuales y las puntuaciones del desempeño del programa en cada ejemplo.

Ejemplo 1: Promotores de Tomás

- ¿Cuál es el promedio individual?

Arturo – 90%	Kelvin – 85%
Aroldo – 100%	Boris – 60%
Tomás – 77%	Yolanda – 55%

- ¿Cuál es el porcentaje de las puntuaciones del desempeño del programa de 80% o mayor?

Ejemplo 2: Promotores de Arturo

- ¿Cuál es el promedio individual?

Melvin – 81%	Aldo – 85%
Milo – 80%	Gabi – 83%
Harold – 10%	Maru – 82%

- ¿Cuál es el porcentaje de las puntuaciones del desempeño del programa de 80% o mayor?

Ejemplo 3: Promotores de Manuel

- ¿Cuál es el promedio individual?

Lulú – 75%	Fabiola – 55%
Milton – 65%	Belén – 85%
Ariana – 70%	Tina – 68%

- ¿Cuál es el porcentaje de las puntuaciones del desempeño del programa de 80% o mayor?

Clave de respuestas para la Lección 13, Hoja de trabajo 1: Analizar las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la Calidad (LVMC).

Ejemplo 1: Promotores de Tomás

- Promedio: 78%
- Porcentaje de puntuaciones de 80% o más: 50%

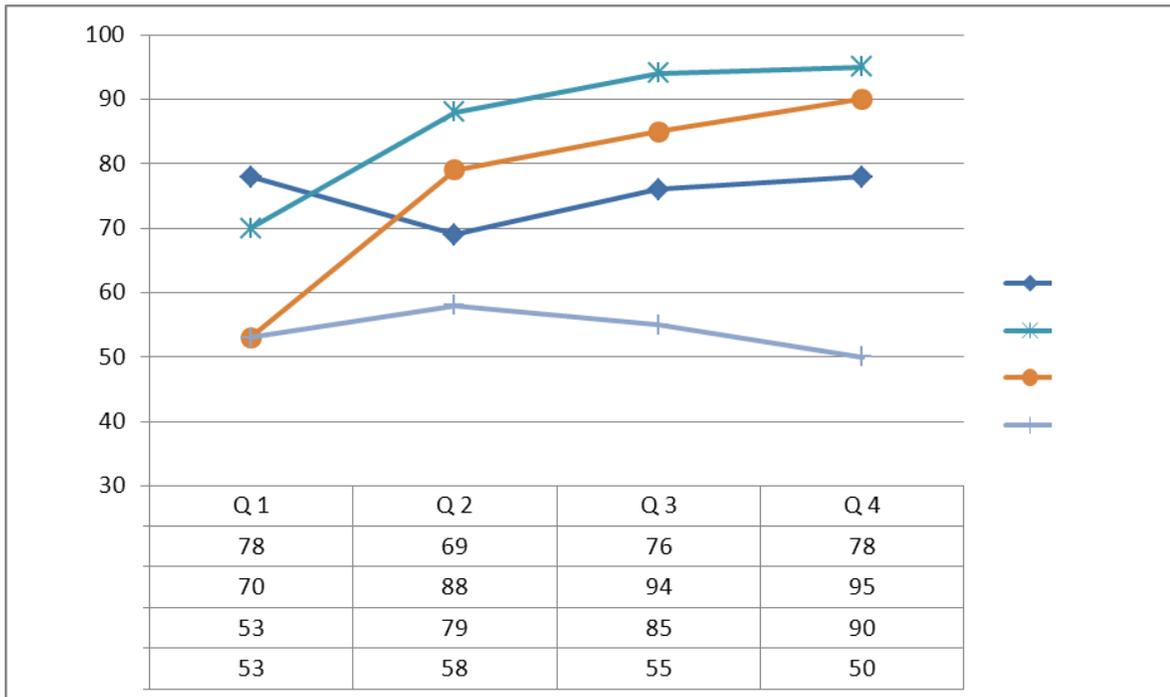
Ejemplo 2: Promotores de Arturo

- Promedio: 70%
- Porcentaje de puntuaciones de 80% o más: 83%

Ejemplo 3: Promotores de Manuel

- Promedio: 70%
- Porcentaje de puntuaciones de 80% o más: 16%

Lección 13, Rotafolio 3: Gráfica de las Voluntarias del Grupo de Cuidado de Sara



Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC).

Trimestre 1 –puntuación de las LVMC (1 = sí; 0 = no; no aplica = N/A)

Pregunta	Arturo	Kelvin	Aroldo	Boris	Tomás	Yolanda	Mario	Total
1	1	0	1	1	1	0	1	71%
2	1	1	1	1	1	1	0	86%
3	0	1	1	0	0	0	1	43%
4	1	0	1	1	1	1	0	71%
5	1	1	0	1	0	0	0	43%
6	0	1	1	1	1	1	1	86%
7	1	1	1	0	1	1	0	71%
8	0	1	1	1	0	0	1	57%
9	1	1	0	1	1	1	1	86%
10	1	1	1	1	1	1	1	100%
11	0	0	0	0	0	0	0	0%
12	1	1	1	1	0	1	1	86%
13	1	1	1	1	1	1	1	100%
14	0	1	1	0	1	0	0	43%
15	1	1	0	1	1	1	0	71%
16	0	N/A	1	1	0	1	N/A	60%
17	0	1	0	1	1	1	1	71%
18	0	1	1	1	0	0	0	43%
19	1	1	0	1	1	1	1	86%
20	0	1	1	0	0	1	0	43%
21	0	1	1	1	1	1	1	86%
22	1	0	1	1	1	1	0	71%
23	0	1	1	1	1	1	1	86%
24	1	1	0	1	1	0	0	57%
25	1	0	1	0	1	1	1	71%
26	1	1	1	1	1	1	1	100%
27	1	1	1	1	1	0	1	86%
28	0	0	0	1	1	1	0	43%
29	0	1	N/A	1	1	1	1	83%
30	1	1	1	0	1	1	0	71%
Total de sí	19	25	23	25	23	24	17	
Total de preguntas	30	29	29	30	30	30	29	
Porcentaje	57%	79%	72%	77%	73%	70%	55%	

Puntuación promedio = _____

Porcentaje de puntuaciones ≥ 80% = _____

¿Qué problemas del sistema se pueden encontrar?

¿Qué soluciones puede proponer para estos problemas del Sistema?

¿Qué problemas de las personas puede notar?

¿Qué soluciones puede proponer para estos problemas de las personas?

Clave de respuestas para la Lección 13, Hoja de trabajo 2: Análisis de las puntuaciones de la lista de verificación y mejora de la calidad.

Trimestre 1 –puntuación de las LVMC (1 = sí; 0 = no; no aplica = N/A)

Pregunta	Arturo	Kelvin	Aroldo	Boris	Tomás	Yolanda	Mario	Total
1	1	0	1	1	1	0	1	71%
2	1	1	1	1	1	1	0	86%
3	0	1	1	0	0	0	1	43%
4	1	0	1	1	1	1	0	71%
5	1	1	0	1	0	0	0	43%
6	0	1	1	1	1	1	1	86%
7	1	1	1	0	1	1	0	71%
8	0	1	1	1	0	0	1	57%
9	1	1	0	1	1	1	1	86%
10	1	1	1	1	1	1	1	100%
11	0	0	0	0	0	0	0	0%
12	1	1	1	1	0	1	1	86%
13	1	1	1	1	1	1	1	100%
14	0	1	1	0	1	0	0	43%
15	1	1	0	1	1	1	0	71%
16	0	N/A	1	1	0	1	N/A	60%
17	0	1	0	1	1	1	1	71%
18	0	1	1	1	0	0	0	43%
19	1	1	0	1	1	1	1	86%
20	0	1	1	0	0	1	0	43%
21	0	1	1	1	1	1	1	86%
22	1	0	1	1	1	1	0	71%
23	0	1	1	1	1	1	1	86%
24	1	1	0	1	1	0	0	57%
25	1	0	1	0	1	1	1	71%
26	1	1	1	1	1	1	1	100%
27	1	1	1	1	1	0	1	86%
28	0	0	0	1	1	1	0	43%
29	0	1	N/A	1	1	1	1	83%
30	1	1	1	0	1	1	0	71%
Total sí	19	25	23	25	23	24	17	
Total de preguntas	30	29	29	30	30	30	29	
Porcentajes	63%	86%	79%	83%	77%	80%	59%	

Puntuación promedio = 75%

Porcentaje de puntuaciones $\geq 80\%$ = 43%

¿Qué problemas de sistema se pueden encontrar?

Existen debilidades en la LVMC para la facilitación de una reunión en las preguntas número 3, 5, 11, 14, 18, 20, 28

- # 3 *¿El facilitador presenta correctamente el tema?*
- # 5 *¿El facilitador utiliza el contacto visual adecuado con todos?*
- # 11 *¿El facilitador demostró las habilidades que estaba promoviendo?*
- # 14 *¿El facilitador ofrece a los participantes el tiempo suficiente para responder a las preguntas?*
- # 18 *¿El facilitador pregunta a los participantes si están de acuerdo con las respuestas de los otros participantes?*
- # 20 *¿El facilitador siempre respondió a los participantes con cortesía y diplomacia?*
- # 28 *¿Fue correcto el contenido de los mensajes educativos?*

¿Qué soluciones propone para estos problemas en el sistema?

- *Asesorar al personal durante la práctica y entrenamiento de la sesión educativa para asegurarse de que: 1) presenten el tema correctamente, 2) practiquen contacto visual adecuado y 3) que incluyan la actividad correspondiente (# 11).*
- *Durante la capacitación del personal, demostrar (modelar) la mejor manera de introducir un tema, el uso adecuado de contacto con los ojos y las buenas técnicas de discusión (# 3, 5, 14, 18, 20 y 28).*
- *Establecer un entrenamiento separado donde se enseñe a los facilitadores cómo lidiar con los participantes con problemas (de modo que puedan responder adecuadamente) # 20.*
- *Revisar los materiales para averiguar por qué muchos trabajadores no están compartiendo la información correcta (# 28). Volver a capacitar a todos los trabajadores en temas de información técnica.*

- *Revisar, específicamente, estas preguntas de la LVMC antes de la observación, recordando al facilitador que realice estas acciones cuando "busquen la visión" para su rendimiento.*
- *Solicitar a los facilitadores que se comprometan a hacer estos cambios.*
- *Ayudar a los facilitadores a desarrollar maneras de recordar hacer las nuevas prácticas. Preguntarles: "¿Cómo las va a recordar?"*
- *Reconsiderar sus entrenamientos: ¿Usted está dando las sesiones educativas con mucha prisa y por eso es que la gente no entiende? Posiblemente se tenga que acortar el entrenamiento y pasar más tiempo repasando ejemplos prácticos (aumentar el debate y permitir más preguntas).*

¿Qué problemas de las personas se pueden notar?

- *Arturo y Mario están anotando mal, peor que otros.*

¿Qué propone como soluciones a estos problemas de la gente?

- *Consultar con el Promotor (si usted es el Supervisor) para buscarle explicación a los problemas.*
- *Observar al Promotor (si usted es el Supervisor) enseñando a las VGC; identificar las posibles deficiencias.*
- *Averiguar cuál es el problema con cada trabajador. ¿Están recibiendo retroalimentación positiva de su observador? ¿Por qué no han mejorado?*
- *Revisar las preguntas que no han contestado. ¿Están dando mala puntuación a las preguntas que no aplicaban (n/a)?*
- *¿Está el trabajador renuente a hacer cambios?*
- *Solicitar a la persona un plan de cómo van a mejorar y una gráfica del progreso.*

Lección 13, Hoja de trabajo 3: Lista de verificación y mejora de la calidad (LVMC) – puntuación de seis Promotores

Después de haber revisado estos datos¿cuan seguido le recomendaría al Supervisor que visite a estos Promotores?

Trimestre	Gabriela	Karla	Dolores	Tomás	Mario	José	Total
Q1	68%	74%	53%	47%	74%	89%	68%
Q2	74%	79%	68%	53%	79%	89%	75%
Q3	84%	89%	89%	53%	95%	100%	86%

LECCIÓN 14: SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL GRUPO DE CUIDADO: INTRODUCCIÓN DE REGISTROS

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Practicado completar el registro de Grupo de Cuidado (GC).
- Interpretado la información del registro.
- Practicado enseñar a otros como usar los registros de GC.

Duración

2 horas

Materiales Necesarios:

- Lección 14, Hoja de trabajo 1: Fuentes para el manejo de sistema de información del Grupo de Cuidado.
- Lección 14, Rotafolio 1 y Hoja de trabajo 2: Flujo de información en el monitoreo del sistema de información del Grupo de Cuidado.
- Lección 14, Rotafolio y Hoja de trabajo 3: Registro en blanco del Grupo de Cuidado.
- Lección 14, Hoja de trabajo 4: Ejemplo del registro completo del Grupo de Cuidado.
- Lección 14, Hoja de trabajo 5: Registro en blanco del Grupo de vecinos.
- Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario del registro.
- Clave de respuestas para la Lección 14, Hoja de trabajo 5: Cuestionario de registro.

Notas del facilitador

Esta es una lección relativamente difícil de facilitar. Asegurarse de estar preparado adecuadamente de antemano para garantizar que todos los participantes entiendan la información al finalizar la lección. Cuando sea posible, tratar de tener copias impresas de un registro GC y de un registro de Grupo de Vecinas (MV). Asimismo, asegúrese de que los participantes tengan la **Lección 14, Hoja de trabajo 3: Registro en blanco del Grupo de Cuidado** y **Lección 14, Hoja de trabajo 5: Registro en blanco del Grupo de Vecinas** al iniciar la lección. Asegúrese de revisar casilla por casilla. El cuestionario de registro al final de esta lección puede ser particularmente útil para el personal de campo.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Una de las responsabilidades más importantes de cada uno de los miembros del equipo de GC es la recopilación e intercambio de datos.

- 1b. Preguntar a los participantes: ¿Por qué es esta una tarea tan importante? Decirles que la recopilación e intercambio de datos nos ayuda a controlar el programa y evaluar la efectividad de cada miembro del equipo y del programa en su conjunto. De tal manera que la recolección de datos y el reportaje será cubierto en dos lecciones.
2. Descripción general del manejo del sistema de información del Grupo de Cuidado (MSIGC).
- 2a. Refiera a los participantes a la **Lección 14, Hoja de trabajo 1: Fuentes para el manejo de sistema de información del Grupo de Cuidado** y explicar a ellos en detalle.
 - 2b. Decir a los participantes: Esta información es crítica para su proyecto de Grupo de Cuidado, ya que le permite controlar la asistencia a las reuniones de los Grupos de Vecinas y a los Grupos de Cuidado, que son los dos aspectos más importantes del enfoque de Grupo de Cuidado. Si las mujeres no están asistiendo a estas reuniones, sabemos que nuestro programa no tendrá éxito. La recopilación de información sobre los hechos vitales en todos los miembros de los Grupos de Vecinas y del Grupo de Cuidado también le permite a su programa dar el seguimiento de salud materno-infantil y de datos de mortalidad infantil que de otra manera sería costoso y requeriría mucho tiempo para recoger.
 - 2c. Mostrar la **Lección 14, Rotafolio 1 y Hoja de trabajo 2: Flujo de la información del Sistema de Información en el Grupo de Cuidado** y solicitarle a los participantes que lean sus copias mientras se da la lección. Describir el flujo general de información para el MSIGC desde la parte superior del diagrama a la parte inferior. Explicar que toda la información proviene de los registros de GV y GC. Esta información será recopilada, ya que se pasa por la cadena de mando y, finalmente, se le entrega al Coordinador y/o director de Salud Materno Infantil y Nutrición (SMIN).

Levantamiento de información acerca de Eventos Vitales:

En la mayoría de los proyectos con Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) se levantan datos sobre acontecimientos vitales (por ejemplo, los nacimientos, las muertes infantiles y las muertes maternas). La organización Medical Teams International también recopila estos datos en los hogares en sus GC en Liberia. El proyecto hizo esto para ver el número de referencias a nivel del hogar y compararlos con el número recolectado en las instalaciones de salud. Esto le dio ideas al de proyecto acerca de la efectividad del proceso de referidos.

World Relief le da seguimiento a nuevos embarazos, para facilitar el seguimiento de las mujeres embarazadas en referencia a comportamientos importantes durante el embarazo.

Otros han recogido datos sobre desnutrición y enfermedades de la infancia. Es importante recolectar solamente datos que van a ser utilizados por el proyecto para un propósito específico y para evitar sobrecargar a los voluntarios con informes sobre muchos eventos.

- 2d. Explicar a los participantes: En esta lección, vamos a aprender cómo usar el registro de los Grupos de Vecinas y Grupos de Cuidado. En la siguiente lección, aprenderán a crear reportes del Promotor, Supervisor y Coordinador con base en estos registros.

3. Cómo utilizar los registros:

3a. Referir a los participantes a la **Lección 14, Hoja de trabajo 3: Registro en blanco del Grupo de Cuidado Registro** y **Lección 14, Hoja de trabajo 4: Registro en blanco del Grupo de Vecinas**. Recordar a los participantes que los dos registros son muy similares.

3b. Primero, revisar el registro de GC en la Lección 14, Hoja de trabajo 3 con los participantes. Luego, referir a los participantes a la Lección 14, Hoja de trabajo 4: Ejemplo de registro completo del Grupo, para utilizarlos de modelo con la siguiente información.

- Las primeras dos filas son el título y la descripción del registro.
- En la esquina superior izquierda, escribir el número del grupo utilizando el código del sistema de numeración.
- En la parte superior central del registro se encuentra la clave, que muestra el significado de los símbolos y letras que se utilizan para completar el registro.
- En la columna 1, escribir la letra correspondiente a las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC).
- En la columna 2, escribir el nombre de la VGC.
- En la columna 3, escribir la fecha en que la VGC se registró para participar en este GC.
- En la primera celda de la Columna 4, el Promotor deberá llenar la fecha de la reunión de ese mes y la lección que enseña ese mes. Cada lección tiene el número del módulo y el número de la lección. Por lo tanto, 2.3 significa que el módulo 2, lección 3 fue enseñado.
 - En las líneas debajo de esta fecha, el Promotor deberá indicar si la Voluntaria asistió a la sesión de enseñanza marcando un "✓" para quienes asistieron, una "X" para la que estuvo ausente, y un "." si la VGC fue visitada en su casa.
 - Al lado de esta línea, el Promotor debe registrar si hubo algún nacimiento o muerte en este mes. Utilice los códigos de la clave: "NN" para nacimiento de un niño(a), "MN" para la muerte del niño(a) y "MM" para muerte materna.

3c. A continuación, revisar el registro del GV en la Lección 14 Hoja de trabajo 4.

- Las primeras dos filas son el título y la descripción del registro.

- En la esquina superior izquierda, escribir el número del grupo utilizando el código del sistema de numeración.
 - En la parte superior central del registro se encuentra la clave, que muestra el significado de los símbolos y letras que se utilizan para completar el registro.
 - En la columna 1, escribir el número de la vecina del GV.
 - En la columna 2, escribir el nombre de la vecina del GV.
 - En la columna 3, escribir la fecha en la que la vecina se registró para participar en este GV.
 - En la primera celda de la Columna 4, la VGC rellena la fecha de la reunión de ese mes y la lección enseñada. Use las mismas reglas con esta columna como para el registro de GC.
- 3d. Recordar a los participantes que si las VGC son analfabetas, el promotor tendrá que llenar ambos registros durante las reuniones de la GC. En este caso, durante el paso de asistencia de una reunión del Consejo General del Promotor haría:
- En primer lugar, tomar la asistencia de los VGC.
 - En segundo lugar, pedir a cada VGC que informe sobre:
 - Todos los nuevos miembros en su GV.
 - La edad materna (es decir, meses de embarazo) o la edad del niño o niña (si la madre tiene un niño o niña pequeño/a) de los nuevos miembros.
 - La asistencia a la última reunión de GV.
 - Eventos vitales.
- 3e. Decir a los participantes: Si otras mujeres de la comunidad quedan embarazadas, deben ser invitadas a unirse al grupo, toda vez el grupo no exceda de 15 participantes, que es el tamaño máximo de los Grupos de Vecinas. Por esta razón, es posible que desee diseñar su programa de Grupo de Cuidado para empezar con pequeños Grupos de Vecinas de 10 mujeres para que haya espacio suficiente en los grupos con el fin de que nuevas mujeres se unan.
- 3f. Decir a los participantes: Si una Voluntaria del Grupo de Cuidado muere o desea retirarse del programa, el Grupo de Vecinas debe elegir rápidamente a una mujer de su grupo para que la sustituya. El nombre de la anterior Voluntaria debe ser tachado del registro de Grupo de Cuidado, y el nombre de la Voluntaria del Grupo de Cuidado recién elegida debe ser añadido en una fila vacía. En el registro del Grupo de Vecinas, el nombre de la anterior VGC debe ser tachado y reemplazado por el nuevo nombre. Las letras siguen secuencialmente.

4. Actividad: comprobar la comprensión: ¡Cuestionario de Registro!
 - 4a. Integrar a los participantes en parejas. Distribuir la **Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario del registro**, y solicitar a los participantes que completen el cuestionario en sus grupos, utilizando el ejemplo del registro de GC que fue completado en la Lección 14, Hoja de trabajo 4. Para grupos más avanzados, solicitar a los participantes que formulen preguntas más difíciles que las que se enumeran en el Lección 14, Hoja de trabajo 6.
 - 4b. Después de unos minutos, solicitar a los dos grupos que intercambien respuestas y que se califiquen entre sí.
 - 4c. Revisar las respuestas juntos, utilizando la Clave de respuestas para la **Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario de registro**.
5. Cierre
 - 5a. Concluir esta lección explicando que aprender a usar los registros de toma tiempo y es a menudo más fácil de aprender mientras se trabaja.

Lección 14: Fuentes del Sistema de Manejo de Información del Grupo de Cuidado

El Manejo del sistema de información del Grupo de Cuidado (MSIGC) se basa en dos fuentes de información básicas:

- Registro del Grupo de Vecinas (CV).
- Registros del Grupo de Cuidado (GC).

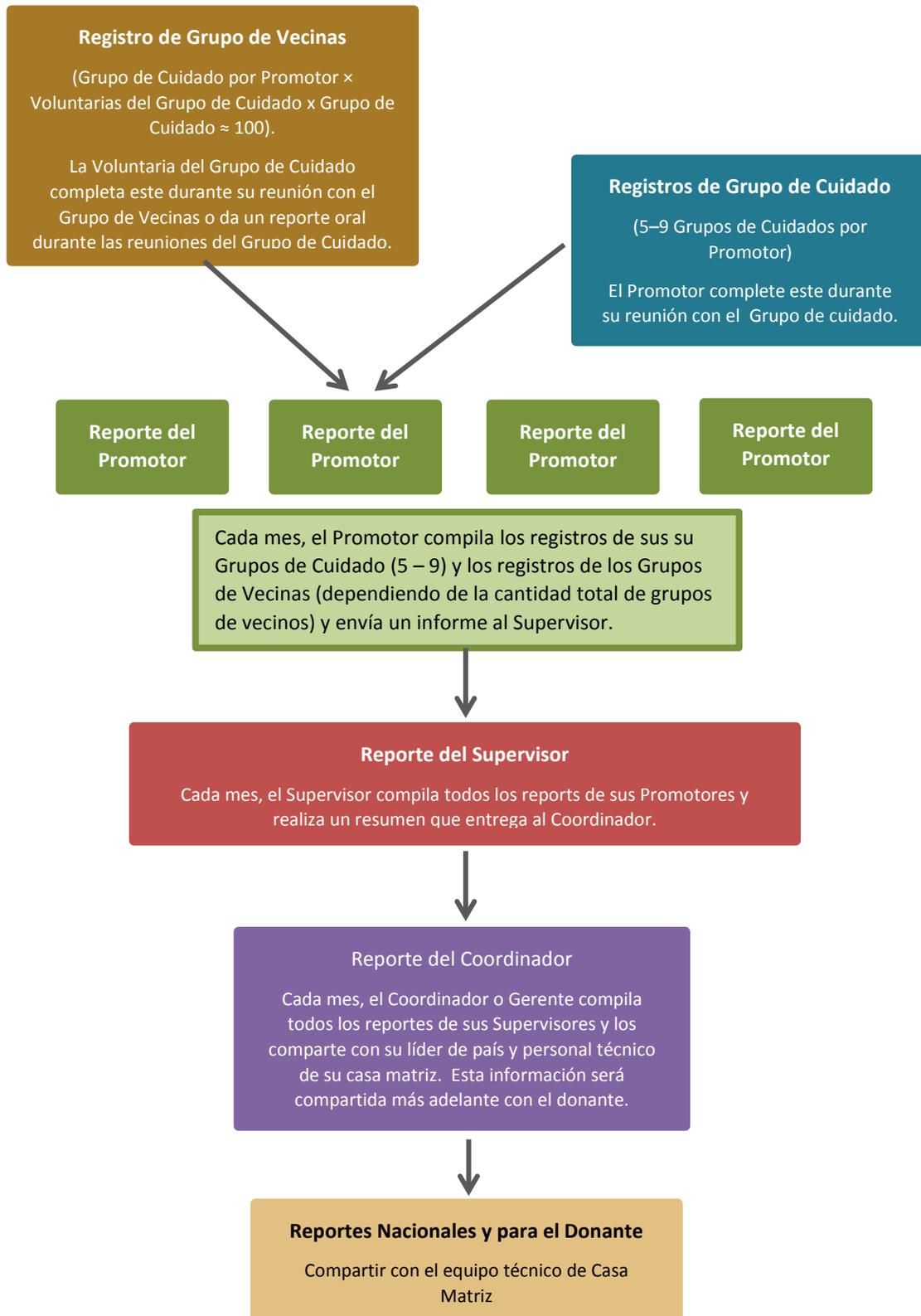
Estos registros son muy similares entre sí y recogen cuatro tipos de información de GV y GC:

1. **Fecha** en la que los miembros se unieron al grupo (información de registro).
2. **Asistencia** a las reuniones de grupo o visitas a domicilio.
3. **Eventos Vitales** de los miembros del grupo (muertes maternas, muertes de niños menores de 2 y nacimientos de niños).
4. **Lecciones** del plan de estudios de GC que se han enseñado.

Tener en cuenta las variaciones de registro: Algunos programas de GC adaptan estos registros para recopilar más información (como la cobertura de inmunización, atención prenatal y enfermedades de la infancia). Antes de decidir si desea recopilar más información, el programa primero debe considerar lo siguiente:

- Los registros deben ser tan simples como sea posible. Añadir campos adicionales a los registros requerirá que las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) y Promotores pasen más tiempo llenando los registros durante sus reuniones bimensuales con GV y GC (respectivamente), lo que puede quitar el tiempo de enseñar el plan de estudios. Los registros detallados también pueden conducir a la tentación de falsificar información si las VGC y los Promotores encuentran los registros demasiado gravosos para llenar en cada reunión.
- El denominador para los indicadores recogidos a través del MSIGC solamente pueden ser mujeres que participan en los grupos o sus hijos. Si un programa de GC incluye casi todas las mujeres embarazadas en el área del proyecto, el MSIGC se puede utilizar para medir un indicador de mortalidad materna durante la vida del proyecto. Por otro lado, un programa de GC no puede dar seguimiento fácilmente al uso de métodos modernos de planificación familiar, ya que es poco probable que todas las mujeres en edad fértil participen en un programa de GC.

Lección 14, Rotafolio 1 y Hoja de trabajo 2: Flujo de información para el Manejo de sistemas de información del Grupo de Cuidado



Lección 14: Ejemplo de registro completo del Grupo de Cuidado

Registro del Grupo de Cuidado

Este es un registro del Grupo de Cuidado (GC): Los Promotores son los líderes de los GC; los miembros de este grupo son las Voluntarias de los GC (VGC).

Numero de grupo (usar el código del sistema de numeración).		8.5		Clave:		✓ Asistió a reuniones de grupo.		X Ausente		• Recibió visita en su hogar.								
				NN Nacimiento de niño(a).		MN Muerte de niño(a) <2 años.		MM → Muerte materna.										
Letra de VGC	Nombre del Promotor (líder del grupo): Raquel Blanco	Fecha de registro en el Grupo de Cuidado.	Mes: <i>Mayo</i>				Mes: <i>Junio</i>				Mes: <i>Julio</i>				Mes: <i>Agosto</i>			
	Nombre de la Voluntaria del Grupo de Cuidado:		Fecha: 3 mayo	Nacimiento o muerte.	Fecha: 13 mayo:	Nacimiento o muerte.	Fecha: 1 junio:	Nacimiento o muerte.	Fecha: 18 Junio:	Nacimiento o muerte.	Fecha: 4 julio:	Nacimiento o muerte.	Fecha: 20 julio	Nacimiento o muerte.	Fecha: 6 ago:	Nacimiento o muerte.	Fecha: 20 ago	Nacimiento o muerte.
			Lección: 1.1		Lección: 1.2		Lección: 1.3		Lección: 1.4		Lección: 1.5		Lección: 1.6		Lección: 1.3		Lección: 2.1	
A	Lina Samayoa	19 abr. 2011	✓		•		✓		•		✓		•		✓		•	
B	Marta Caal	19 abr. 2011	✓		•		✓		•		•	NN	•		✓		•	
C	Ana María Arriola	20 abr. 2011	✓		X		X		•		✓		•		✓		•	
D	Mitzi Acab	20 abr. 2011	✓		•		✓		•		✓		•		✓		•	
E	Ana Siox	22 abr. 2011	✓	NN	•		✓		•		✓		•		✓		•	
F	Juana Lux	22 abr. 2011	✓	MN	•		•		•		✓		•		✓		•	
G	Lena Dorantes	22 abr. 2011	✓		•		✓		•		✓		•		✓		•	
H	Justa León	22 abr. 2011	✓		•		✓		X		✓		•		✓		•	
I	María Lemus	23 abr. 2011	✓		•		✓		•		✓		•		✓		•	
J	María López	23 abr. 2011	✓		•		✓				MM	→						
K	Lesbia Pérez	2 jul. 2011									✓		•		•	NN	•	
Total de asistentes y visitas (sumar los ✓ y los •).			10		9		9		8		10		10		10		10	
Total registradas (sumar todas las VGC del GC).			10		10		10		9		10		10		10		10	
Muertes maternas (sumar todas las MM).			0				1				0				0			
Muertes de niños(as) <2 años (sumar las MN).			1				0				0				0			
Nacimientos de Niños(as) (sumar los NN).			1				0				1				1			

Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario de registro

1. ¿Cuál es el número de promotor de este Grupo de Cuidado?
2. ¿Qué lección fue enseñada el 04 de julio de 2011?
3. ¿Por qué está tachado nombre de María López?
4. ¿Cuándo tuvo su bebé Marta Caal?
5. ¿Cuántas muertes infantiles ocurrieron durante el período de tiempo del seguimiento de este registro?
6. ¿Por qué la asistencia de Lesbia Pérez inicia a ser registrada hasta el 04 de julio de 2011?

Clave de respuesta para la Lección 14, Hoja de trabajo 6: Cuestionario de registro

1. ¿Cuál es el número de promotor de este Grupo de Cuidado?

8

2. ¿Qué lección fue enseñada el 04 de julio de 2011?

1.5

3. ¿Por qué está tachado nombre de María López?

Porque ella murió.

4. ¿Cuándo tuvo su bebé Marta Caal?

Entre el 18 de junio y 4 de julio del 2011.

5. ¿Cuántas muertes infantiles ocurrieron durante el período de tiempo del seguimiento de este registro?

1

6. ¿Por qué la asistencia de Lesbia Pérez inicia a ser registrada hasta el 04 de julio de 2011?

Se unió al grupo en esas fechas.

LECCIÓN 15: MONITOREO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL GRUPO DE CUIDADO: REPORTES DEL PROMOTOR, SUPERVISOR Y COORDINADOR

Objetivos basados en logros

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Practicado completar los reportes del Promotor, Supervisor y Coordinador
- Practicado enseñar a otros a utilizar estos reportes.

Duración

2 horas 15 minutos

Materiales necesarios

- Proyector, puntero y ejemplos de reportes (en blanco y llenos) o rotafolios con registros en blancos y reportes del Promotor en blanco (páginas 1 y 2)
- Lección 14, Rotafolio 1, Hoja de trabajo 2: Flujo de información del Manejo del Sistema de Información del Grupo de Cuidado.
- Lección 15, Hoja de trabajo 1: Reporte en blanco del Promotor.
- Lección 15, Hoja de trabajo 2: Reporte en blanco del Supervisor.
- Lección 15, Hoja de trabajo 3: Reporte en blanco del Coordinador.
- Lección 15, Hoja de trabajo 4: Ejemplo del reporte completo del Promotor.
- Lección 15, Hoja de trabajo 5: Ejemplo del reporte completo del Supervisor.
- Lección 15, Hoja de trabajo 6: Ejemplo del reporte completo del Coordinador.
- Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.
- Clave de respuestas a la Lección 15: Cuestionario de reporte.

Notas del facilitador

Para esta sesión podría ser útil proyectar los formatos, de modo que todos estén mirando el mismo informe que se está explicando. Asegurarse de tener un puntero, también.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: Ahora que hemos visto los registros, tenemos que ver cómo esa información es utilizada por los otros miembros del equipo del Grupo de Cuidado para crear los informes.
- 1b. Referir a los participantes de nuevo al diagrama de la **Lección 14. Rotafolio 1 y Documento 2: Flujo de información en el Manejo del Sistema de Información de Grupos de Cuidado**. Explicar: Ahora vamos a aprender como crean los reportes el

personal del Grupo de Cuidado que recibe salario -Promotores, Supervisores y Coordinadores- utilizando la información de los registros de los GC y GV.

- 1c. Preguntar a los participantes: ¿Quién puede recordarle al grupo los cuatro tipos de información que levantan los registros? Deben responder: inscripción, asistencia, plan de estudios y eventos vitales. Explicar que los informes compilan esta información a diferentes niveles.

2. El Informe del Promotor

Referir los participantes a la **Lección 15, Hoja de trabajo 1: Informe en blanco del Promotor** y proyectar el informe utilizando el proyector y un puntero. Revisar cada página del informe, y explicar que toda la información viene directamente de los registros del Grupo de Cuidado (GC) y Grupos de Vecinas (GV) que están bajo la supervisión de un Promotor específico.

Recordar a los participantes que los promotores suelen ser responsables de cinco a nueve GC, el GC tiene de 10-15 Voluntarias de Grupos de Cuidado (VGC), y cada VGC es líder de un GV con 10 a 15 MV. Esto significa que cada Promotor puede ser responsable del seguimiento de la información de alrededor de 1,000 mujeres. Por lo tanto, es muy importante que el personal del proyecto y los Promotores conozcan muy bien cómo utilizar los registros para completar sus informes mensuales.

Explicar que todos los informes, empezando por los informes del Promotor, se dividen en dos secciones. La primera página resume la información de todos los GC de ese miembro del personal. Esta información proviene de los registros del GC. En las restantes páginas del informe se resume la información de los GV bajo ese miembro del personal utilizando los registros de los GV.

- Informe del Promotor: Página uno (información resumida de todos los GC).
 - Revisar el contenido de los títulos.
- Información del GC: El Promotor:
 - Escribe los números para cada uno de sus GC en la fila superior de la tabla.
 - Copia el resumen la información de la parte inferior del registro de GC en la columna debajo de cada número GC.
 - Registra el número y la puntuación promedio de VGC observadas con una lista verificación y control de mejora de calidad (LVMC).
 - Revisa los cálculos para hacer la puntuación promedio de las LVMC (la suma de cada puntuación se divide por el número total de punteos disponibles).
- Página dos hasta el final (información resumida de GV).
 - Cada GC tiene su propia tabla. La primera fila incluye las letras de las VGC dentro de ese GC.
 - En la columna bajo cada letra de las VGC, el Promotor copia la información del resumen de la parte inferior de los registros de GV.

3. El Informe de Supervisor

3a. Refiera a los participantes a la Lección 15, Hoja de trabajo 2: Reporte en blanco del Supervisor. Decir a los participantes que toda la información para este informe proviene de los informes del Promotor.

3b. Página uno: información GC: El Supervisor:

- Escribe el número de cada Promotor de quien es responsable en la fila superior de la tabla.
- Copia la información de la columna "**Total**" de la primera página del informe del Promotor, tabla de información de GC, en las columnas de abajo del número de Promotores.
- Registra el número de veces que supervisó a cada Promotor, junto con la puntuación de la LVMC para la facilitación de la sesión educativa.
- Revisa cálculos para:
 - Porcentaje de asistencia (número que asistentes dividido por el número de registro).
 - Porcentaje de Promotores que completaron el número previsto de LVMC.
 - La asistencia promedio de VGC.
 - Número meta de registro de VGC: Este número será diferente para cada Supervisor. El Supervisor calcula el número de VGC esperado para cada Promotor por separado, y luego se suma a todos los objetivos de los Promotores para el total. Para calcular el objetivo del Promotor, el Supervisor multiplica el número de GC de quienes el Promotor es responsable por el número esperado de VGC en el GC.
 - Porcentaje de la asistencia destinada alcanzada (número de asistentes dividido por el número previsto).

3c. Página dos hasta el final –información GV: Cada promotor tiene su propia tabla. La primera fila de la tabla incluye el número de GC bajo ese Promotor.

3d. El Supervisor:

- Copia la columna "**Total**" de las tablas de información del GV del Promotor (en páginas dos hasta el final del informe del Promotor) en la columna debajo de cada GC.
- Revisa cálculos para:

- Porcentaje de asistencia (número de asistentes dividido por el número de registro).
- Número meta de registro de Mujeres Vecinas (MV): Este número será diferente para cada Supervisor. El Supervisor calcula el número esperado de MV para cada promotor separado, y luego se suma a todos los objetivos de los Promotores para el total. Para calcular el objetivo del Promotor, el Supervisor multiplica el número de GC de los que el Promotor es responsable por el número esperado de VGC por GC por el número esperado de MV por cada VGC.
- Porcentaje de la meta de asistencia alcanzada (asistencia dividida por el número previsto).

4. El reporte del Coordinador:

4a. Refiera a los participantes a la **Lección 15, Hoja de trabajo 3: Informe de Coordinador en blanco**. Decir a los participantes que toda la información para este informe proviene de los informes del Supervisor.

4b. Página uno: información GC: El Coordinador:

- Escribe el nombre de cada Supervisor bajo su supervisión en la fila superior de la tabla.
- Escribe los números GC bajo cada supervisor en la segunda fila.
- Copia la información de la columna "**Total**" en la primera página del informe del Supervisor, en la tabla de información de GC, en las columnas siguientes nombres de los supervisores.
- Registra el número de veces que observó a cada Supervisor, junto con la puntuación de la LVMC para facilitación de la sesión educativa.
- Revisa cálculos para:
 - Porcentaje de asistencia (número de asistentes dividido por el número de registro).
 - Porcentaje de Promotores que completaron el número previsto de LVMC.
 - La asistencia promedio VGC.
 - Número meta de registros de VGC, calculado al sumar los objetivos de los supervisores para las VGC.
 - Porcentaje de la meta de asistencia alcanzada.

4c. Página dos hasta el final – Información de GV: Cada supervisor tiene su propia tabla. En la primera fila de la tabla se muestran los números de los promotores bajo ese Supervisor.

4d. El Coordinador:

- Copia la columna "**Total**" de las tablas de Supervisor del GV (desde la página 2 hasta el final) en la columna debajo de cada Promotor.
- Revisa cálculos para:
 - Porcentaje de asistencia (número que asistieron dividido por el número de registro).
 - MV que se desea registrar, calculado mediante la suma de los objetivos de los Supervisores para MV.
 - Porcentaje de la meta de asistencia alcanzada (asistencia dividida por el número previsto).

5. Revisar los reportes completos

1. Referir a los participantes a la [Lección 15, Hoja de trabajo 4: Ejemplo completo del informe del Promotor](#); [Lección 15, Hoja de trabajo 5: Ejemplo Completo del informe del Supervisor](#) y [Lección 15, Hoja de trabajo 6: Ejemplo Completo del informe del Coordinador](#).
2. Iniciar con el informe del Promotor en la Lección 15, Hoja de trabajo 4. Informar que el reporte es para la Promotora Raquel Blanco (Promotora 8). El informe incluye información del GC número 8.5, el registro revisado en la Lección 14, Hoja de trabajo 4: Ejemplo Completo del informe del Grupo de Cuidado. Asegurarse de que los participantes entiendan cómo aparece la información del GC 8.5 en este informe del Promotor.
 - Preguntar a los participantes: ¿En qué parte del informe del Promotor se anotó el número de registro 8.5 del Grupo de Cuidado? Las respuestas deben incluir la primera página porque toda la información del GC se resume en la primera página.
 - Recordar a los participantes que los campos de "totales" en la parte inferior del registro GC suministran los datos necesarios para la columna 8.5 en la primera página del informe de Promotor (resaltado en verde).
 - Recordar a los participantes que las columnas de la primera página resumen la información de otros GC (8.1, 8.2, 8.3, etc.).
 - De las páginas dos hasta el final resumen la información de los registros del GV. Cada cuadro representa un GC diferente. Cada columna dentro de una tabla representa un VGC diferente. Recordar a los participantes que la información de estas tablas proviene de los "totales" de la parte inferior de cada registro GV.

3. A continuación, revisar la **Lección 15, Hoja de trabajo 5, Ejemplo de informe completo del Supervisor** de Kelly Hones. Mostrar cómo se incluyen los "totales" del informe del Promotor de Raquel Blanco en las dos secciones diferentes del informe del Supervisor. La información del GC de Raquel Blanco se resume en la primera página del informe del Supervisor. La Información del MV Raquel Blanco GV se resume en la segunda sección del informe Supervisor, en una tabla en la página 3. Estas columnas y tablas se resaltan en verde.
 - Explicar que la información de los Promotores de otros GC se resume en una columna en la primera página. La información de otros GV de los Promotores se resume en una tabla en la segunda sección del informe.
 - Revisar los cálculos para:
 - Porcentaje de asistencia (número de asistentes dividido por el número de registro).
 - Porcentaje de Promotores que completaron LVMC.
 - La asistencia promedio de VGC.
 - Número meta de registro de VGC.
 - Porcentaje de la meta de asistencia alcanzada.
4. Por último, revisar la **Lección 15, Hoja de trabajo 6, Ejemplo del informe completo del Coordinador**. Al igual que con el informe Supervisor, mostrar a los participantes lo siguiente:
 - Las columnas del "Total" del informe de Supervisor de Kelly Hones se incluyen en las dos secciones diferentes del informe del Coordinador.
 - La información del GC de Kelly Hones se resume en la primera página del informe del Coordinador.
 - La Información del GV de Kelly Hones se resume en la segunda sección del informe del Coordinador, en una tabla en la página 2.
 - Estas columnas y las tablas se resaltan en verde.
 - Explicar que la otra información de los Supervisores de GC se resume en una columna en la primera página, y la información de los GV se resume en una tabla en la segunda sección del informe.
 - Revisar los cálculos para:
 - Porcentaje de asistencia (número de asistentes dividido por el número de registro). .

- Porcentaje de Promotores que completaron LVMC
 - La asistencia promedio de VGC .
 - Número meta de registro de VGC.
 - Porcentaje de la meta de asistencia que se alcanzó.
6. Actividad: Comprobar la comprensión: Cuestionario de Reporte.
- 6a. Integrar a los participantes en parejas. Distribuir **Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.**
 - 6b. Pedir a los participantes completar el cuestionario utilizando los informes completos en la Lección 15, Hojas de trabajo 4, 5 y 6.
 - 6c. Después de unos minutos, solicitarle a las parejas participantes nota calificar los exámenes de cada uno. Revisar respuestas juntos utilizando la **Clave de respuestas de la Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.**
 - 6d. Opcional: Si algunos de los participantes ya tienen mucha experiencia con la presentación de informes, pedirles que revisen los informes completos (Hojas de trabajo 4, 5 y 6) y desarrollar preguntas adicionales para el resto del grupo.
7. Cierre
- 7a. Concluya la lección diciendo a los participantes: El dominio de los registros e informes necesita tiempo. Cuanto más se trabaja con ellos, más los comprenderá.

Lección 15, Hoja de trabajo I: Reporte de Promotor en blanco

Reporte mensual del Promotor

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 8 Grupos de Cuidado por Promotor y 14 Voluntarias de Grupo de Cuidado por cada Grupo de Cuidado. Puede ser fácilmente adaptado a las especificaciones de su programa. Copias adicionales de la segunda página se necesitarán para cada reporte de Promotor, basado en el tamaño de su programa.

Nombre del Promotor:		Período de reporte:	
# de Promotor:		Distrito/provincia:	

Page #: 1

Resumen de registros del Grupo de Cuidado (Voluntarias de Grupo de Cuidado [VGC])

Número de Grupo de Cuidado										Total
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.										
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.										
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.										
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.										
VGC Muertes maternas de las										
VGC Muertes de niños menores de 2 años										
VGC Nacimientos										
# VGC observadas a través de las LVMC*.										
Promedio de puntuación LVMC(%).										
Comentarios:										

* **Nota:** Cada promotor debe llevar a cabo una visita de supervisión con apoyo utilizando la Lista de verificación y mejora de calidad (LVMC) para 1 VGC de cada Grupo de Cuidado cada 2 semanas. Si un Promotor tiene 8 Grupos de Cuidados, entonces él/ella visitaría 16 VGC cada mes.

Nombre del Promotor:	
----------------------	--

Page #: _____

Resumen de registros del Grupo de Vecinas (Mujeres Vecinas [MV])

Grupo de Cuidado #:																
Letra de la VGC.																Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.																
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.																
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.																
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.																
MV Muertes maternas.																
MV Muertes de niños menores de 2 años.																
MV Nacimientos.																

Grupo de Cuidado #:																
Letra de la VGC.																Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.																
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.																
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.																
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.																
MV Muertes maternas.																
MV Muertes de niños menores de 2 años.																
MV Nacimientos.																

Lección 15, Hoja de trabajo 2: Reporte en blanco del Supervisor

Reporte del Supervisor

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 4 Promotores por Supervisor y 8 Grupos de Cuidado por Promotor. Copias adicionales de la segunda página serán necesarias para cada reporte del supervisor, dependiendo del tamaño del programa.

Supervisor de SNMI:		Período del reporte:	
# del Promotor del cual el Supervisor es responsable:		Estado/Distrito/Provincia.	
Comunidades:			

Página #: 1

Resumen de las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) por Promotor

Número de Promotor						Total	
# de visitas de supervisión a este Promotor.							
Puntuación de LVMC: Educación de grupo (%).						Promedio de puntuación:	
Números de Grupo de Cuidado (1 al 8).						% asistencia	
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.					A	$(A \div B) \times 100 =$	
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.					B		
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.					C	$(C \div D) \times 100 =$	
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.					D		
VGC Muertes maternas.							
VGC Muertes de niños menores de 2 años.							
VGC Nacimientos.							
# de VGC observadas con LVMC.							
Comentarios:	% de Promotores que completaron 16 LVMC						
	Promedio de asistencia de VGC este mes: $(A + C) \div 2$					E	
	Meta del # de VGC a ser registradas por este Supervisor					F	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes $(E \div F) \times 100$						

Lección 15, Hoja de trabajo 3: Reporte de Coordinador en blanco

Reporte del Coordinador

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 4 Supervisores, reportando a un Coordinador y 4 Promotores por Supervisor. Copias adicionales de la segunda página serán necesarias para cada reporte de Coordinador, dependiendo del tamaño del programa.

Página #: 1

Coordinador de SNMI:		Período del reporte:	
Nombre de los Supervisores a cargo de este Coordinador:		Estado/Distrito/Provincia	
Comunidades:			

Resumen de Voluntarias del Grupo de Cuidado por cada Supervisor

Nombre del Supervisor						Total	
# de visitas de supervisión a este Supervisor.							
Puntuación de LVMC: Educación de grupo (%).						Promedio de puntuación:	
Números de Promotores y GC.						% asistencia	
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.						A	
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.						B	
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.						C	
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.						D	
VGC Muertes maternas.							
VGC Muertes de niños menores de 2 años.							
VGC Nacimientos.							
# de VGC observadas con LVMC.							
# de Promotores que completaron 16 MVMC.							
Comentarios	Promedio de VGC que asistieron este mes $(A + C) \div 2$					E	
	# meta de VGC a ser registradas por el Coordinador					F	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: $(E \div F) \times 100$						

Coordinador de SNMI:	
----------------------	--

Resumen de Mujeres Vecinas por cada Supervisor y Promotor

Nombre del Supervisor							
# de Promotor.						Total	% asistencia
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.						A	(A ÷ B) × 100 =
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.						B	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.						C	(C ÷ D) × 100 =
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.						D	
MV Muertes maternas.							
MV Muertes de niños menores de 2 años.							
MV Nacimientos.							
Comentarios:	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2					E	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor					F	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100						

Nombre del Supervisor							
# de Promotor.						Total	% asistencia
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.						A	(A ÷ B) × 100 =
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar						B	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.						C	(C ÷ D) × 100 =
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.						D	
MV Muertes maternas.							
MV Muertes de niños menores de 2 años.							
MV Nacimientos.							
Comentarios:	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2					E	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor					F	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100						

Lección 15, Hoja de trabajo 4: Ejemplo de reporte completo del Promotor

Reporte mensual del Promotor

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 8 Grupos de Cuidado por Promotor y 14 Voluntarias de Grupo de Cuidado por cada Grupo de Cuidado. Puede ser fácilmente adaptado a las especificaciones de su programa. Copias adicionales de la segunda página se necesitarán para cada reporte de Promotor, basado en el tamaño de su programa.

Nombre del Promotor:	<i>Raquel Blanco</i>	Período de reporte:	<i>Mayo-11</i>
# de Promotor:	8	Distrito/provincia:	<i>California, Los Angeles</i>

Página #: 1

Resumen de registros del Grupo de Cuidado (Voluntarias de Grupo de Cuidado [VGC])

Número de Grupo de Cuidado	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8		Total
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	12	11	9	12	10	10	11	12		
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	12	10	13	10	11	12	13		
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	12	12	10	10	9	11	12	10		
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	12	12	10	13	10	11	12	13		
VGC Muertes maternas de las	0	0	1	0	0	0	0	0		
VGC Muertes de niños menores de 2 años de las	1	0	0	0	1	0	0	0		
VGC Nacimientos.	0	0	0	0	1	1	0	0		
# VGC observadas a través de las LVMC*.	2	3	2	1	2	1	1	1		
Promedio de puntuación LVMC(%).	89	80	62	90	89	75	70	90		

Comentarios:

* **Nota:** Cada promotor debe llevar a cabo una visita de supervisión con apoyo utilizando la Lista de verificación y mejora de calidad (LVMC) para 1 VGC de cada Grupo de Cuidado cada 2 semanas. Si un Promotor tiene 8 Grupos de Cuidados, entonces él/ella visitaría 16 VGC cada mes.

Nombre del Promotor:	<i>Raquel Blanco</i>
----------------------	----------------------

Resumen de registros del Grupo de Vecinas (Mujeres Vecinas [MV])

Grupo de Cuidado #:	8.1														
Letra de la VGC	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	12	13	10	11	12	13	12	12	13	14	12			
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	12	12	13	16	12	12	15	15	15			
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	14	12	12	11	14	13	14			
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	2	14	11	12	12	16	12	12	15	15	15			
MV Muertes maternas.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
MV Nacimientos.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			

Grupo de Cuidado #:	8.2														
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	10	11	12	13	12	13	10	12	12	14	10			
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	12	12	15	13	12	15	10	14	12	15	15			
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	13	12	12	11	14	13	14			
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	11	12	14	16	12	12	15	15	15			
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
MV Nacimientos.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1			

Nombre del Promotor:	<i>Raquel Blanco</i>
----------------------	----------------------

Resumen de registros del Grupo de Vecinas (Mujeres Vecinas [MV])

Grupo de Cuidado #:	8.3														
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	10	11	12	13	12	13	10	12	12	14	10			
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	12	12	15	13	12	15	10	14	12	15	15			
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	13	12	12	11	14	13	14			
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	11	12	14	16	12	12	15	15	15			
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
MV Nacimientos.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1			

Grupo de Cuidado #:	8.4														
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	14	13	10	13	10	12	15	10	13	12	14	12			
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	15	13	12	14	12	12	14	10	13	12	15	12			
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	12	9	9	12	12	12	12	14	14	13			
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	14	14	14	11	12	13	14	12	12	14	15	15			
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MV Muertes de niños menores de 2 años.	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0			
MV Nacimientos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			

Nombre del Promotor:	<i>Raquel Blanco</i>
----------------------	----------------------

Resumen de registros del Grupo de Vecinas (Mujeres Vecinas [MV])

Grupo de Cuidado #:	8.5													Total	
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	12	13	10	11	12	13	12	12	13	14	12			145
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	12	12	14	16	12	12	15	15	15			160
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	13	12	12	11	14	13	14			143
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	11	12	14	16	12	12	15	15	15			159
MV Muertes maternas.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			1
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			2
MV Nacimientos-	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			2

Grupo de Cuidado #:	8.6													Total	
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	10	11	12	13	12	13	10	12	12	14	10			140
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	12	12	15	13	12	15	10	14	12	15	15			157
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	13	12	12	11	14	13	14			143
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	11	12	14	16	12	12	15	15	15			159
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			2
MV Nacimientos.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1			2

Nombre del Promotor:	<i>Raquel Blanco</i>
----------------------	----------------------

Resumen de registros del Grupo de Vecinas (Mujeres Vecinas [MV])

Grupo de Cuidado #:	8.7													Total	
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	11	10	11	12	13	12	13	12	12	12	14	12			144
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	12	12	15	13	12	16	12	12	12	15	12			155
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	10	12	10	11	11	13	12	12	11	14	14	13			143
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	11	12	14	11	12	14	16	12	12	14	15	15			158
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			2
MV Nacimientos.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0			2

Grupo de Cuidado #:	8.8													Total	
Letra de la VGC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			Total
MV Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	12	13	12	12	12	14	12	12	13	12	10	11			145
MV Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	12	16	12	12	12	15	12	15	13	12	12	12			155
MV Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	13	12	12	11	14	14	13	11	11	13	12	10			146
MV Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	14	16	12	12	14	15	15	11	12	14	12	14			161
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
MV Muertes de niños menores de 2 años.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			1
MV Nacimientos.	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0			2

Lección 15, Hoja de trabajo 5: Ejemplo de un reporte completo del Supervisor

Reporte del Supervisor

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 4 Promotores por Supervisor y 8 Grupos de Cuidado por Promotor.
Copias adicionales de la segunda página serán necesarias para cada reporte del supervisor, dependiendo del tamaño del programa.

Supervisor de SNMI:	<i>Kelly Hornes</i>	Período del reporte:	<i>Mayo-11</i>
# del Promotor del cual el Supervisor es responsable:	<i>5 al 8</i>	Estado/Distrito/Provincia	<i>California, Los Ángeles</i>
Comunidades:			

Página #: 1

Resumen de las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) por Promotor

Número de Promotor.	5	6	7	8		Total	
# de visitas de supervisión a este Promotor.	2	3	4	3		12	
Puntuación de LVMC: Educación de grupo (%)	83	85	62	80		Promedio de puntuación: 77	
Números de Grupo de Cuidado (1 al 8).	1-7	1-5	1-7	1-8		% asistencia	
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	72	50	76	87	A	285	
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	78	52	80	93	B	303	
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	70	48	79	86	C	283	
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	78	50	82	93	D	303	
VGC Muertes maternas.	0	0	0	1		1	
VGC Muertes de niños menores de 2 años.	2	1	0	2		5	
VGC Nacimientos.						4	
# de VGC observadas con LVMC.						24	
Comentarios: # Meta de GCV para ser registradas por este Supervisor: Promotor 5: 7 GC x 12 GCV; Promotor 6: 5GC x 12 GCV; Promotor 7: 7GC x 12 GCV; Promotor 8: 8 GC x 12 GCV	% de Promotores que completaron 16 LVMC					50	
	Promedio de asistencia de VGC este mes: (A + C) ÷ 2					E	284
	Meta del # de VGC a ser registradas por este Supervisor					F	288
	% de meta de asistencia alcanzada este mes (E ÷ F) x 100						99

Nombre del Supervisor de SNMI: *Kelly Hones*

Resumen de las Mujeres Vecinas (MV) por Promotor y Grupo de Cuidado

Número de Promotor	5												
# de Grupos de Cuidado.	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7				Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar	145	140	155	125	150	161	170				A	1046	(A ÷ B) × 100 = 91%
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	150	162	172	160	162	164	182				B	1152	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar	149	160	162	145	145	162	175				C	1098	(C ÷ D) × 100 = 94%
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	150	164	180	162	165	168	182				D	1171	
MV Muertes maternas.	0	0	1	0	0	0	0					1	
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	2	1	2	1	2	2					11	
MV Nacimientos.	1	2	1	3	1	1	1					10	
Comentarios: <i>La meta de asistencia fue puesta en la fase de diseño. Este ejemplo 12 MV por VGC. Es importante notar que está bien si se excede este nombre; la meta puede ser > 100%. Promotor 5: 7 GC × 12 VGC × 12 MV = 1008.</i>	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2										E	1072	
	Número meta de MV a ser registradas por este Promotor										F	1008	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100											> 100	

Número de Promotor	6												
# de Grupos de Cuidado.	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5						Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar	152	149	160	150	165						A	776	(A ÷ B) × 100 =
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	162	155	172	190	182						B	861	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar	155	161	171	172	181						C	840	(C ÷ D) × 100 =
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	163	165	175	189	185						D	877	
MV Muertes maternas.	0	1	0	0	0							1	
MV Muertes de niños menores de 2 años.	2	0	2	1	1							6	
MV Nacimientos.	2	1	2	1	1							7	
Comentarios: <i>#meta de MV a ser registradas por Promotor #6: 5 GC × 12 VGC × 12 MV = 720</i>	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2											808	
	Número meta de MV a ser registradas por este Promotor.											720	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.											> 100	

Nombre del Supervisor de SNMI:	<i>Kelly Hones</i>
--------------------------------	--------------------

Resumen de las Mujeres Vecinas (MV) por Promotor y Grupo de Cuidado

Número de Promotor	7												
# de Grupos de Cuidado.	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	7.7				Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar	170	164	154	134	149	134	181				A	1086	(A ÷ B) × 100 = 91%
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	182	180	172	160	152	155	191				B	1192	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar	152	163	162	135	132	120	171				C	1035	(C ÷ D) × 100 = 86%
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	183	179	172	170	150	160	190				D	1204	
MV Muertes maternas.	0	0	0	0	0	0	0					0	
MV Muertes de niños < 2 años.	2	0	1	2	1	0	1					7	
MV Nacimientos.	1	2	0	2	1	2	0					8	
Comentarios: # Meta de MV a ser registradas por el Promotor #7: 7 GC × 12 VGC × 12 MV = 1260	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.										E	1061	
	Número meta de MV a ser registradas por este Promotor.										F	1008	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.											> 100	

Número de Promotor	8												
# de Grupos de Cuidado.	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8			Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar	145	140	142	148	145	140	144	145			A	1149	(A ÷ B) × 100 = 91%
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	160	157	160	154	160	157	155	155			B	1258	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar	143	143	143	141	143	143	143	146			C	1145	(C ÷ D) × 100 = 90%
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	159	159	159	160	159	159	158	161			D	1274	
MV Muertes maternas.	1	0	0	0	1	0	0	0				2	
MV Muertes de niños < 2 años.	2	2	2	3	2	2	2	1				16	
MV Nacimientos.												15	
Comentarios: # meta de MV a ser registradas por Promotor #8: 8 GC × 12 VGC × 12 MV = 1152	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.											1147	
	Número meta de MV a ser registradas por este Promotor.											1152	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.											100	

Lección 15, Hoja de Trabajo 6: Ejemplo del reporte del Coordinador completo

Reporte del Coordinador

Nota: Esta plantilla de informe ha sido tomada del ejemplo de un programa con 4 Supervisores, reportando a un Coordinador y 4 Promotores por Supervisor. Copias adicionales de la segunda página serán necesarias para cada reporte de Coordinador, dependiendo del tamaño del programa.

Coordinador de SNMI:	<i>Sara López</i>	Período del reporte:	<i>Mayo-11</i>
Nombre de los Supervisores a cargo de este Coordinador:	<i>Carolina, Kelly, Juana y Emily</i>	Estado/Distrito/Provincia	<i>Oeste, California, Los Ángeles</i>
Comunidades:			

Página #: 1

Resumen de Voluntarias del Grupo de Cuidado por cada Supervisor

Nombre del Supervisor.	<i>Carolina</i>	<i>Kelly</i>	<i>Juana</i>	<i>Emily</i>		Total	
# de visitas de supervisión a este Supervisor.	4	3	2	3		12	
Puntuación de LVMC: Educación de grupo (%)	75	81	62	91		Promedio de puntuación:	77
Números de Promotores y GC.	<i>1.1-4.8</i>	<i>5.1-8.8</i>	<i>9.1-12.8</i>	<i>13.1-16.8</i>		% asistencia	
VGC Asistencia 1a. reunión/visita domiciliar.	352	285	321	332	A	1290	$(A \div B) \times 100 = 89.1\%$
VGC Registro 1a. reunión/visita domiciliar.	392	303	352	401	B	1448	
VGC Asistencia 2a. reunión/visita domiciliar.	372	283	352	342	C	1349	$(C \div D) \times 100 = 91.8\%$
VGC Registro 2a. reunión/visita domiciliar.	405	303	360	402	D	1470	
VGC Muertes maternas.	1	1	0	0		2	
VGC Muertes de niños menores de 2 años.	3	5	2	1		11	
VGC Nacimientos.	5	3	3	4		15	
# de VGC observadas con LVMC.	31	24	32	28		115	
# de Promotores que completaron 16 MVMC.	70	50	92	65		69	
Comentarios: # meta de VGC a ser registradas por este Coordinador: 4 Supervisores x 4 Promotores por Supervisor x 8 GC per Promotor x 12 VGC por GC = 1536	Promedio de VGC que asistieron este mes $(A + C) \div 2$.				E	1320	
	# meta de VGC a ser registradas por el Coordinador.				F	1536	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: $(E \div F) \times 100$					86	

Coordinador de SNMI:	<i>Sara López</i>
----------------------	-------------------

Resumen de Mujeres Vecinas por cada Supervisor y Promotor

Nombre del Supervisor	<i>Carolina Wilson</i>							
# de Promotor.	1	2	3	4		Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.	921	872	801	941		A	3535	(A ÷ B) × 100 = 99%
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	1001	902	821	851		B	3575	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.	923	840	821	856		C	3440	(C ÷ D) × 100 = 95%
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	1005	924	850	860		D	3640	
MV Muertes maternas.	0	1	0	1			2	
MV Muertes de niños menores de 2 años.	3	5	4	11			23	
MV Nacimientos.	9	6	9	10			34	
Comentarios: # meta de MV a ser registradas por el Supervisor: 4 Promotores × 8 GC 12 VGC × 12 MV = 4608.	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.					E	3487.5	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor.					F	4608	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.						76	

Nombre del Supervisor	<i>Kelly Hornes</i>							
# de Promotor	5	6	7	8		Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.	1046	776	1086	1149		A	4057	(A ÷ B) × 100 = 91%
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	1152	861	1192	1258		B	4463	
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.	1098	840	1035	1145		C	4118	(C ÷ D) × 100 = 91%
M V Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	1171	877	1204	1274		D	4526	
MV Muertes maternas.	1	1	0	2			4	
MV Muertes de niños menores de 2 años.	11	6	7	16			40	
MV Nacimientos.	10	7	8	15			40	
Comentarios: # meta de MV a ser registradas por el Supervisor: 4 Promotores × 8 GC 12 VGC × 12 MV = 4608.	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.					E	4088	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor.					F	4608	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.						89	

Coordinador de SNMI:	<i>Sara López</i>
----------------------	-------------------

Resumen de Mujeres Vecinas por cada Supervisor y Promotor

Nombre del Supervisor	<i>Juana Milner</i>							
# de Promotor.	9	10	11	12		Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.	800	901	954	776		A 3431	(A ÷ B) × 100 = 96%	
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	820	950	998	802		B 3570		
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.	802	897	951	790		C 3440	(C ÷ D) × 100 = 95%	
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	865	925	1001	823		D 3614		
MV Muertes maternas.	0	1	0	0		1		
MV Muertes de niños menores de 2 años.	1	7	2	9		19		
MV Nacimientos.	7	9	5	8		29		
Comentarios: # Meta de MV a ser registradas por este Supervisor: 4 Promotores × 8 GC × 12 VGC × 12 MV = 4608.	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.					E	3436	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor.					F	4608	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.						75	

Nombre del Supervisor	<i>Emily Hayes</i>							
# de Promotor	13	14	15	16		Total	% asistencia	
MV Asistencia 1ª reunión/visita domiciliar.	962	852	951	801		A 3566	(A ÷ B) × 100 = 95%	
MV Registro 1ª reunión/visita domiciliar.	982	872	1021	898		B 3773		
MV Asistencia 2ª reunión/visita domiciliar.	941	825	976	856		C 3598	(C ÷ D) × 100 = 94%	
MV Registro 2ª reunión/visita domiciliar.	1001	880	1025	912		D 3818		
MV Muertes maternas.	1	0	0	0		1		
MV Muertes de niños menores de 2 años.	2	6	1	5		14		
MV Nacimientos.	6	5	7	5		23		
Comentarios: # Meta de MV a ser registradas por este Supervisor: 4 Promotores × 8 GC × 12 VGC × 12 MV = 4608.	Promedio de MV que asistieron este mes (A + C) ÷ 2.					E	3582	
	# meta de MV a ser registradas por el Supervisor.					F	4608	
	% de meta de asistencia alcanzada este mes: (E ÷ F) × 100.						78	

Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte

1. Ver el reporte de la Promotora Raquel Blanco en la Lección 15, Hoja de trabajo 4.
 - A. ¿Cuántas Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) fueron observadas con una lista de verificación y mejora de la calidad?
 - B. ¿Cuántos Grupos de Cuidado supervisa y dirige Raquel Blanco?
 - C. ¿Cuántas de las VGC de Raquel tuvieron bebés durante mayo?
 - D. En el Grupo de Cuidado 8.4, ¿cuántas Mujeres Vecinas (MV) asistieron a la primera reunión/visita domiciliar?

2. Ver el reporte de la Supervisora Kelly Hones en la Lección 15, Hoja de trabajo 5.
 - A. ¿Qué porcentaje de VGC asistieron a la segunda reunión?
 - B. Considerando todas las MV bajo la Promotora 8, ¿cuántos niños menores de 2 años de edad murieron?

3. Ver el reporte de la Coordinadora Sara López en la Lección 15, Hoja de trabajo 6.
 - A. ¿Qué porcentaje de las Promotoras de Sara completaron seis LVMC este mes?
 - B. ¿Qué porcentaje del número meta de VGC de Sara fueron captadas en mayo?
 - C. Encontrar el resumen de la información de MV bajo la Supervisora Emily Hayes. ¿Cuántas MV en total fueron registradas durante la segunda mitad del mes?

Clave de respuestas a la Lección 15, Hoja de trabajo 7: Cuestionario del reporte.

1. Ver el reporte de la Promotora Raquel Blanco en la Lección 15, Hoja de trabajo 4.
 - A. ¿Cuántas Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) fueron observadas con una lista de verificación y mejora de la calidad?

13
 - B. ¿Cuántos Grupos de Cuidado supervisa y dirige Raquel Blanco?

8
 - C. ¿Cuántas de las VGC de Raquel tuvieron bebés durante mayo?

2
 - D. En el Grupo de Cuidado 8.4, ¿cuántas Mujeres Vecinas (MV) asistieron a la primera reunión/visita domiciliar?

148
2. Ver el reporte de la Supervisora Kelly Hones en la Lección 15, Hoja de trabajo 5.
 - A. ¿Qué porcentaje de VGC asistieron a la segunda reunión?

93%
 - B. Considerando todas las MV bajo la Promotora 8, ¿cuántos niños menores de 2 años de edad murieron?

16
3. Ver el reporte de la Coordinadora Sara López en la Lección 15, Hoja de trabajo 6.
 - A. ¿Qué porcentaje de las Promotoras de Sara completaron seis LVMC este mes?

69%
 - B. ¿Qué porcentaje del número meta de VGC de Sara fueron captadas en mayo?

86%
 - C. Encontrar el resumen de la información de MV bajo la Supervisora Emily Hayes. ¿Cuántas MV en total fueron registradas durante la segunda mitad del mes?

3,818

LECCIÓN 16: PLANIFICAR PARA LA SOSTENIBILIDAD²⁷

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Compartido definiciones de sostenibilidad.
- Identificado aspectos del enfoque de Grupo de Cuidado (GC) que pueda ser sostenible realísticamente.
- Identificado oportunidades en sus contextos para incrementar la posibilidad de sostenibilidad.
- Identificado modificaciones al diseño y pasos tempranos para incrementar las posibilidades de sostenibilidad.

Duración

1 hora 30 minutos

Materiales necesarios

- Papel de rotafolio y marcadores.
- Lección 16, Rotafolio 1: Definición de sostenibilidad.
- Lección 16, Rotafolio 2: Categorías de sostenibilidad.
- Lección 16, Rotafolio 3: Aspectos de Grupo de Cuidados que pueden ser sostenibles.
- Lección 16, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de mejora de sostenibilidad del Grupo de Cuidado.

Notas para el facilitador

Solicitarles a los participantes que se sienten con otros que trabajen en el mismo proyecto o en la misma área geográfica.

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: Ahora que hemos discutido los detalles de cómo se implementa el enfoque de Grupo de Cuidado, dedicaremos un poco de tiempo para discutir el importante tema de la sostenibilidad.

²⁷ Esta lección ha sido orientada específicamente para los Grupos de Cuidado. Para instrucción adicional acerca de sostenibilidad en programas de salud comunitaria, por favor referirse a la publicación: Eric Sarriot, Jim Ricca, Jennifer Yourkavitch, Leo Ryan y el grupo Sustained Health Outcomes (SHOUT) Group. 2008. *Taking the Long View: A Practical Guide to Sustainability Planning and Measurement in Community-Oriented Health Programming*. Calverton, MD: Macro International, Inc. Este manual puede ser obtenido de los enlaces: <http://mchipngo.net/lib/components/documents/susManualAnoC.pdf>, y los anexos en: <http://mchipngo.net/lib/components/documents/susAnnex.pdf>.

- 1b. Solicitar a los participantes que lean la **Lección 16, Rotafolio 1: Definición de Sostenibilidad** y repasar la definición con ellos.
 - 1c. Preguntar a los participantes: ¿Por qué creen que los diseñadores de este taller decidieron incluir una lección acerca de la sostenibilidad? Las respuestas deben incluir: porque la planificación para la sostenibilidad no debe dejarse para el final del proyecto y porque hay muchas decisiones que se toman al comienzo de un proyecto que tendrán un impacto positivo o negativo en la sostenibilidad.
 - 1d. Preguntar a los participantes: ¿Alguien puede mencionar una decisión que se tomó al inicio de un proyecto que llegó a tener un impacto negativo en la sostenibilidad?
 - 1e. Decir a los participantes: Que nos agradecería sobremanera que el enfoque del Grupo de Cuidado continuara después de que termine el proyecto oficial, tenemos que empezar a pensar en la sostenibilidad desde el principio del proyecto, o tan pronto como sea posible.
2. Actividades para sostenibilidad del Grupo de Cuidado
- 2a. Decir a los participantes: Sabemos que no todo lo que un proyecto puede lograr con personal remunerado y los recursos adicionales puede continuar en movimiento perpetuo. Sin embargo, es útil identificar desde el principio cualquier actividad o resultado que sí esperamos que continúen o que sean sostenibles y pensar realísticamente en lo que podría ser posible.
 - 2b. Integrar a los participantes en pequeños grupos de personas que trabajan en los mismos o similares contextos. Solicitar a los participantes que enumeren las cosas que, realísticamente, a ellos les gustaría que sean sostenibles, que identifiquen los responsables para la sostenibilidad de la actividad o del resultado, y que ordenen la lista de mayor a menor con lo más probable a ser sostenible a lo menos probable a ser sostenible en sus contextos.
 - 2c. Mostrar a los participantes la **Lección 16 Rotafolios 2: Categorías de Sostenibilidad** y **Lección 16, Rotafolio 3: Aspectos del Grupo de Cuidados que podrían ser sostenibles**. Preguntar a los participantes que comparen sus listas con las que se encuentran en el manual.
 - 2d. Una vez los participantes finalicen la priorización de los aspectos que pueden ser sostenibles, solicitarles a los grupos lo siguiente:
 - Seleccionar los dos primeros elementos que les gustaría que fueran sostenibles.
 - Discutir, dentro del pequeño grupo, qué acciones específicas se deben tomar en cuenta desde el inicio del proyecto para asegurarse de que esos dos elementos sean probables de continuar en el área de implementación sin apoyo externo.
 - 2f. Solicitar a los miembros de cada grupo que presenten el aspecto superior de cada grupo (o uno diferente a los ya presentados) para el resto de participantes. Conceder

tiempo para que los demás participantes formulen preguntas y hagan otras sugerencias.

- 2g. Remitir a los participantes a la **Lección 16, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de mejora de sostenibilidad de los Grupos de Cuidado** para las ideas acerca de la sostenibilidad de otros proyectos que implementan el enfoque de GC.
3. Cierre
 - 3a. Explicar que la sostenibilidad no es algo que sucede por sí solo. Es algo que requiere reflexión y planificación en el inicio del proyecto, o tan pronto como sea posible.
 - 3b. Solicitar a los participantes que escriban en sus cuadernos los nombres de las personas con quienes hablarán acerca de la sostenibilidad cuando haya finalizado el taller.

Lección 16, Rotafolio I: Definición de Sostenibilidad²⁸

La sostenibilidad es un proceso que mejora las condiciones que permiten a individuos, comunidades y organizaciones locales mejorar su funcionalidad, desarrollar relaciones mutuas de apoyo y rendición de cuentas, así como disminuir la dependencia de los recursos inseguros (institucionales, técnicos y financieros). La sostenibilidad permite a estos actores locales desempeñar sus respectivas funciones con eficacia, manteniendo así las ganancias en salud y un desarrollo más allá del período de vida del proyecto. Los individuos, las comunidades, los servicios de salud y las organizaciones locales, constituyen un sistema local para interactuar e integrarse en un entorno más amplio. Los esfuerzos y las interacciones de estos actores en el sistema local son las que conducen a la repercusión en la salud duradera. Sus esfuerzos se basan en su propia comprensión de la salud y el desarrollo de su comunidad.

²⁸ Tomado de: Eric Sarriot, Jim Ricca, Jennifer Yourkavitch, Leo Ryan y el grupo Sustained Health Outcomes (SHOUT). 2008. *Taking the Long View: A Practical Guide to Sustainability Planning and Measurement in Community-Oriented Health Programming*. Calverton, MD: Macro International, Inc. Disponible en: <http://mchipngo.net/lib/components/documents/susManualnoAnoC.pdf>.

Lección 16, Rotafolio 1: Categorías para la sostenibilidad

1. Mejora sostenida en los comportamientos y los resultados de salud del hogar

Por ejemplo:

- Lactancia materna.
- Lavado de manos.
- Búsqueda de atención de salud.

2. Cambios perdurables en las normas sociales, capacidades y capital social

Por ejemplo:

- Ya no es socialmente aceptable retrasar la búsqueda de atención para cuando se sospecha que se han contagiado de malaria.
- Parejas han mejorado la comunicación y las relaciones debido a las experiencias de discutir, por primera vez, conjuntamente los temas sensibles, como la planificación familiar.
- Los cuidadores tienen el conocimiento, la confianza y el apoyo de sus familias para buscar atención médica oportuna para los niños cuando sea necesario.
- Las madres saben que pueden consultar con sus VGC cuando tienen una pregunta acerca de la alimentación infantil.
- Voluntarias de Grupos de Cuidado (VGC) y los comités de salud de las aldeas pueden resolver problemas conjuntamente.

3. Continuación de las actividades y servicios específicos del programas

Por ejemplo:

- Visitas domiciliarias de VGC.
- Recolección y presentación de información de la salud de la comunidad.

Lección 16, Rotafolio 3: Aspectos del Grupo de Cuidado que pueden ser sostenibles.

- Voluntarias de Grupos de Cuidado (VGC) continuarán visitando los hogares.
- Grupo de Cuidados (GC) continúan reuniéndose cada dos semanas.
- GC reciben nuevas lecciones.
- La supervisión continua de los GC.
- Las VGC siguen recolectando y reportando eventos vitales.
- Las VGC continúan cumpliendo con las MV.
- Nuevas Mujeres Vecinas (MV) se están incluyendo en el GV.
- Los Comportamientos siguen practicándose.

Lección 16, Hoja de trabajo 1: Ejemplos de mejora de sostenibilidad del Grupo de Cuidado

Facilitación del Grupo de Cuidados (Ejemplo de Burundi)

En Burundi, la organización Concern Worldwide aprovechó la labor de los trabajadores comunitarios de salud del gobierno para experimentar el tener al personal del Ministerio de Salud y a los trabajadores comunitarios implementando GC en lugar del personal de una ONG. La investigación de operaciones está en curso, pero hasta ahora se ha encontrado logros similares en las zonas donde los GC fueron facilitados directamente por el personal ONG frente a aquellos en la zona experimental, donde la facilitación fue realizada por trabajadores de salud. Este último tiene claras implicaciones para la sostenibilidad, que podría incluir la continuación de la formación de GC y supervisión. Sin embargo, cabe señalar que Concern Worldwide ha invertido significativamente en la construcción de la capacidad del distrito y en el personal local del Ministerio de Salud a fin de que esto sea posible. Cuanto más profundo el sistema del Ministerio de Salud llega a las comunidades, mayor será la oportunidad para vincular los GC en las estructuras permanentes del Ministerio de Salud.

Financiamiento basado en el desempeño de la Comunidad

El financiamiento basado en el rendimiento de la comunidad ha creado oportunidades especiales para el apoyo y la sostenibilidad de las actividades del GC en los entornos donde el personal del Ministerio de Salud y/o los trabajadores comunitarios de salud reciben compensación basada en el logro de los indicadores de salud de la comunidad. Cuando estos indicadores se alinean bien con los objetivos de GC, hay un incentivo particular para el apoyo continuo de los GC, especialmente una vez que los GC han demostrado su eficacia.

Ahorro y generación de ingreso

En respuesta a la solicitud de las Voluntarias de Grupos de Cuidado de realizar actividades generadoras de ingresos, el proyecto de la organización World Relief (WR) llamado Supervivencia infantil Umucyo en Ruanda (2001-2006) convirtió sus GC en 202 asociaciones formales reconocidos por el gobierno. Los grupos fueron entrenados para ahorrar las contribuciones de los miembros individuales y los ingresos generados por las actividades del grupo, incluyendo la venta subvencionada de mosquiteros tratados con insecticida, un producto de purificación de agua y otras actividades de grupo. Lamentablemente, los roles originales de los GCS y las VGC fueron obstaculizados posterior al proyecto por la nueva política del Ministerio de Salud, que impedían a las ONG crear y trabajar con cualquier voluntario que no formaba parte del nuevo sistema de trabajo comunitario. A pesar de esto, 6 años después de la finalización del proyecto, el 11% (23/202) de los GC estaban todavía activos, presumiblemente a causa del incentivo económico compartido que todavía tenían cuando trabajaban juntos.

Cuando se realiza con responsabilidad, existe el potencial para que las actividades de ahorro actúen como un incentivo en actividades de grupos que continúan reuniéndose durante y después de un proyecto. Debido a que los grupos de ahorro deben ser auto-seleccionados y voluntarios, WR Burundi ha tenido éxito en darle oportunidad a los GC que están bien organizados de participar en grupos de ahorro separados, para que puedan invitar a miembros adicionales. Dado que la mayoría de los

miembros del grupo de ahorros son también miembros del GC, se reúnen justo antes o justo después de la reunión del GC, lo que crea un incentivo adicional para la asistencia a reuniones GC y la sostenibilidad.

Sistema de Información de Salud de la Comunidad

WR Mozambique diseñó su sistema de información de salud de la comunidad con la sostenibilidad en la mente, utilizando el flujo de datos en paralelo durante la vida del proyecto. Esto significa que, además de tener un flujo de datos de los hogares del GC para el personal del proyecto y la ONG, el GC también compartió sus datos con los comités de salud de las aldeas y hacia arriba a las instalaciones de salud. Durante la vida del proyecto, un método de control de calidad incluyó la comparación de los datos de la comunidad que llegaron a nivel de distrito a través del personal del proyecto con el canal independiente, paralelo. Después del proyecto, WR encontró que la recopilación y agregación de datos de las voluntarias continuó en las zonas de influencia de los centros de salud donde el administrador de datos había sido entrenado por la ONG. Con el tiempo, ya que el personal del Ministerio de Salud cambió después del proyecto, el sistema se debilitó. Para una mayor sostenibilidad, sería ideal que los datos de los eventos vitales de la comunidad sean incorporados en el sistema nacional, formalizando su inclusión y la expectativa para la presentación de informes, lo que representa un reto para futura incidencia.

Preparar a las comunidades a que continúen con la responsabilidad

¿Cuáles son otras maneras en que las comunidades podrían prepararse para asumir la responsabilidad de los aspectos de salud y nutrición de la comunidad que han sido promocionados por los GC?

Responder a esta pregunta requiere pensar un poco más específicamente acerca de la preparación para la transferencia, incluyendo que se anticipe el final del proyecto y plantar semillas que puedan crecer en el futuro. Las respuestas podrían incluir lo siguiente.

- Informar a las comunidades desde el inicio del proyecto acerca de la fecha en que se espera que este finalice. Explicar que muchas personas recibirán capacitación para que puedan continuar con el GC después de la terminación del proyecto.
- En la segunda mitad del proyecto, en el momento en que normalmente se evalúan las intervenciones, en lugar de que los Promotores asalariados continúen facilitando los entrenamientos, se fortalecen las capacidades de las VGC para que sean ellas quienes entrenen a sus pares.
- Llevar a cabo ceremonias públicas como graduaciones, para honrar lo que han aprendido.
- Invitar a las VGC, a las madres, miembros de comités de salud de las aldeas y otros a dar testimonio público sobre la forma en que son más fuertes ahora. Esto validará el crecimiento y el cambio que ha tenido lugar en la comunidad.
- Reconocer con los funcionarios la incertidumbre que viene con el cierre del proyecto. Discutir con ellos cómo los miembros de la comunidad pueden estar experimentando la incertidumbre relacionada y que el personal debe hablar con las comunidades acerca de las oportunidades que tienen para seguir las partes del GC que ellos valoran.

LECCIÓN 17: PLANIFICANDO PARA LOS GRUPOS DE CUIDADOS

Objetivos basados en logros

Al finalizar esta lección, los participantes habrán completado la tabla de referencia de los Grupos de Cuidado (GC).

Duración

1 hora

Materiales necesarios

- Papel de rotafolios y marcadores.
- Lección 17, Hoja de trabajo 1: Tabla de planificación del Grupo de Cuidado en blanco.
- Lección 17, Hoja de trabajo 2: Ejemplo de tabla de planificación del Grupo de Cuidado completa.

Notas para el facilitador

Esta lección es la más útil para las personas que están involucradas en la redacción de una propuesta de proyecto que incluye el enfoque de GC. Esta lección le ayudará a crear planes de personal y tomar decisiones presupuestarias. Si los participantes no están involucrados con este paso o el proyecto ya ha sido planificado y presupuestado, puede omitir esta lección.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Informar a los participantes: Si decide que el enfoque del Grupo de Cuidado es la actividad de Cambio de Comportamiento más adecuado para su proyecto, usted tendrá que planificar cuidadosamente para su implementación. Esto significa saber qué tipo de personal se necesitan, cuánto tiempo será el proceso de implementación, y la cantidad de presupuesto para personal, materiales, suministros, transporte y otros aspectos necesarios. Vamos a discutir estos temas en esta sesión.
2. Preguntas para la planificación
 - 2a. Preguntar a los participantes: ¿Alguien ha planificado una actividad de Cambio de Comportamiento como la de los Grupos de Cuidado antes? Si es así, mover a los participantes de modo que todas las mesas tengan al menos a uno con experiencia.
 - 2b. Solicitar a los grupos pequeños que piensen en una lista de preguntas que tendrían que responder con el fin de poner en práctica el enfoque de GC, desarrollar un presupuesto y escribir sobre ello en una propuesta. Conceder 15 minutos a los grupos para escribir todas sus preguntas en un cuaderno. Escribir las siguientes categorías en un rotafolio para guiar el desarrollo de las preguntas:
 - Personal clave de administración y su nivel de esfuerzo.
 - Tareas de supervisión a todos los niveles.
 - Transporte.

- Capacitación del personal.
 - Investigación Formativa.
 - Desarrollo de materiales del Grupo de Cuidado.
 - Monitoreo y Evaluación (Herramientas e implementación).
- 2c. Entregar a los participantes la **Lección 17, Hoja de trabajo 1: Tabla de planificación del Grupo de Cuidado**, y solicitar a los pequeños grupos que revisen las preguntas que figuran en contra de la información requerida en la tabla.
- 2d. Si los participantes no están implementando el enfoque de GC, darles algunos parámetros de una situación hipotética (población de 100.000 habitantes y el 12% de la población es de mujeres en edad fértil [MEF], por ejemplo). Conceder 30 minutos a cada grupo para tratar de completar la tabla en blanco.
- 2e. Con todo el grupo, solicitar voluntarios para compartir las respuestas de diferentes preguntas y las principales lecciones aprendidas, por ejemplo, las proporciones adecuadas de los Coordinadores a los Supervisores y Supervisores a Promotores.
- 2f. Entregar a los participantes la **Lección 17 Hoja de trabajo 2: Ejemplo de la tabla de planificación del Grupo de Cuidado completa** y explicar que se trata de cómo podría verse una tabla de planificación del Grupo de Cuidado ya completada. Conceder 5 minutos a los participantes para revisar y comparar sus tablas de planificación. Responder a cualquier pregunta.
- 2g. Decir a los participantes que hay dos herramientas que se han desarrollado con el objetivo de ayudar a los planificadores de proyectos y desarrolladores de presupuesto a planificar con precisión para implementar los GC. Estas herramientas se pueden encontrar (junto con muchos otros recursos GC) en el sitio web [caregroupinfo.org](http://www.caregroupinfo.org).
- Este modelo de presupuesto del GCha sido utilizado por la organización Food for the Hungry (FH) como punto de partida para el desarrollo del presupuesto para los proyectos de GC. La plantilla puede ayudarle a recordar costos importantes que deben ser incluidos en la mayoría de los proyectos de GC. La plantilla se puede encontrar en http://www.caregroupinfo.org/docs/GC_Budget_Template.xls.
 - La herramienta de planificación del Grupo de Cuidado le permite introducir datos demográficos y estimar el número de GC, Promotores y Voluntarias de Grupos de Cuidado (VGC) necesarios y la población beneficiaria que va a servir. Ver enlace: http://www.caregroupinfo.org/docs/Care_Group_Planning_Tool.xls.
3. Cierre
- 3a. Recordar a los participantes que el enfoque de GC debe planificarse bien desde el principio de modo que funcione con eficacia. Utilizar la tabla de planificación y el resto de herramientas es una buena manera de asegurarse que tendrán todos los recursos necesarios para hacer que el enfoque GC funcione de manera óptima.

Lección 17, Hoja de trabajo 1: Tabla de planificación para el Grupo de Cuidado en blanco

Instrucciones: Comparar su lista de preguntas con los artículos enumerados en la columna de la izquierda. Luego inserte posibles respuestas en la columna derecha.

Nombre del proyecto:	
Preguntas	Respuestas
1. Esenciales para el programa	
Lista del personal clave gerencial y nivel de esfuerzo (%):	
# de Coordinadores:	
# de Supervisores:	
# de Promotores:	
# de GC por Promotor:	
# de VGC por GC:	
# de MV por GV:	
VGC (género, edad, estatus del niño(a) requerido):	
MV (género, edad, estatus del niño(a) requerido):	
2a. Coordinador de la supervisión con apoyo	
¿A quién le reporta los Coordinadores?	
¿A quién, dónde y con qué frecuencia supervisa el Coordinador?	
¿Con qué frecuencia los Coordinadores llenan la lista de supervisión de apoyo del Supervisor?	
2b. Supervisión con apoyo del Supervisor	
¿A quién le reporta el Supervisor?	
¿A quién, en dónde y con cuánta frecuencia supervisa el Supervisor?	
¿Con qué frecuencia los Supervisores llenan la lista de supervisión de apoyo del Promotor?	

Nombre del Proyecto:	
Preguntas	Respuestas
2c. Supervisión con apoyo del Promotor	
¿A quién le reporta el Promotor?	
¿A quién, en dónde y con cuánta frecuencia supervisa el Promotor?	
¿Con qué frecuencia los Promotores llenan la lista de verificación y mejora de la calidad para la facilitación de la sesión educativa?	
3. Entrenamiento	
¿Quién entrena al Supervisor con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	
¿Quién se encarga de refrescar el entrenamiento del currículo de GC al Supervisor y con cuánta frecuencia?	
¿Quién entrena al Promotor con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	
¿Quién entrena a las VGC con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	
¿Quién entrena a las MV con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	
4. Currículo del Grupo de Cuidado	
¿Cuáles módulos o lecciones son más pertinentes para el su proyecto GC?	
¿Cuántos meses llevará enseñar el currículo de GC?	
¿Quién desarrolló o desarrollará el currículo GC?	
Si se utilizó alguna investigación formativa, ¿cuál fue?	

Nombre del Proyecto:	
Preguntas	Respuestas
5. Monitoreo y Evaluación	
¿Qué información será levantada por los GC?	
¿Qué tipo de encuestas se llevarán a cabo como parte del GC? ¿Con qué frecuencia se conducirán?	
6. Otros	
Preguntas adicionales:	

Lección 17, Hoja de trabajo 2: Ejemplo de la tabla para planificar el Grupo de Cuidado completa

Nombre del proyecto: Proyecto Lamika	
Preguntas	Respuestas
1. Esenciales para el programa	
Lista del personal clave gerencial y nivel de esfuerzo (%):	1 Gerente (50%). 1 Coordinador de CCC (100%). 1 Coordinador de M&E (50%). 1 Oficial de M&E (100%).
# de Coordinadores:	3
# de Supervisores:	15
# de Promotores:	90
# de GC por Promotor:	6
# de VGC por GC:	12
# de MV por GV:	10
VGC (género, edad, estatus del niño(a) requerido):	Debe haber sido madre al menos una vez, de cualquier edad, el niño(a) puede ser de cualquier edad o difunto, debe ser elegida por las MV.
MV (género, edad, estatus del niño(a) requerido):	MER, MEL o cualquier otro grupo objetivo, como mujeres embarazadas y madres de niños menores de 5 años.
2a. Coordinador de la supervisión con apoyo	
¿A quién le reporta los Coordinadores?	Gerente
¿A quién, dónde y con qué frecuencia supervisa el Coordinador?	Supervisor Por lo menos una vez al mes en la comunidad.
¿Con qué frecuencia los Coordinadores llenan la lista de supervisión de apoyo del Supervisor?	Una vez cada trimestre por cada Supervisor.
2b. Supervisión con apoyo del Supervisor	
¿A quién le reporta el Supervisor?	Coordinador
¿A quién, en dónde y con cuánta frecuencia supervisa el Supervisor?	Promotor Al menos dos veces al mes en la comunidad.
¿Con qué frecuencia los Supervisores llenan la lista de supervisión de apoyo del Promotor?	Una vez cada trimestre por cada Promotor.

Nombre del Proyecto:	
Preguntas	Respuestas
2c. Supervisión con apoyo del Promotor	
¿A quién le reporta el Promotor?	Supervisor.
¿A quién, en dónde y con cuánta frecuencia supervisa el Promotor?	VGC. Una vez al mes en la comunidad, al enseñar a las MV.
¿Con qué frecuencia los Promotores llenan la lista de verificación y mejora de la calidad para la facilitación de la sesión educativa?	Seis veces al mes.
3. Entrenamiento	
¿Quién entrena al Supervisor con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	El Gerente y el Coordinador de CCC entrenan a los Coordinadores y al Supervisor en el nuevo plan de estudios cada 3 – 6 meses al inicio de un nuevo módulo. ²⁹
¿Quién se encarga de refrescar el entrenamiento del currículo de GC al Supervisor y con cuánta frecuencia?	Coordinadores, una vez al mes (2 lecciones en cada entrenamiento).
¿Quién entrena al Promotor con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	Supervisores, dos veces al mes (1 lección en cada entrenamiento).
¿Quién entrena a las VGC con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	Promotores de GC, dos veces al mes.
¿Quién entrena a las MV con los temas del currículo de GC y con cuánta frecuencia?	VGC, dos veces al mes.
4. Currículo del Grupo de Cuidado	
¿Cuáles módulos o lecciones son más pertinentes para el su proyecto GC?	Ver Anexo 6 .
¿Cuántos meses llevará enseñar el currículo de GC?	Módulos 1, 2, 4: 3 meses cada uno. Módulo 3: 4 meses. Módulo 5: 3 ½ meses. Total: 16 ½ meses hasta un máximo de 24 meses tomando en cuenta asuetos, vacaciones y mal clima.
¿Quién desarrolló o desarrollará el currículo GC?	Especialista en Currículo de casa matriz y el Coordinador de CCC.
Si se utilizó alguna investigación formativa, ¿cuál fue?	Determinantes locales del estudio de desnutrición y Análisis de Barreras.

²⁹ Si puede darse el lujo de tener el currículo complete disponible, podría funcionar entrenar a los Coordinadores y Supervisores de programas SNMI en todos los materiales del programa.

Nombre del Proyecto:	
Preguntas	Respuestas
5. Monitoreo y Evaluación	
¿Qué información será levantada por los GC?	Asistencia de las VGC, número de MV visitadas, defunciones, nacimientos y muertes infantiles.
¿Qué tipo de encuestas se llevarán a cabo como parte del GC? ¿Con qué frecuencia se conducirán?	Evaluación de línea base, evaluación intermedia y final, Mini-KPC (conocimiento, prácticas y cobertura) cada 4 a 6 meses sin hacerlo antes de que se termine el módulo.
6. Otros	
Preguntas adicionales:	

LECCIÓN 18: INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE DEL GRUPO DE CUIDADO A OTROS

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Realizado una lista de aspectos del enfoque del Grupo de Cuidado (GC).
- Diseñado un discurso corto sobre el enfoque del GC.
- Practicado el dar el discurso acerca del enfoque GC.

Duración

1 hora 30 minutos

Materiales necesarios

- Papel de rotafolio y marcadores.
- Lección 18, Hoja de trabajo 1: Ejemplo de puntos clave para el discurso sobre el enfoque del Grupo de Cuidado.
- Lección 17, Hoja de trabajo 1: Ejemplo de tabla de planificación del Grupo de Cuidado en blanco (llenada por los participantes con los detalles de sus proyectos).
- Lección 18, Hoja de trabajo 2: Dar el discurso de introducción del enfoque GC.

Pasos

1. Introducción
 - 1a. Decir a los participantes: Ahora que tienen una comprensión mucho más clara de lo que el enfoque del Grupo de Cuidado es, deberán planificar cómo explicar a sus socios colaboradores y a la comunidad.
 - 1b. Preguntar a los participantes: ¿Quién debe ser informado sobre el enfoque del Grupo de Cuidado incluso antes de ir a la comunidad? Las respuestas deben incluir el Ministerio de Salud, socios locales, líderes comunitarios y otros, dependiendo de la ubicación.
 - 1c. Explicar a los participantes que si tienen la intención de que estos grupos desempeñen un papel importante en el establecimiento y la aplicación del enfoque de GC, tienen que estar preparados para explicar este enfoque a los socios. Una vez que los proyectos han asegurado la participación del socio, también deberá explicar el enfoque de GC a la comunidad.
2. Actividad: Lluvia de ideas acerca de la información importante para compartir con los socios colaboradores y miembros de la comunidad.

- 2a. Integrar a los participantes en grupos pequeños, e invitarlos a realizar una lluvia de ideas acerca de que los socios colaboradores y las comunidades necesitan saber para entender el enfoque de GC y que escriban sus ideas en sus cuadernos.
 - 2b. Después de 15 minutos, solicitar a cada mesa a contribuir con algo que se debe incluir en la explicación del enfoque de GC y escribir la lista de estos en el rotafolio. Caminar por el salón hasta que se incluyan todas las nuevas ideas en la lista.
 - 2c. Referir a los participantes a la **Lección 18, Hoja de trabajo1: Ejemplo de puntos clave para hablar acerca del enfoque de Grupo de Cuidado** y comparar la lista maestra del grupo con la hoja de trabajo. Preguntar a los participantes: ¿Hay algo que falta en la lista?
3. Proporcionar incentivos monetarios o mercancías dentro de un programa de Grupo de Cuidado.
 - 3a. Decir a los participantes que el enfoque de GC es un programa de Cambio de Comportamiento. Lo mejor es que los participantes de la comunidad se centren en los cambios de larga duración, tales como la reducción de la mortalidad infantil, en lugar de a corto plazo como las ganancias materiales. Es mejor no decir a las comunidades cuáles son los bienes materiales que el programa tiene previsto ofrecer, incluso si está seguro de que el proyecto proporcionará los insumos.
 - 3b. Decir a los participantes que la mención de los incentivos durante su plática puede causar que surjan los siguientes problemas.
 - Las personas pueden ser voluntarios o participar en las actividades del programa para recibir los incentivos. Después de recibir los incentivos, podrían dejar de participar porque eran sólo motivados para recibir bienes materiales.
 - Una vez que se hace una promesa a una comunidad para proporcionar algo, la comunidad considerará que la organización está obligada a proporcionarlo. Si, por diversas razones, el beneficio material no llega, la comunidad perderá confianza en la organización.
 4. Actividad: Práctica de presentación
 - 4a. Entregue a los participantes a la **Lección 18, Hoja de trabajo 2: Dar una plática introductoria del enfoque GC** y revisarla juntos. Dar algunos ejemplos del uso de las conversaciones relacionadas con la GC. Explique a los participantes que el propósito de su plática es conseguir la participación de los socios en el enfoque de GC.
 - 4b. Integrar a los participantes en parejas. Solicitar que escriban algunas notas como guía para hacer una presentación de 2-4 minutos acerca del enfoque de GC. Los participantes pueden hacer referencia a la Lección 18, Hoja de trabajo 1 para esta información, si es necesario.

- 4c. Solicitar a las parejas que se expliquen entre sí otros elementos clave del enfoque de GC, incluyendo las metas del programa, la metodología y los detalles esenciales. Asegurarse que cada participante tenga la oportunidad de practicar su presentación.
 - 4d. Instruir a los participantes que después de escuchar la presentación de su pareja deben dar un comentario positivo y una sugerencia para mejorarla. Las sugerencias deben iniciar con frases como "¿Qué tal si ..." o "¿Cómo sería si ...". Debido a limitaciones de tiempo, no fomentar un diálogo entre las parejas. Instruir al participante que reciba la retroalimentación para decir "gracias".
 - 4e. Si el tiempo lo permite, pedir voluntarios o elegir al azar un par de participantes que den sus presentaciones a todo el grupo.
5. Cierre
- 5a. Terminar esta sesión explicando que todos los asociados con la implementación del proyecto de Grupo de Cuidado deben ser capaces de hablar de la misma manera. Esto evitará confusiones.

Lecciones aprendidas al orientar a las comunidades acerca del enfoque GC

En Sudán del sur, el proyecto de GC de la organización Food for the Hungry orientó a las comunidades con respecto al proyecto solicitándole a los líderes comunitarios que convocaran a 30 hombres, 30 mujeres y 30 jóvenes para introducir el enfoque de GC. El gerente dirigió una discusión y alentó a grupos comunitarios a discutir acerca de los desafíos que enfrentan localmente. Esto fue seguido por una discusión sobre los recursos comunitarios (lo que tienen para resolver estos problemas) y de ideas acerca de soluciones para los desafíos locales. A continuación, el gerente del proyecto GC compartió acerca del trabajo de FH y cómo el proyecto GC tiene intersecciones con algunos de sus problemas de salud. Fue una excelente manera de posicionar a los GC como una solución para las necesidades identificadas y los desafíos que la comunidad ya reconocía.

Lección 18, Hoja de trabajo 1: Ejemplo de puntos clave para el discurso sobre el enfoque de Grupos de Cuidado

Asegurarse de adaptar estos puntos claves a su contexto local.

1. El objetivo del programa Grupo de Cuidado es prevenir la desnutrición en niños menores de 2 años de edad.
2. El programa Grupo de Cuidado se centrará en las siguientes áreas: Enumere los temas aquí que su programa Grupo de Cuidado cubrirá, tales como acciones esenciales para la nutrición (AEN) y acciones esenciales de higiene (AEH).
3. La mitad de las muertes infantiles se pueden prevenir si las familias hacen cosas muy simples para cuidar a sus hijos. Estas cosas son comportamientos relativos a la higiene, el saneamiento, la alimentación de los niños y el cuidado de los niños cuando están enfermos. Si las familias aprenden a hacer estas cosas y hacer estos cambios, el programa puede hacer una diferencia duradera en la comunidad.
4. Ahora mismo casi un X% de todos los niños de esta comunidad sufren de desnutrición crónica. Con el fin de cambiar esta situación, las familias tienen que cambiar las prácticas en sus hogares.
5. Para cambiar estas conductas, el programa Grupo de Cuidado capacitará a voluntarios de la comunidad para que puedan capacitar a todas las familias de la comunidad. Para hacer esto necesitamos su ayuda.
6. El programa Grupo de Cuidado proporcionará el material didáctico y educativo, pero necesitamos de la comunidad para proporcionar voluntarios que están comprometidos a mejorar la salud de los niños de esta comunidad. Estos voluntarios no recibirán un salario o subsidio. Ellos recibirán educación gratuita y una oportunidad para mejorar y salvar las vidas de los niños en esta comunidad.
7. Estos voluntarios no estarán integrados por personal de esta organización. Serán miembros de su comunidad.
8. Si voluntarios asisten a los entrenamientos, comparten lo que aprenden con las familias de esta comunidad y las familias adoptan los nuevos comportamientos, se reducirá la desnutrición. Si los voluntarios no están dispuestos a aprender y si las familias no escuchan a los voluntarios o adoptan los comportamientos, la desnutrición no disminuirá durante la vida del programa.
9. Los Grupos de Cuidado constituyen un programa de desarrollo, no un programa de emergencia y socorro. Muchos programas están destinados a proporcionar alivio a corto plazo para un problema como una hambruna o en momentos de disturbios civiles. Los programas de socorro normalmente regalan un montón de alimentos o bienes, como el jabón y las herramientas, y estas cosas ayudan para un corto período de tiempo. Sin embargo, el objetivo de este programa Grupo de Cuidado es más a largo plazo: cambiar el comportamiento y mejorar la capacidad de la comunidad para evitar que sus hijos mueran de desnutrición.

Lección 18, Hoja de trabajo 2: Dar el discurso de introducción del enfoque GC

Aprender a hablar poderosamente sobre nuestros problemas y nuestro trabajo es una de las herramientas más importantes. Este formato fue creado por la organización RESULTS (www.results.org), la cual trabaja para eliminar el hambre en el mundo, ayudando a que sus voluntarios diseñen presentaciones poderosas, discursos breves y convincentes que son la columna vertebral de su trabajo. Estos discursos pueden ser utilizados durante las reuniones o encuentros casuales con los políticos responsables a cualquier nivel, líderes comunitarios, periodistas o con cualquier persona que desea persuadir de algo que realmente le importa.

Los ejemplos siguientes son de una presentación dada a un periodista de un periódico local.

- **Involucre a su audiencia:** Obtener la atención del oyente con un hecho dramático o una breve declaración. Mantener esta declaración de apertura para una o dos frases, si es posible.

Por ejemplo: "En los últimos 30 años, el mundo ha reducido a la mitad el número de niños menores de 5 años que mueren por causas evitables cada año. En otras palabras, hemos reducido el número a 7 millones de niños. Hemos logrado esto mediante el aumento del acceso a la sanidad y la educación y el desarrollo de nuevas tecnologías de la salud, como las vacunas que combaten la neumonía y la diarrea."

- **Definir el problema o lo que es posible:** causas actuales del problema que usted introdujo en la primera sección. Asegurarse de mencionar lo generalizado o grave es el problema.

Por ejemplo: "Sin embargo, no es suficiente reducir la mortalidad infantil a la mitad cuando 20.000 niños mueren cada día por enfermedades completamente tratables y prevenibles."

- **Informar sobre las soluciones:** Informar al oyente acerca de una solución para el problema que acaba de presentar.

Por ejemplo: "El 14 y 15 de junio, Etiopía, India, Estados Unidos y UNICEF realizarán una llamada a la acción sobre la supervivencia infantil. En esta reunión, los líderes mundiales crearán mapa conceptual de la de ruta para poner fin a las muertes infantiles prevenibles dentro de una generación, una meta global que los expertos en salud creen ahora que es posible."

- **Llame a la acción (la pregunta):** Una vez que usted ha involucrado a su oyente, presentado el problema e informado sobre una solución, ser específico sobre lo que quiere que hagan. Esto permite hacer un seguimiento para saber si han tomado esta acción. Presente esta acción en la forma de una pregunta de sí o no.

Por ejemplo: "¿Escribiría usted un editorial destacando los éxitos de supervivencia infantil y la oportunidad de liderazgo de nuestra nación para crear un mundo donde ningún niño muere innecesariamente antes de cumplir los cinco años?"

Consejos al dar la presentación

- Asegúrese de ensayar su discurso. Al practicar usted descubrirá en donde necesita más práctica o donde es posible que desee cambiar una parte del mismo.
- Hablar y no leer el discurso. Sin embargo, puede apoyarse en sus notas cuando está aprendiendo.
- Mantener el discurso corto, a no más de 2 minutos.
- Modificar el discurso cuando haya nueva información disponible.

LECCIÓN 19: FINAL DEL ENTRENAMIENTO

Objetivos basados en logros:

Al finalizar esta lección, los participantes habrán:

- Completado la evaluación para antes y después del entrenamiento.
- Recibido los certificados.
- Dado retroalimentación al facilitador para que sea adoptada para futuros talleres.

Duración

1 hora

Materiales:

- Anexo 1: Evaluación para antes y después del entrenamiento (incluyendo clave de respuestas).
- Formulario para la retroalimentación del entrenamiento. Anexo 3: Formulario de retroalimentación del taller.
- Certificados

Pasos

1. Introducción

- 1a. Decir a los participantes: Hemos llegado al final de este taller. Tenemos que hacer varias cosas. Contestaremos la evaluación para el final del taller, evaluar el taller en su conjunto y entregar el certificado de reconocimiento.

2. Actividad: Evaluación para el final del taller.

- 2a. Solicitar a los participantes que guarden todas las notas de clase. También quitar las hojas de rotafolio de las paredes si tienen respuestas de la evaluación).
- 2b. Entregar la evaluación para el final del taller, que se encuentra en el **Anexo 1: Evaluación para antes y después del taller** (considerar cambiar el orden de las preguntas para esta evaluación) Recordar a los participantes cómo llenarlo.
 - Escribir sus nombres en la parte superior de la página uno.
 - Circular "Post".
 - Elegir y circular una sola respuesta.
- 2c. Colectar las evaluaciones cuando todos los participantes hayan terminado.

3. Actividad: Evaluación del taller.
 - 3a. Entregar el formulario de comentarios del final del entrenamiento, que se encuentra en el **Anexo 3: Formularios de retroalimentación del taller**. Solicitar a los participantes que llenen el formulario y añadir alguna sugerencia que tienen para mejorar futuros entrenamientos.
4. Actividad: Certificados de reconocimiento del taller.
 - 4a. Terminar el taller animando a los participantes sobre su trabajo. Entregar los certificados llamando a cada participante por su nombre.
5. Actividad opcional: Círculo de cierre.
 - 5a. Usted podría elegir no hacer esta actividad, pero esto puede ser una manera muy memorable y de afirmación de los participantes al terminar el tiempo juntos.
 - 5b. Formar un círculo y dar a los participantes la oportunidad de compartir buenos deseos, pensamientos y reflexiones sobre lo que ha significado la semana para ellos y acerca de sus esperanzas, deseos, compromisos y reflexiones sobre cómo usarán lo que han aprendido.

ANEXO 1: EVALUACIÓN PARA ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER

Nombre _____ Fecha _____

¿Es esta la evaluación previa o posterior al taller? Circule uno.

1. Al diseñar un proyecto de Grupo de Cuidado, ¿qué porcentaje de la población prevista debe de planificar inscribir en el proyecto?
 - A. 70% de cobertura con asistencia mensual de al menos el 50%
 - B. 80% de cobertura con asistencia mensual de al menos el 60%
 - C. 90% de cobertura con asistencia mensual de al menos el 70%
 - D. 100% de cobertura con asistencia mensual de al menos el 80%

2. En los proyectos de Grupo de Cuidado, las madres (también conocidas como Mujeres Vecinas) deben elegir a su Voluntaria de Grupo de Cuidado. ¿Por qué es esto importante?
 - A. La gente va a elegir a alguien que respeten, a alguien que está dispuesto a escuchar. Si un extraño escoge a alguien, lo más probable es que esa persona no es aceptada por la comunidad.
 - B. Se necesitaría una gran cantidad de tiempo para el personal del proyecto para elegir a la Voluntaria del Grupo de Cuidado. Por lo tanto, es más eficiente que las madres (es decir, Mujeres Vecinas) elijan a su propia Voluntaria del Grupo de Cuidado.
 - C. Esta es una pregunta capciosa. Las madres no deben elegir a su propia Voluntaria de Grupo de Cuidado. Esto es algo que el Comité de Desarrollo de la Comunidad debe hacer en asociación con el Ministerio de Salud.

3. ¿Cuáles son los cuatro tipos principales de información que se copilan en los registros en los programas Grupo de Cuidado?
 - A. La cobertura de inmunización, los acontecimientos vitales, registro y currículo.
 - B. Asistencia, registro, eventos vitales y el currículo.
 - C. Los nacimientos, las muertes, la composición y tamaño del hogar.

4. ¿Qué información utiliza un promotor para completar su informe mensual?
 - A. Registros del Grupo de Cuidado.
 - B. Registros de Grupos de Vecinas.
 - C. A y B.
 - D. Ninguno de los anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes no es uno de los pasos en una reunión con las Voluntarias del Grupo de Cuidado?
 - A. Justificar la necesidad de la lección.
 - B. Entrenamiento.
 - C. La actividad.
 - D. Tomar la asistencia.

6. Al dar retroalimentación utilizando la lista de verificación y mejora de la calidad para la facilitación de la sesión educativa, ¿Qué de lo siguiente NO se debe hacer?
 - A. Preguntar al trabajador cómo piensa que es su desempeño antes de comenzar a dar retroalimentación.
 - B. Proporcionar más comentarios positivos que negativos para incentivar al trabajador.
 - C. Preguntar al trabajador cómo piensan que pueden superar algunas de las dificultades que tuvieron durante el entrenamiento.
 - D. Solicitar al trabajador que se comprometa a compartir sus puntuaciones con los líderes de la comunidad.

7. Si el Promotor obtuvo un 70% en el LVMC para la facilitación de la sesión educativa, ¿qué debe hacer el Supervisor?
 - A. Utilizar el LVMC con menos frecuencia debido a que el trabajador anotó por encima del objetivo.
 - B. Suspender las visitas a este trabajador porque ha anotado por encima del objetivo.
 - C. Continuar utilizando el LVMC cada vez que visite al Promotor hasta que la puntuación del Promotor sea del 80% o superior.
 - D. Continuar utilizando el LVMC cada vez que realice la visita hasta que la puntuación del Promotor alcance el 100%.

8. ¿Cuál es el número máximo recomendado de Grupo de Cuidado que un promotor debe tener?
 - A. 15
 - B. 12
 - C. 9
 - D. 5

9. ¿Cuál es el número máximo recomendado de horas a la semana que se les solicita que trabaje una Voluntaria de Grupo de Cuidado?
 - A. 6
 - B. 8
 - C. 12
 - D. 20

10. ¿Cuál de los siguientes es el propósito principal del enfoque del Grupo de Cuidado?
 - A. Proporcionar educación sanitaria a las madres.
 - B. Crear grupos de apoyo para madres cuyos hijos están desnutridos.
 - C. Ayudar a las madres que adopten comportamientos saludables.
 - D. Crear líderes en la comunidad.

Respuestas a la evaluación para antes y después del taller

1. D
2. A
3. B
4. C
5. A
6. D
7. C
8. C
9. A
10. C

ANEXO 2: RECURSOS DE APRENDIZAJE Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES

1. Por favor describa su experiencia previa de trabajo con el Grupo de Cuidados (un módulo de Cambio de Comportamiento en cascada que llega a todos los hogares a través de voluntarios de la comunidad).
2. Describir la capacitación que ya ha recibido acerca de los Grupos de Cuidado. Anotar el nombre de la formación y la organización que la llevó a cabo.
3. Describir su experiencia laboral supervisando a otros. También enumerar las herramientas que ha utilizado durante la supervisión con apoyo.
4. Describir su experiencia trabajando u organizando con voluntarios de la comunidad.
5. Con su formación y experiencia actual, qué tan cómodo se siente usted para entrenar a otros acerca de la puesta en marcha y gestión del Grupo de Cuidados? (1 = no se siente cómodo; 10 = extremadamente cómodo).
6. ¿Qué espera recibir de este taller?
7. Si usted tiene experiencia previa con el Grupo de Cuidado, ¿estaría interesado en participar en una tarde de intercambio? En caso afirmativo, por favor planifique contar algunas historias y mostrar cualquier material, como un rotafolio, fotos o videos de sus proyectos anteriores de Grupo de Cuidado.

ANEXO 3: FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DEL TALLER

Formulario de retroalimentación diaria. Día de evaluación número _____

Por favor indique su satisfacción general con cada una de las sesiones que asistió hoy y ofrezca alguna idea que tenga sobre cómo mejorar estas sesiones.

A. Número de lección: _____ Nombre de la lección: _____

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

B. Número de lección: _____ Nombre de la lección: _____

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

C. Número de lección: _____ Nombre de la lección: _____

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

D. Número de lección: _____ Nombre de la lección: _____

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

E. Lo más útil de hoy fue:

F. Aún me encuentro confundido(a) respecto a:

ANEXO 3: FORMULARIO DE RETROALIMENTACIÓN DEL TALLER

Por favor proporcionar sus comentarios y ofrecer sugerencias para todo lo relacionado con el contenido del taller, formato o logística.

1. ¿Qué sugerencias tiene para futuros entrenamientos?

2. ¿Cómo calificaría su satisfacción con el contenido de la formación?

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

3. ¿Cómo calificaría su satisfacción con los facilitadores?

Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Neutral	Algo satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

4. ¿Qué recomendaciones tiene para ayudar a los facilitadores a mejorar sus métodos de entrenamiento?

ANEXO 4: DEFINICIÓN Y CRITERIOS DEL GRUPO DE CUIDADO³⁰

Historia

El personal de la organización World Relief desarrolló el modelo de Grupo de Cuidado (GC) en Mozambique, en el año 1995. Food for the Hungry, a su vez, adoptó el modelo en Mozambique en 1997, después de las conversaciones con el personal del proyecto WR, y ambas organizaciones han sido pioneras en el uso de la modelo a partir de esas fechas. Desde entonces, el grupo central ha ayudado a documentar y difundir el modelo y ha sido utilizado por 20 (y contando) otras organizaciones no gubernamentales en más de 20 países, en gran parte gracias al apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En particular, el Programa de Supervivencia Infantil y Subvenciones de Salud y los programas de seguridad alimentaria Título II de Food for Peace (ambos de USAID) han ayudado a financiar los programas que utilizan el modelo de GC.

Definición

Un GC es un grupo de 10-15 voluntarias, educadores de salud basados en la comunidad, que se reúnen regularmente con el personal del proyecto para sesiones educativas y supervisión. Son diferentes de los grupos de la madre típica en que cada voluntaria se encarga de visitar regularmente a 10-15 de sus vecinas, compartiendo lo que ha aprendido y facilitando el cambio de comportamiento en los hogares. GC crea un efecto multiplicador para llegar de manera equitativa a todos los hogares beneficiarios mediante la Comunicación de Cambio de Comportamiento. También proporcionan la estructura para un sistema de información de salud comunitaria que informa sobre nuevos embarazos, nacimientos y muertes detectadas durante las visitas domiciliarias.

¿Por qué los criterios?

Desde 1995, WR, FH y más de 24 organizaciones voluntarias privadas (PVO) en más de 21 países han "adoptado el modelo", pero el grado al que las organizaciones se adhieren a los componentes originales del modelo varía enormemente. Aunque ha habido mayor atención al modelo y su eficacia en la reducción de mortalidad infantil (por ejemplo, mencionado en el reporte de UNICEF del año 2008 sobre el Estado de los niños del mundo), existe el peligro de que las amplias variaciones que se conoce como un "Grupo de Cuidado" por distintas agencias dará lugar a malentendidos sobre el modelo y el uso de estrategias menos eficaces que no encajan dentro del modelo. Estas variaciones, a su vez, podrían llevar a menores oportunidades para abogar por el modelo GC y su papel en la supervivencia infantil, puesto que el término "Grupos de Cuidado" puede llegar a significar muchos aspectos diferentes para distintas personas y, probablemente, desarrollará un historial muy variado. Ya existen situaciones en las que individuos y organizaciones están definiendo los GC como "cualquier grupo donde se enseña a la gente a enseñar a otra gente". Dados los resultados excelentes y de bajo costo que se han reportado en los Programas de Supervivencia y Salud Infantil de USAID y proyectos de Título II de seguridad alimentaria en

³⁰ Para una lista detallada de los criterios, puede visitar el siguiente enlace: visit <http://www.caregroupinfo.org/blog/criteria>.

términos de disminución de la mortalidad y morbilidad usando Grupos de Cuidado, resulta importante definir los criterios oficiales para el modelo de Grupo de Cuidado.

Durante las reuniones entre los miembros del personal WR y FH el 23 de abril de 2009, se acordaron los criterios de los GC en la siguiente tabla como una lista en borrador. La lista se divide entre los criterios que deberían ser obligatorios que estén presentes cuando se utiliza el término "Grupo de Cuidado" y otros criterios que se consideran útiles para ser incluidos en el modelo, pero no necesariamente obligados. Se realizaron ediciones a esta lista por los dos fundadores del modelo, el Dr. Pieter Ernst y el Dr. Muriel Elmer. Esta lista se presentó a otros profesionales de la salud comunitaria durante la reunión del grupo *CORE Spring* en abril del 2010, y fueron realizadas otras revisiones con base en los insumos proporcionados.

Por supuesto, es imposible aplicar el uso de estos criterios — la gente utilizará el término cómo desean — pero el disponer de dos organizaciones que son reconocidas por tener una historia de implementación y promoción de los GC de forma extensa (una de ellas es la que desarrolló el modelo original), que definen los criterios formales, debe proporcionar una base más fuerte para el reconocimiento del modelo e incentivar una mayor adherencia a sus componentes más eficaces. También esperamos que al informar a los donantes y a otros sobre estos criterios, estos se usarán para decidir en qué medida una estrategia de implementación propuesta realmente se basa en el modelo GC. El grupo *CORE Group Social & Behavioral Change Working Group* ha ayudado con la difusión de este documento, y esperamos que esto legitimará aún más la lista y conducirá a un mejor cumplimiento de los criterios recomendados.

Criterios del Grupo de Cuidado

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
Requeridos	
1. El modelo se basa en la promoción de la salud entre pares (madre a madre para comportamientos de salud materno-infantil y nutrición). Voluntarias de Grupo de Cuidado (por ejemplo, "líder de madres," "madres líderes") deben ser elegidas por las madres de la comunidad que servirán o por los líderes comunitarios.	Los GC no son lo mismo que los clubes de madres, donde las madres simplemente son educadas en un grupo. Un elemento esencial es que las mujeres sirvan como modelos a imitar (adoptadoras tempranas) para promover la adopción de nuevas prácticas por sus vecinas. Existe evidencia que los "líderes del vecindario" (como la VGC) pueden ser más eficaces ³¹ en la promoción de la adopción de comportamientos entre sus vecinos que otros que no las conocen. La VGC deben ser madres de niños pequeños u otras mujeres respetadas de la comunidad. Las VGC son elegidas por sus vecinas (o por un consenso de líderes comunitarios [formales e informales]) así serán más dedicadas a sus puestos de trabajo ³² , y creemos que será más eficaz en su comunicación, la confianza de las personas a quienes sirven, y más dispuesta a servir a los demás recibiendo poca compensación.

³¹ S.M. Burn. 1991. Psicología Social y la estimulación de reciclar comportamientos: El enfoque de líder del vecindario. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 611–629.

³² Investigación Formativa en GC en Sofala, Mozambique, demostró que las VGC escogidas por las madres de la propia comunidad, están 2.7 veces más dispuestas a servir durante toda la vida del proyecto (p=0.009).

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
2. La carga de trabajo de la VGC es limitada: No más de 15 familias por VGC.	El tener a una voluntaria entrenada para atender a más de 30 es asociado con el enfoque tradicional del trabajador comunitario de salud y, para que ese modelo dé resultados se necesitan incentivos financieros más regulares y sostenibles. En el modelo GC, el número de hogares por VGC se mantiene bajo para que encaje mejor con el tiempo disponible de las voluntarias y da lugar a que haya menos incentivos financieros. Además, existe evidencia de que el tamaño ideal de un "grupo de simpatía" — el cual es un grupo de personas a quien se le dedica la mayor parte del tiempo — es de 10 – 15 personas. ³³
3. El tamaño de un GC se limita a 16 miembros y la asistencia es monitoreada.	Para lograr un aprendizaje participativo, el número de la VGC en el enfoque de GC debe ser entre 6 y 16 miembros. Como con los grupos focales, con menos de seis miembros, el diálogo es a menudo escueto y con más de 16, a menudo no hay tiempo suficiente para que todos puedan contribuir y participar plenamente. Una tasa baja de asistencia (menos de 70%) en las reuniones de GC es a menudo una indicación de que algo anda mal en alguna parte, podría ser la metodología de enseñanza o la actitud del Promotor. Detectar la inasistencia ayuda a la organización a identificar problemas temprano en el proyecto. La asistencia debe ser monitoreada.
4. El contacto de las VGC con las madres participantes asignadas y la frecuencia de las reuniones de GC son monitoreadas y deben llevarse a cabo como mínimo una vez al mes, preferiblemente dos veces al mes.	Para establecer la confianza y la comunicación regular con las madres con quienes trabaja la VGC, es necesario tener contacto entre ellas al menos una vez al mes. Asimismo, las reuniones del GC deben realizarse, como mínimo, una vez al mes. También se estima que el tiempo que se ocupa en que las VGC y las madres (y otros miembros de la familia) tengan contacto, tiene una correlación directa con el Cambio de Comportamiento. Es preferible tener ese contacto dos veces al mes, así como procurar realizar las reuniones de GC de forma bimensual, puesto que el modelo original de GC se basó en esta frecuencia (después de experimentar para definir qué frecuencia ayuda a la mayoría de las madres en la retención de la información).
5. El plan es llegar a 100% de los hogares en el grupo objetivo preferentemente una vez al mes, y el proyecto logra al menos un 80% la cobertura mensual de los hogares dentro del grupo objetivo. La cobertura es monitoreada.	Con el fin de crear un entorno social propicio para el Cambio de Comportamiento, es importante que muchas madres adopten las nuevas prácticas que se promueven. El Cambio de Comportamiento es mucho más probable que suceda cuando hay contacto regular y directo con todas las madres de niños pequeños (en lugar de alcanzar solamente una pequeña proporción de las madres) y más probable cuando hay contacto con todas las casas en una comunidad (pero este enfoque probablemente sería más costoso). A veces hay una combinación de encuentros y contactos domésticos individuales con madres beneficiadas, pero por lo menos algunas visitas domiciliarias deben incluirse. Respecto con la asistencia a las reuniones de grupo con madres beneficiarias, cualquier madre que no asista a un encuentro, debe recibir una visita familiar. Las visitas domiciliarias son

³³ Ver M. Gladwell. 2002. *The tipping point*, Little, Brown, & Co publishers, pp. 175–181.

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
	útiles para ver la situación en casa y tratar de alcanzar a más personas del hogar, aparte de la madre, como la abuela, hija o suegra.
6. VGC levanta datos sobre acontecimientos vitales como embarazos, nacimientos y defunciones.	El levantamiento regular de datos de los eventos vitales, ayuda a la VGC a descubrir los embarazos y nacimientos de manera oportuna y estar atentas a las defunciones en su comunidad (y las causas de esas muertes). Los eventos vitales de salud deben reportarse durante las reuniones del GC, para que los datos sean registrados por la líder del GC (generalmente usando un registro que ella mantiene) y discutidos por los miembros del GC. Los puntos de discusión deben basarse en hacer conexiones entre su trabajo y los eventos vitales de salud en la comunidad (por ejemplo, ¿qué podemos hacer para prevenir este tipo de muerte en el futuro?). Esto debe hacerse por lo menos una vez al mes para que la información no sea olvidada por las voluntarias durante períodos más prolongados de tiempo.
7. La mayor parte de lo que se promueve a través de los GC, genera Cambios de Comportamientos dirigidos hacia la reducción de la mortalidad y desnutrición (Ej.: Acciones esenciales para la nutrición, Acciones esenciales para la higiene).	Este requisito se incluyó principalmente con fines de hacer injerencia política. Se desea establecer que el enfoque GC puede conducir a grandes reducciones en la mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil, para que se adopte en más entornos cada vez y así lograr los objetivos de desarrollo del milenio. Mientras que el enfoque en cascada o multiplicador utilizado en los GC puede ser conveniente para otros fines (por ejemplo, educación en temas de agricultura), se sugiere que se utilice un término diferente para esos modelos (por ejemplo, " Grupos cascada con base en el modelo GC").
8. La VGC utiliza algún tipo de herramienta visual para la enseñanza (por ejemplo, rotafolios) para hacer la promoción de la salud a nivel del hogar.	Se estima que proveer a las VGC de herramientas visuales para la enseñanza ayuda a guiar la promoción de la salud que ellas realizan, les da más credibilidad en los hogares y en las comunidades que sirven y ayuda a mantenerlas enfocadas "en el mensaje" durante la promoción de la salud. La naturaleza visual de la herramienta de enseñanza también ayuda a las madres a retener el mensaje ya que lo escuchan y lo miran.
9. Los métodos participativos de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) se utilizan en el GC con la VGC y por voluntarias al nivel domiciliar o en grupos pequeños.	Se deben aplicar los principios de educación de adultos con las GC y las VGC puesto que estos han demostrado ser métodos más formales y más eficaces que el realizar conferencias y utilizar métodos más formales para enseñar a los adultos.
10. El tiempo de instrucción en el GC (cuando un Promotor enseña a las VGC) tiene un límite de 2 horas por sesión.	Las miembros de GC son voluntarias y, como tales, se debe respetar su tiempo. Existe evidencia de que el limitar el tiempo de reunión a una o dos horas ayuda a mejorar la asistencia y limita las solicitudes de remuneración por su tiempo. (Esta instrucción debe incluir métodos interactivos y participativos).
11. Los Promotores y al menos una VGC deben ser supervisados como mínimo una vez al mes (por ejemplo,	Para que la labor de los Promotores (quienes enseñan a las VGC) y de las VGC sean eficaces, se debe dar retroalimentación y supervisión con apoyo de una manera periódica (mensualmente o más seguido). Para la supervisión de la VGC, el patrón usual es que el Promotor supervise a

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
hacer levantamiento de datos, observar las habilidades).	través de la observación directa por lo menos a una voluntaria luego de que se haya llevado a cabo la reunión del GC.
12. Todas las beneficiarias de una VGC deben vivir dentro de una distancia que facilite visitas frecuentes a las casas, y todas las VGC debe vivir a menos de 1 hora a pie del punto de reunión con el Promotor.	Es preferible que la VGC no tenga que caminar más de 45 minutos para llegar a la casa más lejana que ella visita para que no se dificulte las visitas regulares. (En muchos proyectos de GC, el tiempo de viaje promedio es mucho menor que este.) Esto también hace más probable que ya haya tenido una relación previa con la gente a quien está visitando. Antes de empezar el GC, debe evaluarse la densidad poblacional de un área. Si un área es tan escasamente poblada que una VGC tiene que viajar más de 45 minutos para reunirse con la mayoría de sus madres beneficiarias, entonces la estrategia GC puede no ser la más apropiada para utilizar.
13. La organización que implementa estos grupos debe crear con éxito una cultura de proyecto/programa que transmita el respeto por la población y los voluntarios, especialmente las mujeres.	Durante la investigación operacional llevada a cabo cerca del final del proyecto de GC de FH en Sofala, las VGC ("líderes de madres") se les preguntó quiénes las respetaban ahora, que no las respetaban antes: el 86% mencionó a las otras madres/mujeres, 64% a los líderes comunitarios, 61% a sus maridos, 45% a sus padres o suegros, 41% a los miembros de la familia extendida y el 25% mencionó al personal de la prestadora de salud. Se estima que una parte importante de este modelo es fomentar el respeto por las mujeres, por lo que los implementadores deben hacer de esto una parte explícita del proyecto, así como promover estos valores entre el personal del proyecto e idealmente medir si las VGC sienten ese respeto.
Sugeridos	
1. Debe realizarse una investigación formativa, especialmente en los comportamientos claves promovidos.	Una revisión de los proyectos más eficaces en términos de Cambio de Comportamiento para la lactancia materna exclusiva y lavar las manos con jabón encontró que incluían una investigación formativa (por ejemplo, análisis de barreras, estudios de Hacedor/No-hacedor) sobre los comportamientos. El uso sistemático de investigación formativa de comportamientos resultará en mejores tasas de adopción. La investigación formativa también ayuda a asegurar que las conductas promovidas por el personal del proyecto son más factibles para los miembros de la comunidad.
2. El radio de Promotor: GC no debe ser mayor que 1:9.	Para que los Promotores conozcan y tengan la confianza de aquellos con los que trabajan, es mejor limitar el número de voluntarias a 150, o nueve grupos (suponiendo el tamaño del GC es entre 6 y 16 miembros). Algunas investigaciones de las ciencias sociales que confirman nuestra máxima "capacidad de canales sociales" — el máximo número de personas con quien podemos tener una relación genuinamente social — es de alrededor de 150 personas (y 9 grupos x 16 personas = 144).
3. La medición de muchos de los indicadores a nivel de resultados debe realizarse anualmente como mínimo.	Se ha encontrado que la medición regular de al menos algunos indicadores clave del nivel de resultados sobre una base anual es útil para saber lo que está cambiando y lo que no a un tiempo prudencial para hacer algo al respecto.

Criterios para los Grupos de Cuidado	Justificación
4. Las diferencias sociales o académicas entre el Promotor y la VGC no deben ser demasiado extremas (por ejemplo, tener un Promotor con un grado de licenciatura trabajando con la VGC).	Mantener la diferencia educativa entre el promotor y VGC al mínimo es útil para hacer más probable que los promotores usen lenguaje/conceptos que pueda entender la VGC. También ayuda a mantener bajos los costos del modelo.

Lista de revisión de los criterios mínimos del Grupo de Cuidado³⁴

La siguiente lista se basa en los criterios que se solidificaron en la reunión que se llevó a cabo en abril del 2010 por el grupo CORE, y puede servir como ayuda a los revisores de USAID y otros que quieren ver en qué grado un proyecto propuesto como "Grupo de Cuidado" cumple estos criterios.

³⁴ Revisado el 30 de noviembre 2012

	Sí	No
1 El proyecto tiene un fuerte componente de promoción de la salud entre pares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Las Voluntarias de los Grupos de Cuidado serán elegidas por las madres en el grupo de hogares que van a servir o por los líderes comunitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Las Voluntarias del Grupo de Cuidado visitarán más de 15 hogares cada uno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Los grupos de atención tendrán entre 6 y 16 miembros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Hay planes para monitorear la asistencia a la reunión del Grupo de Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Las Voluntarias de Grupos de Cuidado se pondrán en contacto con cada una de sus madres beneficiarias, al menos, una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 La frecuencia de las reuniones de GC están planificadas para llevarse a cabo por lo menos una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Se planifica alcanzar el 100% de los hogares de grupo meta, al menos, una vez al mes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hay un plan en marcha para monitorear la cobertura de los hogares (por las VGC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 El plan menciona que los datos de los eventos vitales sobre embarazos, nacimientos, y la muerte se levantarán a través de las Voluntarias del Grupo de Cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 La mayor parte de lo que se promueve a través de los Grupos de Cuidado creará un Cambio de Comportamiento dirigido a la reducción de la mortalidad y la desnutrición ³⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 El plan menciona que las Voluntarias del Grupo de Cuidado utilizan algún tipo de herramienta de enseñanza visual (por ejemplo, rotafolios) para realizar la promoción de la salud en los hogares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 El plan menciona que se utilizarán métodos de enseñanza participativos en los GC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 El personal planifica que las Voluntarias del Grupo de Cuidado utilicen métodos participativos a nivel de hogares y grupos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 El tiempo de instrucción del Grupo de Cuidado (cuando un Promotor le enseña a las Voluntarias del Grupo de Cuidado) será de un máximo de dos horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Supervisión a los Promotores y al menos a una de los VGC (por ejemplo, la recolección de datos, la observación de las habilidades) se realizará por lo menos mensualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Todas las beneficiarias de las Voluntarias del Grupo de Atención, vivirán dentro de una distancia que facilita las frecuentes visitas a los hogares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Lugar de encuentro con el Promotor será dentro de 1 hora a pie de los hogares de las Voluntarias del Grupo de Cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 La organización implementadora tiene planes para crear una cultura de programa que transmite el respeto de la población y a los voluntarios, especialmente mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación _____% (Sí/19)

Si los proyectos obtienen una puntuación inferior al 90%, no deben ser considerados proyectos de Grupo de Cuidado y deben ser alentados a seguir más criterios. Los proyectos que cumplen varios criterios, pero no la mayoría, se deben considerar grupos de cascada.

³⁵ Si no llena este criterio, pero llena todos los demás, se debe usar un término alternativo (por ejemplo: Grupos en Cascada) en lugar de Grupo de Cuidado.

ANEXO 5: EJEMPLO DE ACTIVIDADES DE REPASO

¡Dímelo cantando!

Integre a los participantes en equipos. Solicitar a cada equipo a reflexionar sobre las cosas que han aprendido hasta ahora en el taller, para componer la letra de una canción en un tema, y para prepararse para realizar su canción para el resto de los participantes. Conceder a los participantes 10 minutos para la preparación y 2 minutos cada uno para la presentación.

Piedra, papel o tijeras

Invitar a cada participante a reflexionar sobre lo que han aprendido recientemente y solicitarles que escriban una pregunta de repaso y la guarden en sus bolsillos. Indicarles que formen dos líneas paralelas. Explicar las señales de piedra, papel o tijeras. Caminando entre las filas de participantes, jugar piedra, papel o tijeras. El que gana formula su pregunta al otro. Todos los participantes escuchan en caso se necesite ayuda. Continuar por la línea hasta que cada pareja haya realizado y respondido a una pregunta.

Desenvolviendo la pelota

Hacer una bola de papel usado de rotafolio y cinta adhesiva. Formar un círculo con los participantes y darles instrucciones para lanzar la pelota de participante a participante de tal manera que no es fácil de atraparla. Cuando alguien deje caer la pelota, el lanzador llega a hacer una pregunta de repaso a esa persona. Las preguntas pueden ser escritas por los participantes antes de comenzar el juego o el facilitador puede desarrollar las preguntas.

Sillas musicales

Conectar los altavoces a la computadora o al equipo de sonido y seleccionar una canción divertida para jugar. Coloque las sillas respaldo con respaldo en dos filas, de manera que queden dos sillas menos que el número de participantes. Decir a los participantes que tienen que marchar/danzar al sonido de la música alrededor de las filas de sillas. Cuando la música se detiene, cada persona tiene que sentarse en una silla. Habrá dos personas sin sillas; estas personas responderán a las preguntas de repaso y que se sienten durante el resto del juego. Luego, quitar dos o más sillas y repetir el proceso hasta que no quede nadie para marchar/danzar alrededor de las sillas. Las personas que están sentadas hacen las preguntas de repaso.

ANEXO 6: DESARROLLO Y REVISIÓN DEL CURRÍCULUM

Este anexo se divide en tres partes.

1. **Parte 1: Diseño del nuevo plan de estudios para el programa** proporciona una guía básica para ayudarle a desarrollar sus propios materiales para el Grupo de Cuidado (GC).
2. **Parte 2: Listas de lección del Grupo de Cuidado** ofrece ejemplos de listas de lecciones.
3. **Parte 3: Consideraciones para la utilización de materiales de otra organización** proporciona una guía básica para ayudarle si está considerando el uso de materiales de otra organización.

Parte I: Diseño del currículo para su programa

Esta sección describe los principios para diseñar un nuevo currículo de calidad para su programa. Los principios básicos son:

1. Conocer a su público.
2. Realizar un estudio de su grupo objetivo a través de la investigación formativa.
3. Realizar un plan para la enseñanza continua.
4. Desarrollar materiales que se alinean con los principios de la educación de adultos.
5. Validar los materiales.
6. Hacer materiales duraderos.
7. Hacer los materiales del tamaño adecuado.

1. Conozca su público objetivo

Asegurarse de definir minuciosamente al grupo objetivo antes de comenzar el desarrollo de materiales. Considerar las posibles edades, condición social, idioma, nivel de educación, los comportamientos y las prácticas actuales, así como las cosas que les han impedido hacer las "prácticas claves" en el pasado. Cuanto más entienda las necesidades de su público, más fácil será desarrollar materiales para ellos.

Considerar la capacidad de lectura. Elegir el grado de escolaridad que mejor representa a la mayoría (95%) de las audiencias previstas. Es mejor elegir un nivel más bajo que asumir un mayor nivel de lectura. Una vez que comience a desarrollar materiales, comprobar el nivel de

lectura necesario para comprender los materiales para evaluar qué tan bien están escritos para el grupo objetivo.³⁶

2. Estudiar el público objetivo a través de la investigación formativa

Una vez que haya definido estrictamente las personas que van a recibir los mensajes (su público objetivo), lo mejor es estudiarlas para probar sus hipótesis. Un estudio de línea base (por ejemplo, un estudio estándar acerca de los conocimientos, práctica y cobertura [KPC]) es una gran manera de recopilar información sobre las prácticas actuales³⁷. Se puede llevar a cabo un Análisis de Barreras, el cual es una herramienta de evaluación rápida para proyectos de salud y desarrollo de la comunidad, de tal manera que se puedan identificar los determinantes del comportamiento asociados con un comportamiento particular³⁸. También se puede considerar realizar grupos de discusión en profundidad, encuestas de desviación positiva (como el Estudio de Determinantes Locales de la Desnutrición³⁹) y otros métodos de investigación formativa para reunir más información acerca de su audiencia y comportamientos previstos. Utilizar esta investigación para desarrollar prácticas clave para su público⁴⁰.

La importancia de la investigación formativa

La corporación International Medical Corps encontró que su enfoque de GC era más eficiente si iniciaba con una investigación formativa, como un Análisis de Barreras. En Samburu, Kenya, el Análisis de Barreras identificó que los hombres tenían mucha influencia en la alimentación complementaria.

Es necesario entender la comunidad en donde se trabaja si se desea tener un impacto real. Puede utilizar módulos de enseñanza que se encuentran disponibles en el internet (www.caregroupinfo.org), pero necesitará adaptarlas a su audiencia objetivo y validarlas. ¡La contextualización es clave!

³⁶ Una opción para comprobar el nivel de lectura para los materiales finalizados es el test llamado SMOG. Para más información consultar las páginas 145–146 de la publicación en inglés: Family Health International. 2002. *Developing Materials on HIV/AIDS/STIs for Low-Literate Audiences*. Arlington, VA: FHI.

³⁷ Para más información en temas sobre la realización de estudios KPV, se recomienda acceder la serie de herramientas y recursos que están disponibles en inglés en la página web: <http://mchipngo.net/>, tprecionar en “herramientas” y luego seleccionar select “Project Monitoring & Evaluation (M&E)”.

³⁸ Para más información acerca del Análisis de Barreras, ver la Guía práctica para conducir un Análisis de Barreras, versión en español, disponible en: <http://fsnnetwork.org/practical-guide-conducting-barrier-analysis>

³⁹ El Estudio de los Determinantes Locales de la Desnutrición es un extensión del enfoque de Desviación Positiva, desarrollado por Food for the Hungry para identificar asociaciones locales entre los comportamientos y la desnutrición. Actualmente se está desarrollando un manual acerca de este tema.

⁴⁰ La versión del año 2013 del manual *Diseñando para el cambio de comportamiento para Agricultura, Recursos Naturales y Salud y Nutrición* está disponible en el siguiente enlace: http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/combinedbc_curriculum_final.pdf.

Para obtener más información sobre cómo definir la audiencia prevista y prácticas clave (incluyendo directrices para Análisis de Barreras), por favor consulte la Diseñando para el Cambio de Comportamiento currículo.

3. Plan de enseñanza continua (Número de módulos)

Determinar cuántas lecciones se impartirán cada mes (por lo general alrededor de dos clases por mes) y cuánto durará el programa. Una vez que sepa cuántas lecciones se impartirán durante la vida del programa, se podrá trabajar en el presupuesto para el desarrollo y la producción de materiales.

Por ejemplo, imagine que está administrando un proyecto de 3 años y los GC se reunirán cada 2 semanas por 2 de esos años (el año restante es para los talleres de iniciación, contratación de personal y las actividades de cierre). En este ejemplo, usted podría diseñar alrededor de 50 lecciones (26 lecciones por año) para sostener los 2 años de enseñanza. Alternativamente, usted puede elegir un número más reducido de lecciones que se repiten a lo largo del proyecto. Por ejemplo, puede que desee centrarse en solo 25 lecciones que se repiten dos veces durante el proyecto.

Una muestra de la lista de materiales de GC se puede encontrar en la **Parte 3: Consideraciones para el uso de materiales de otra organización de su programa.**

4. Desarrollar materiales que se alinean con los principios de la educación de adultos

No asuma que los facilitadores saben cómo enseñar de una manera participativa. Incluya orientación e instrucciones en el texto para ayudar a los facilitadores a enseñar de una manera participativa, con preguntas de discusión, actividades en grupos pequeños, demostraciones y tiempo para discutir los retos a los nuevos comportamientos. Para obtener más información acerca de la teoría del aprendizaje del adulto, puede buscar los entrenamientos acerca de la Teoría de Aprendizaje para Adultos realizados por la organización Freedom from Hunger (véase el sitio web más abajo).

La Guía de Facilitadores de la Comunidad de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI-C) tiene excelentes lecciones sobre habilidades de facilitación, así, y se puede encontrar en inglés en el enlace: http://www.medicalteams.org/docs/learning-zone/C_IMCI_Facilitators_Guide.pdf?sfvrsn=0

Food for the Hungry (FH) utiliza un formato estándar para cada lección, incluyendo juegos, debates sobre las prácticas actuales, historias, actividades, Análisis de Barreras y el tiempo para hacer compromisos. Para más información acerca de los materiales de FH, consulte el sitio web principal de GC, www.caregroupinfo.org.

5. Validación de materiales

Una vez que se haya desarrollado el primer borrador de los materiales, se deben probar con pequeños grupos o con entrevistas individuales (las entrevistas funcionan mejor para validaciones con grupos de bajo nivel de alfabetización) para evaluar el nivel de comprensión,

aceptación y hasta qué punto inspiran la acción. Los materiales deben promover comportamientos o acciones particulares; asegurarse de que su audiencia reciba el mismo mensaje que se desea.

6. Hacer materiales duraderos

Los materiales de GC deben ser contruidos de manera que duren el tiempo que las sesiones educativas continúen en la comunidad después del cierre de un proyecto. Lo ideal sería que los medios de enseñanza/herramientas (por ejemplo, rotafolios) sean impresos en cartulina laminada con portada de cartón en cualquiera de los lados o la parte superior. Esto mantiene las páginas juntas y ayuda a resistir el moho y el deterioro.

7. El tamaño de los materiales

Debido a que las Mujeres Vecinas y las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) serán reunidas en pequeños grupos de aproximadamente 12 mujeres, los materiales tienen que ser lo suficientemente grandes como para que cada mujer del grupo pueden ver las imágenes (u otros elementos visuales) a la distancia. Recomendamos páginas tamaño A3 con imágenes, encuadradas con espiral en forma de un rotafolio o libro animado. De esta manera, las imágenes serán suficientemente grandes para que las mujeres las vean, pero el rotafolio será lo suficientemente ligero para que los VGC puedan llevar cuando caminan en la comunidad.

Para obtener más información sobre el desarrollo de nuevos materiales, véase: PATH. 2002 Guía para Desarrollar Materiales de Salud y Planificación Familiar para público con bajo nivel de alfabetización. Seattle, WA: PATH. Disponible en el siguiente enlace: http://www.path.org/publications/files/DC_Low_Literacy_Guide.pdf.

Parte 2: Listas de lecciones del Grupo de Cuidado

Muestra de lecciones de Grupo de Cuidado agrupadas por temas

Food for the Hungry imprime sus medios de enseñanza/rotafolios en una serie de módulos, como se indica a continuación. Cada módulo contiene de seis a 12 lecciones y aborda un tema de salud específico. Las muestras de los rotafolios se pueden encontrar en <http://www.caregroupinfo.org/blog/narrated-presentations-on-care-groups-and-care-group-tools/care-group-curricula>. Tomar nota que las recomendaciones acerca de las acciones esenciales para la nutrición han sido actualizadas. Para la versión más reciente en inglés, visitar el enlace: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/

- Módulo 1: Acciones esenciales para la nutrición: Nutrición prenatal y lactancia materna.
 - Lección 1: Nutrición para embarazadas y madres lactantes: Suplementos, uso de sal yodada y la prevención de la anemia.

- Lección 2: Atención prenatal, ventajas del parto institucional y señales de peligro.
- Lección 3: Preparación para el parto y el nacimiento.
- Lección 4: Inicio temprano de la lactancia materna.
- Lección 5: Cuidado del recién nacido.
- Lección 6: Atención y cuidados postparto.
- Lección 7: Lactancia materna exclusiva.
- Módulo 2: Acciones esenciales para la nutrición (ENA): Alimentos complementarios y micronutrientes.
 - Lección 1: Alimentación complementaria de niños y niñas de 6 a 8 meses.
 - Lección 2: Alimentación complementaria de niños y niñas de 9 a 12 meses.
 - Lección 3: Alimentación complementaria y lactancia materna continuada para niños y niñas de 13 a 23 meses.
 - Lección 4: Desviación Positiva para alimentos y prácticas, refrigerios y las responsabilidades de los hombres por la nutrición infantil.
 - Lección 5: Preparación sanitaria de la comida para niños y niñas pequeños e higiene.
 - Lección 6: La importancia de la vitamina A-alimentos ricos en vitamina A y suplementos.
 - Lección 7: Micronutrientes: Importancia de los micronutrientes ricos en hierro y otros alimentos ricos en nutrientes.
 - Lección 8: Seguimiento y promoción del crecimiento, consejería acerca de la nutrición y referencia para trastornos del crecimiento.
- Módulo 3: Acciones esenciales para la higiene (AEH)
 - Lección 1: Definición de diarrea, transmisión, signos y síntomas, incluyendo señales de peligro.
 - Lección 2: Lavado de manos con jabón o ceniza.
 - Lección 3: Creación de estaciones de lavado de manos en los hogares, incluyendo Tippy Tap y bastidores de secado de platos.
 - Lección 4: Eliminación de heces, letrinas y desparasitación de niños y mujeres embarazadas.

- Lección 5: Punto de uso de purificación de agua y almacenamiento de agua.
- Lección 6: La alimentación adecuada de los niños enfermos: Sales de Rehidratación Oral (SRO) o fluidos caseros recomendados, aumento de la lactancia materna y alimentación complementaria durante y después de la enfermedad.
- Módulo 4: La malaria y los parásitos
 - Lección 1: Transmisión del paludismo y sus efectos en los niños, mujeres embarazadas y la seguridad alimentaria.
 - Lección 2: Prevención mediante mosquiteros tratados con insecticida (MTI), fumigación de hogares y tratamiento preventivo intermitente para las mujeres embarazadas.
 - Lección 3: Reconocimiento temprano de la malaria, búsqueda de atención y terapia combinada a base de Artemisinina.
 - Lección 4: Parásitos (intestinales y hepáticos) Definición y sus efectos sobre la seguridad alimentaria.
 - Lección 5: Transmisión y prevención del parásito mediante acciones esenciales de higiene.
 - Lección 6: Promoción de un tratamiento regular contra parásitos (intestinales y hepáticos).
- Módulo 5: Infecciones respiratorias agudas (IRA)
 - Lección 1: Definición de IRA, transmisión, signos y síntomas.
 - Lección 2: Prevención de IRA.
 - Lección 3: Tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias agudas y el reconocimiento temprano de las señales de peligro de la neumonía.
 - Lección 4: Reconociendo la tuberculosis y la promoción de tratamiento oportuno y completo.
 - Lección 5: La alimentación adecuada de los niños enfermos y señales de peligro en general.
 - Lección 6: Preparación para la graduación y cómo mantener su Grupo de Cuidado y sus resultados.
- Módulo 6: El VIH/SIDA y prevención de transmisión de madre a hijo.
 - Lección 1: Síntomas y transmisión del VIH y SIDA.

- Lección 2: Prevención del VIH.
- Lección 3: Efectos estigma del VIH en la seguridad alimentaria y la disminución del estigma.
- Lección 4: Promoción de pruebas y tratamiento del VIH.
- Lección 5: Prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.
- Lección 6: Nutrición adecuada para los niños y adultos con VIH.
- Módulo 7: Planificación Familiar.
 - Lección 1: Introducción a la planificación familiar (incluyendo beneficios).
 - Lección 2: El Método de Amenorrea de la lactancia.
 - Lección 3: El Método de dos días.
 - Lección 4: Collar del ciclo.
 - Lección 5: Opciones de instituciones de salud.
 - Lección 6: Hablar con la pareja acerca de la planificación familiar (Incluyendo habilidades de negociación).

Muestra lecciones del Grupo de Cuidado agrupadas por etapa en el embarazo

- Módulo 1: Acciones esenciales para la nutrición (AEN), Acciones esenciales para la higiene (AEH) y otro tipo de atención importante durante el embarazo (Parte 1).
 - Lección 1: Introducción al Grupo de Cuidado.
 - Lección 2: Técnicas de enseñanza.
 - Lección 3: Responsabilidades de las Voluntarias del Grupo de Cuidado.
 - Lección 4: Buscando grupos de Cambio y Monitoreo.
- Módulo 2: Acciones esenciales para la nutrición, Acciones esenciales para la higiene (EHA) y otro tipo de atención importante durante el embarazo (Parte 2).
 - Lección 1: Atención prenatal y partos institucionales.
 - Lección 2: Nutrición materna y prevención de la anemia.
 - Lección 3: Sal yodada y alimentos ricos en hierro.

- Lección 4: Lavarse las manos con jabón o ceniza.
- Lección 5: Creación de estaciones de lavado de manos.
- Lección 6: Prevención de la malaria en mujeres embarazadas.
- Lección 7: Preparación para el parto y posparto.
- Lección 8: Lactancia materna inmediata.
- Lección 9: Prácticas para el Cuidado del recién nacido.
- Módulo 3: Acciones esenciales para la nutrición y acciones esenciales para la higiene (EHA) en la primera infancia.
 - Lección 1: Importancia de la atención en el posparto.
 - Lección 2: Lactancia materna exclusiva: Beneficios, lactancia a demanda y lactancia siendo VIH-positivo.
 - Lección 3: Lactancia materna exclusiva: Superando barreras.
 - Lección 4: Señales de peligro generales durante enfermedades infantiles.
 - Lección 5: Problemas de lactancia y cuidado de los senos.
 - Lección 6: Importancia de los servicios clínicos.
 - Lección 7: La participación de los hombres en la lactancia y cuidado de niños.
 - Lección 8: Espaciamiento de los nacimientos.
 - Lección 9: Punto de uso de purificación de agua.
 - Lección 10: Cómo deshacerse adecuadamente de las heces.
 - Lección 11: Transmisión y prevención de la malaria.
 - Lección 12: Cuando un niño tiene Malaria: Primera respuesta y cuidado del hogar.
- Módulo 4: AEN y AEH durante la infancia tardía y la niñez.
 - Lección 1: Buena alimentación complementaria de niños y niñas de 6 a 8 meses.
 - Lección 2: Buena alimentación complementaria de niños y niñas de 9 a 11 meses.
 - Lección 3: Alimentación complementaria de niños y niñas de 13 a 23 meses.
 - Lección 4: Recetas: Uso apropiado de raciones.

- Lección 5: La vitamina A-alimentos ricos y los suplementos de vitamina A (para los niños, niñas y mujeres después del parto).
- Lección 6: Las lombrices y la desparasitación.
- Lección 7: Almacenamiento adecuado de alimentos y preparación sanitaria de alimentos.
- Módulo 5: Gestión de las infecciones infantiles comunes.
 - Lección 1: Los signos de deshidratación y por qué la deshidratación es mortal.
 - Lección 2: Prevención de la deshidratación con una solución de rehidratación oral (SRO).
 - Lección 3: Alimentación adecuada de los niños enfermos.
 - Lección 4: Tipos más riesgosos de diarrea: disentería y diarrea persistente.
 - Lección 5: La prevención de la neumonía y la búsqueda de atención.
 - Lección 6: Huertos familiares.

Parte 3: Consideraciones para utilizar los materiales de otras organizaciones para su programa.

Preguntar a otras organizaciones sin fines de lucro (por ejemplo, Food for the Hungry, Tear Fund, Freedom for the Hunger, World Relief [WR], CARE, Save the Children, Compassion International) si ellos quisieran compartir sus materiales.

Los siguientes son algunos recursos en línea donde el currículum GC se contabiliza públicamente.

- Información del Grupo de Cuidado <http://www.caregroupinfo.org> (ver la página del currículum).
- Proyecto de Nutrición Lactante y del Niño Pequeño <http://www.iycn.org/2011/07/strengthening-community-nutrition-programming-2/>
- Materiales de Medios de Clearinghouse <http://www.m-mc.org/>: Búsqueda por tema y tipo de medio. Los materiales tendrán que ser adaptados para ajustarse a la configuración de Grupo de Cuidado.
- Conocimiento de la Salud (K4Health) <http://www.k4health.org/>.

Utilice la guía de abajo para guiarle a través de la decisión de usar materiales/recursos existentes.

1. Averiguar si los materiales pueden ser reproducidos y utilizados sin costo para organizaciones sin fines de lucro. Algunas organizaciones requieren que usted solicite el permiso. Contactar al autor de los materiales si la información de derechos de autor no está clara en el manual.

2. Leer los principales objetivos del plan de estudios. Revisar los objetivos de cada lección. Comparar esta lista con los objetivos de su programa (aquellos descritos en la propuesta). Identificar los objetivos de la propuesta que no están cubiertos y anotarlos. Escribir, también, algunas ideas de cómo se puede superar esta discrepancia si tuviera que adaptar los materiales.
3. Considerar el diseño (o teoría) de los materiales. Anotar las diferencias que se ven en las áreas siguientes:
 - ¿Cómo es enseñado el tema? ¿Utilizan técnicas de enseñanza no formal o formales? Por ejemplo, si la propuesta dice que la organización no gubernamental (ONG) utilizará técnicas de educación no formal para enseñar a los beneficiarios, pero el manual utiliza conferencias y presentaciones de grupos grandes (técnicas de educación formal), se trata de una diferencia en la teoría que se debe documentar.
 - ¿Cómo los materiales influyen al cambio de los beneficiarios? Si la propuesta dice que la ONG utilizará la teoría del cambio de comportamiento (factores determinantes del comportamiento) para prevenir el VIH, pero el manual utiliza información y hechos para persuadir a los beneficiarios, entonces esto es una diferencia que debe ser documentada.
4. Identificar para quienes se desarrolló el plan de estudios (el público objetivo). Comparar esto con el grupo objetivo que está escrito en la propuesta. Si ellos no son los mismo, tome nota de las diferencias entre los dos grupos. Por ejemplo, si el manual está diseñado para los huérfanos y niños vulnerables cuando nuestro programa está dirigido a mujeres embarazadas y lactantes (MEL), esta es una diferencia que debe señalarse. Anotar algunas ideas de cómo se puede superar esta discrepancia si tuviera que adaptar los materiales.
5. Identificar el tiempo necesario para cada lección y todo el entrenamiento. Compare esto con el tiempo asignado para estas actividades que se describen en la propuesta del programa. Por ejemplo, ¿Son las sesiones de 2 horas pero la ONG tiene planificado hacer sesiones de 30 minutos? ¿Es todo el entrenamiento de 3 semanas, pero la ONG planificó hacer 6 meses de entrenamiento? Anotar las diferencias que se ven. Anotar algunas ideas de cómo se puede superar esta discrepancia si tuviera que adaptar los materiales.
6. Revisar el nivel de alfabetismo de los materiales, preguntando lo siguiente:
 - ¿Es esto escrito como para un niño pequeño (fácil de entender) o como para un profesor de la universidad (con muchas palabras grandes y frases complicadas)? Si el nivel de lectura no es el mismo que el nivel de lectura de los beneficiarios en el programa, escriba una explicación de lo que hay que cambiar para que el nivel de lectura se pueda adaptar al nivel de los beneficiarios.
 - ¿Es el formato del manual fácil de seguir? Con base en el nivel de alfabetización de los profesores de su programa, ¿serán capaces de seguir el formato en el manual con

facilidad? Anotar cualquier problema que usted vea. Anotar algunas ideas de cómo se pueden superar las dificultades del formato si usted fuera a adaptar los materiales.

7. Revisar las referencias culturales en los materiales. Identificar los cuentos, actividades o discusiones que no son apropiadas para la cultura de los beneficiarios. Anotar algunas ideas de cómo se puede adaptar los materiales para superar estos problemas.
 - ¿Las personas en las fotos se ven como nuestros beneficiarios? Por ejemplo, si todas las ilustraciones son de bolivianos y su organización está utilizando los materiales creados para Guatemala, no sería apropiado para la cultura local.
 - ¿Son las personas, los debates y las situaciones en el manual similares a las personas, las discusiones y las situaciones de los beneficiarios en su comunidad? Por ejemplo, si los ejemplos en los manuales incluyen referencias a los ciudadanos de clase alta que tienen dificultades al comprar un auto nuevo, este ejemplo no sería relevante para una mujer de Burundi que no tiene dinero para enviar a su hijo a la escuela.

A continuación revisar las notas que tomó en las preguntas anteriores.

- Las preguntas 2, 3 y 4 son las preguntas más importantes. Si para estas preguntas usted enumeró grandes diferencias entre los materiales y las metas de su programa, usted debe buscar otros materiales. Si las diferencias son pequeñas, puede considerar la supresión de algunas actividades o añadir clases adicionales y actividades para que los materiales se adapten a sus necesidades de programa. Sin embargo, si la cosmovisión y la teoría no son las mismas (o muy similares), usted tendrá mucha dificultad para cumplir con los objetivos del programa y justificar las diferencias entre su propuesta y la intención de los materiales que usted eligió. Asegurarse de que usted busca aprobación externa (y ayuda) antes de tomar una decisión cuando las preguntas 2, 3 y 4 tienen grandes diferencias.
- Las diferencias indicadas para las preguntas 5, 6, 7 y 8 se pueden resolver con un poco de trabajo de su parte. Esto requiere de alguien que está dispuesto y sea capaz (tiene el tiempo) para trabajar en la adaptación de los materiales de manera que coincidan con la intención de su programa.
 - Enumerar las principales cosas que necesitan ser cambiadas para adecuar estos materiales al programa.
 - Enumerar los nombres del personal que con capacidad (y disponibilidad).
 - Confirmar que sea permitido (consultar la información de derechos de autor) adaptar los materiales para su programa. Contactarse con el autor o editor si no está seguro. Algunos autores requieren que se aprueben los materiales primero, lo que puede retrasar sus esfuerzos. Considerar hacer un folleto complementario para ir junto con los materiales.
 - Considerar el tiempo que tomará hacer estos cambios.

- Decidir si es posible adaptar los materiales o simplemente añadir el texto adicional o si usted necesita encontrar nuevos materiales.

¡Recordar los objetivos de su programa! No elegir nuevos materiales porque parecen "muy bonitos". Elegir los materiales que han demostrado servir y que coinciden con la intención de su programa. No intente cambiar la propuesta para que coincida con sus materiales; sus materiales tienen que coincidir con la propuesta.

ANEXO 7: ¿CÓMO CONTRATAR A LOS PROMOTORES DEL GRUPO DE CUIDADO?

Los mejores Promotores de los Grupos de Cuidado (GC) viven en las comunidades en las que van a trabajar y solamente tienen una educación de escuela secundaria (o menos en algunos países). Ellos o ellas tienen más facilidad o están más dispuestos a invertir sus días visitando grupos de madres y/o visitar a las mujeres en sus hogares. Hablan el idioma o dialecto local de las mujeres con las que trabajan y tienen que rendir cuentas por sus acciones y comportamientos a medida que avanzan en sus actividades diarias, ya que están rodeados de sus amigos y miembros de la familia. La desventaja de trabajar con el personal local es que deben pasar por un proceso de cambio en sí mismos antes de que estén convencidos de la nueva información y las prácticas que están siendo pagados para promover. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que los Promotores GC contratados localmente, realmente prueban las nuevas prácticas que se les enseña, por lo tanto, a medida que experimentan los beneficios se convierten en agentes de cambio.

Muchos proyectos de GC rurales cometen el error de anunciar posiciones de Promotores GC a través de los periódicos locales y en los centros urbanos. Esto puede atraer a un grupo de candidatos profesionales con altas expectativas salariales y de los beneficios de trabajar para una ONG. A menudo, estas personas esperan trabajar en oficina y tienen el deseo de pasar la mayor parte de su tiempo en la ciudad, donde pueden tener una casa y sus hijos pueden asistir a la escuela. Estos candidatos quizá tengan más conocimiento sobre los comportamientos de salud y nutrición materno-infantil que el proyecto GC promoverá, pero, por lo general no se convierten en los mejores Promotores del GC.

Los requisitos básicos para los Promotores del GC son:

1. Capaces de leer y escribir.
2. Buena comprensión de la lectura del idioma que aparece en los rotafolios.
3. Poseen habilidades matemáticas básicas: suma, resta y cálculo de porcentajes.
4. Son nominados por la comunidad a la que él/ella va a servir con esta posición.
5. Tienen fluidez en el idioma o dialecto local y en el lenguaje profesional del país.
6. Capaces y dispuestos a estar en la comunidad 5 días por semana (normalmente, en una comunidad rural esto requiere que vivan en la comunidad).
7. Físicamente capaces de utilizar el transporte proporcionado por el proyecto (bicicleta o moto) para moverse por la zona del proyecto.
8. Capaces de viajar a la capital provincial durante 1 o 2 semanas para períodos de entrenamiento.
9. Dispuestos a modelar las prácticas que se enseñan en los programas de estudio GC (por ejemplo, el uso de una letrina, estación de lavado de manos o mosquitero).
10. Capaces de hablar con confianza en frente de grupos de 12 personas y facilitar la discusión.
11. Son respetuosos y considerados con los demás.

Para obtener una lista completa de los requisitos y la descripción del trabajo del Promotor de GC, ver Lección 6, particularmente la **Lección 6, Hoja de trabajo 2: Responsabilidades esenciales del equipo del Grupo de Cuidado**.

Adaptándose a los retos administrativos: la experiencia de la organización GOAL en Etiopía

GOAL implementó los GC como parte de su programa de supervivencia infantil en Awassa, Etiopía. Fue una intervención muy útil y GOAL tiene planes de expandirla a otros programas del país. Uno de los pasos importantes fue involucrar al Ministerio de Salud en el diseño y planificación desde la fase inicial, lo cual garantizó que el personal de ese ministerio a nivel local y central entendieran la intervención.

Al mismo tiempo, el gobierno de Etiopía promovió un enfoque comunitario de salud, lo cual fue una estrategia para tratar de conseguir la diseminación de las actividades de salud en toda la comunidad. El personal de salud del área de influencia, vio el enfoque de GC como parte de este enfoque y percibió que GOAL les ayudaba en la implementación del enfoque comunitario de salud.

Pocos meses después de la creación de cada GC, GOAL involucró agentes de extensión de cobertura y les solicitó que continuaran con la facilitación de los Grupos de Cuidado, con el apoyo y acompañamiento de GOAL, en cuanto a la supervisión pero sin que GOAL se hiciera cargo de la implementación directa de los GC. Los trabajadores de Extensión de Cobertura ya tenían la responsabilidad de trabajar en la comunidad, por lo que el enfoque GC también apoyó su trabajo.

Una vez más, GOAL ha encontrado que al trabajar con el Ministerio de Salud a nivel local y central desde el principio, explicándoles cómo podrían utilizar esta intervención para alcanzar sus propios objetivos programáticos, el enfoque GC tiene un mejor apoyo y más participación de todas las partes involucradas.

Los Promotores ¿Deben, ser varones o mujeres?

Algunos proyectos de GC solamente contratan a Promotores femeninos. La organización Food for the Hungry ha encontrado que, aunque los Promotores trabajan con grupos de mujeres, los hombres y las mujeres pueden ser excelentes Promotores de GC.

Entre las ventajas de tener un Promotor masculino incluyen que tienden a permanecer más tiempo con el programa, pueden fácilmente dejar sus familias para asistir a cursos de formación, manejar bicicletas y motocicletas y, cuando surgen conflictos en los hogares debido a las nuevas prácticas impartidas por el programa de GC, los Promotores masculinos puede abogar con otros hombres a favor de las mujeres.

También hay una ventaja para la contratación de mujeres como Promotoras de GC y, vale la pena mencionar que algunas de las mejores promotores en los proyectos de Food for the Hungry han sido mujeres. Promotoras femeninas pueden modelar nuevos comportamientos específicos de las mujeres, hablan con mayor facilidad de temas sensibles que normalmente solamente se discuten entre pares del mismo género y animan a las Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) a ser líderes mediante el modelo de cómo ser una fuerte lideresa de la comunidad femenina.

¿Y si nadie en la comunidad tiene los requisitos básicos para ser un Promotor de GC?

En algunas oportunidades se ha encontrado que nadie en la comunidad está capacitado para trabajar como promotor GC. Si este es el caso, los hijos mayores o familiares de los miembros de la comunidad que se han trasladado a las ciudades más grandes por razones de estudio o trabajo pueden ser nominados por la comunidad. De esta manera, el Promotor seguirá teniendo lazos con la comunidad. Si

fuera el caso de que alguien con estas características sea contratado, se espera que regresen a la comunidad durante su período de empleo.

Pasos que se recomiendan seguir para la contratación de Promotores GC

1. Contratar al Gerente, Coordinador(es), Supervisor(es) y cualquier otro personal gerencial necesario.
2. Entrenarlos acerca de la metodología GC y cómo poner en marcha un proyecto de GC utilizando las lecciones de este manual.
3. El Gerente, Coordinador(es), Supervisor(es) y cualquier otro personal gerencial necesario específicamente para el proyecto, orientan a las comunidades acerca del programa. Una vez que las comunidades entiendan lo que son los GC y cómo se desarrollarán el proyecto, solicitarles que designen a dos o tres hombres y mujeres de su comunidad que piensan que podrían ser buenos Promotores. Dejar muy claro a los líderes de la comunidad que la ONG seleccionará a los mejores candidatos a través de entrevistas y los resultados de las pruebas de lectura y matemáticas.
4. Un equipo de personal del proyecto GC y el personal de Recursos Humanos debe entrevistar a los candidatos.
5. Es muy importante que la comprensión de lectura de los candidatos y las habilidades matemáticas se pongan a prueba. Un ejemplo para realizar esta prueba está disponible más adelante en este anexo. (Tener en cuenta que esta prueba de comprensión de lectura fue diseñada para estudiantes que han completado el 6º. grado en los Estados Unidos. Usted puede encontrar pruebas en línea para los niveles más bajos de escolaridad, si considera que esta prueba es demasiado difícil para la mayoría de la gente en su país que han completado 6º grado de la escuela.)
6. En algunas ocasiones, ninguno de los candidatos propuestos por la comunidad cumple con los requisitos. En este caso, regresar a la comunidad y solicitar nominaciones adicionales.
7. Una vez que haya seleccionado todos los Promotores, capacitarlos acerca de la metodología del GC y del inicio del proyecto.

Otro reto administrativo: Lecciones aprendidas acerca de leyes laborales

El proyecto de ADRA JENGA II en Kivu del Sur, República Democrática del Congo, tenía promotores a tiempo parcial que iban a trabajar con los GC. ADRA descubrió que este plan tuvo que ser cambiado debido a las leyes laborales del país para el personal a tiempo parcial: los Promotores probablemente estarían trabajando más horas de las permitidas. Es importante que las organizaciones internacionales conozcan las leyes laborales de cada país donde implementan sus programas.

Si es posible, los proyectos deben tener 20 o más Promotores GC y contratar a uno o dos Promotores "flotantes". Estos Promotores adicionales no serán asignados a una comunidad específica, pero se utilizan en determinados momentos en que los Promotores permanentes deben dejar sus trabajos por tiempos de maternidad o enfermedad.

Ejemplo de cuestionario de comprensión de lectura y de matemáticas para los Promotores del Grupo de Cuidado (con respuestas)

Instrucciones: Conteste las siguientes problemas matemáticos. Puedes usar una calculadora, si lo desea.

1. Usted está trabajando con cinco (5) grupos de mujeres. Cada grupo cuenta con diez (10) mujeres. ¿Cuántas mujeres están trabajando en total?

Respuesta: $5 \times 10 = 50$

2. ¿Cuál es la suma de los diez números siguientes? 10, 15, 8, 12, 40, 43, 9, 11, 12, 45

Respuesta: 205

3. $12 \times 12 = \underline{\quad}$?

Respuesta: 144

4. $120 \div 30 = \underline{\quad}$?

Respuesta: 4

5. Si 25 de los 75 niños están desnutridos, ¿qué porcentaje de los niños están desnutridos?

Respuesta: $25 \div 75 = 1/3 = \text{alrededor del } 33\%$

6. Si dos (2) de los cuatro (4) viviendas tener una letrina, ¿qué porcentaje de los hogares tienen una letrina?

Respuesta: $02.04 = 02.01 = 50\%$

7. Su objetivo es que al menos el 80% de las mujeres amamanten de forma exclusiva a sus hijos de 0 a 6 meses de edad. Usted hace una encuesta y encuentra que 60 mujeres, de un total de las 80 mujeres estudiadas amamantan exclusivamente a sus hijos. ¿Ha alcanzado su meta?

Respuesta: No, solamente el 75% de las mujeres practican lactancia materna exclusiva.

8. Usted tiene cuatro (4) Grupos de Cuidados. Cada Grupo de Cuidado cuenta con doce (12) Voluntarias de Grupos de Cuidado. Cada Voluntaria del Grupo de Cuidado llega a diez (10) Mujeres Vecinas. ¿Cuántas mujeres Vecina están siendo alcanzado por sus 4 Grupos de Cuidado?

Respuesta: $4 \times 12 \times 10 = 480$ mujeres

9. Le indican que debe visitar cada uno de las Voluntarias de Grupos de Cuidado una vez cada tres (3) meses. Tiene un total de noventa (90) Voluntarias del Grupo de Cuidado. Cada mes tiene quince (15) días disponibles para visitar sus Voluntarias del Grupo de Cuidado. Para alcanzar su meta, ¿cuántas voluntarias debe visitar cada día que tiene disponible para hacer visitas?

Respuesta: $90 \div (3 \times 15) = 2$ visitas por día

Instrucciones: Lea el siguiente texto y luego responda a las preguntas.

Pasaje: Felinos manchados

Varios miembros de la familia de los felinos tienen manchas en el pelaje. ¿Sabe usted la diferencia entre un leopardo, un jaguar y un guepardo? Desde la distancia pueden parecer similares. Sin embargo, al ser observados más cerca, son felinos claramente diferentes. Ellos difieren en varios aspectos, incluyendo el lugar donde viven, el tamaño, cómo se mueven y cazan, así como las manchas en su pelaje.

De todos los grandes felinos salvajes, el que se encuentra en la región más grande es el verdadero leopardo. Los leopardos viven en gran parte de Asia y África. Crecen hasta ser de 3 a 6 pies de largo, con un añadido de 3 pies

de la cola. Los leopardos son escaladores expertos, por lo que pueden cazar monos en los árboles. También pueden acechar y abalanzarse sobre sus presas. Cuando las fuentes de alimentos son escasas, comen fruta, ratones de campo y grandes insectos. Las manchas de los leopardos no son figuras sólidas, sino que parecen círculos rotos.

El jaguar es nativo a las Américas. Su área natural es desde el sur de Estados Unidos hasta el norte de Argentina, con la mayor concentración de jaguares se encuentra en Brasil y Centroamérica. La belleza y el poder del jaguar ha inspirado culto entre los pueblos antiguos. Mide entre 3 y 6 pies de largo sin contar la cola, que añade de 1 ½ a 2 ½ pies. Con la cabeza y cuerpo grandes, el jaguar tiene piernas que son más cortas y más gruesas que las de un leopardo. Los jaguares son excelentes trepadores y pueden nadar bien. Se alimentan en una variedad de terrenos, árboles y criaturas que viven en el agua. Su pelaje puede ser de color amarillo vivo o un tono oxidado. Sus "manchas" son llamadas rosetas. Cada roseta es grande y negra y consiste en un punto medio con un círculo de manchas a su alrededor.

La mayoría de los guepardos viven en las selvas de África. También hay algunos en Irán y el noroeste de Afganistán. La cabeza del guepardo es más pequeña que la del leopardo y su cuerpo es más largo. Este felino está construido para la velocidad. Sus piernas son mucho más largas que las del leopardo, permitiendo que funcione a velocidades de hasta 120 kilómetros por hora. Esta increíble capacidad ayuda a los guepardos a atrapar su cena, que suele ser un desafortunado antílope. Las manchas de un guepardo son simplemente puntos negros, no rosetas ni círculos.

Otros felinos manchados incluyen el ocelote más pequeño, principalmente de América Central y del Sur, y el lince o gato montés, principalmente de América del Norte. Lo que todos estos felinos tienen en común es que son animales salvajes y poderosos, de enorme gracia y belleza.

1. Todas estas son maneras de decir la diferencia entre los felinos manchados, excepto:

- A. Tamaño
- B. Forma de sus manchas
- C. Dónde viven
- D. Lo hermosos que son

Respuesta: D

2. ¿Qué palabras del pasaje se para expresar simpatía por los animales que son presa de los felinos grandes?

- A. "cómo se mueven y cazan"
- B. "come fruta, ratones de campo y grandes insectos"
- C. "la cena, que suele ser un desafortunado antílope"
- D. "que son animales salvajes y poderosos"

Respuesta: C

3.Cuál de estas afirmaciones resume mejor este pasaje?

- A. Todo vio felinos son poderosos, hermosa y graciosa.
- B. felinos manchados pueden parecer similares, pero son diferentes en muchos aspectos.
- C. Hay muchos diferentes felinos manchados en el mundo.
- D. manchado felinos en la caza salvaje de muchos tipos diferentes de animales.

Respuesta: B

ANEXO 8: GRUPOS DE CUIDADO Y EL ENFOQUE DE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS (PM2A)

PM2A es una metodología utilizada para reducir la prevalencia de la desnutrición infantil apuntando a un conjunto de intervenciones de salud y nutrición, incluyendo la distribución de alimentos, a todas las mujeres embarazadas y lactantes (MEL) y niños menores de 2 años de edad en las áreas del programa que padecen inseguridad alimentaria, independientemente del estado nutricional. PM2A requiere que la Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) sea programada para acompañar la distribución de raciones de alimentos, pero no especifica una metodología determinada. Debido a los éxitos de los Grupos de Cuidado (GC) en la creación de un cambio de comportamiento, algunos programas han tratado de integrar los dos modelos mediante la modificación de la metodología GC para incluir a MEL y niños menores de 2 años de edad. A continuación se describen algunas recomendaciones sobre el uso de ambos enfoques en el mismo proyecto, mientras se protege y mantienen los elementos del enfoque de GC que lo hacen especialmente eficaz.

Una nota sobre la distribución de alimentos

Food for the Hungry (FH) recomienda que cuando un proyecto proporciona asistencia alimentaria directa y raciones familiares a las mujeres embarazadas y los niños, la distribución de alimentos se realiza separada e independiente de las actividades de GC.

1. La participación en las actividades de GC no debe limitarse solamente a los que recibieron la ración PM2A, pero se debe proporcionarse a todas las mujeres en edad fértil (MEF) y las madres de niños menores de 5 años de edad.

Es importante tener en cuenta que los programas de GC originalmente eran dirigidos todas las MEF y las mujeres con niños de 0-59 meses de edad. Mantener la población objetivo más amplio sigue siendo muy recomendable. Esto asegura que la mayoría de las mujeres en una comunidad que se encuentran actualmente (o que pronto estará) al cuidado de un niño menor de 2 años de edad reciben mensajes claves de salud y nutrición materno infantil antes que realmente necesiten la información.

Con PM2A, la cantidad máxima de tiempo que una unidad madre-hijo pueden recibir raciones es de 30 meses (6 meses de embarazo + 6 meses de lactancia materna exclusiva [LME] + 18 meses para el niño). Sin embargo, la mayoría de los programas PM2A limitan el registro inicial de las mujeres embarazadas en su segundo o tercer trimestre, o a las mujeres en el segundo o tercer trimestre y a madres de niños menores de 6 meses. Esto excluye a las mujeres con niños de 6-23 meses de edad a poder inscritas a los GC, a menos que queden embarazadas durante el período de tiempo en que el proyecto inscribe a nuevas madres. Esto puede causar también el desafortunado efecto de limitar la cantidad de mujeres que pueden ser Voluntarias del Grupo de Cuidado o limita la cantidad de tiempo que puedan servir.

Recomendación: Registrar todas las MEF y las madres de niños de 0-59 meses para su inclusión en la actividad de los GC. Crear un registro separado para las personas elegibles para recibir la ración de alimentos. Si hay más mujeres que se trasladan a vivir al área o se convierten en

elegibles para la inclusión (por ejemplo, cumplen 15 años o quedan embarazadas), se registran en un Grupo de Vecinas (GV).

Punto a considerar: Para que este enfoque tenga éxito y para evitar conflictos dentro de los grupos en que algunas mujeres reciben raciones y algunas no, los proyectos deben trabajar con los líderes de opinión de la comunidad para sensibilizar continuamente a los participantes del proyecto acerca de las razones de entregar raciones a mujeres embarazadas, madres lactantes y madres de niños menores de 2 años, así como los beneficios de la participación en el GC, independientemente de que reciban raciones.

2. Los programas PM2A pueden requerir que los Promotores y/o VGC ayuden con las actividades de distribución de alimentos, alejando su enfoque del Cambio de Comportamiento.

Si los Promotores y/o VGC sirven como el canal para que las MV reciban raciones de alimentos, los coloca en una posición de poder sobre sus vecinos. Esto puede cambiar la naturaleza de la relación de igual a igual y exponer a Promotores y VGC a posible intimidación. Estas responsabilidades adicionales pueden también disminuir el tiempo que un Promotor o VGC dispone para dedicarse a actividades de Cambio de Comportamiento y el desarrollo de relaciones que promuevan dicho cambio. Cuando el PM2A y GC se combinan, los GC inevitablemente se convertirán segundos en prioridad, bajando la eficacia de su implementación, porque la atención se centrará en la distribución de alimentos. Los Promotores, en particular, pueden encontrar que una parte importante de su día de trabajo está dedicada a llenar las listas de distribución, preparar los lugares de distribución y a ayudar con la distribución. Tener un radio menor de Promotor a VGC y de VGC a MV puede ayudar a eliminar algunas de estas desventajas, pero no todas (especialmente la diferencia del poder).

Recomendaciones: Los proyectos deben contar con personal independiente y separado, pero vinculados, sistemas de gestión de datos para controlar la participación en las actividades de GC y distribución de raciones. Los Promotores deben tener una porción significativa⁴¹ (idealmente 100%) de su tiempo protegido para las actividades de GC.

Punto a considerar: Es mejor vincular la información de la base de datos de los alimentos con la asistencia al GC para realizar un seguimiento de cuántas MV recibieron tanto

Motivadores sociales para VGC

ACDI / VOCA ha encontrado que los mismos beneficios sociales que alentaron a las VGC para continuar en sus funciones más allá del final de un proyecto de supervivencia infantil, también son válidas en un proyecto PM2A. Las mujeres se han demostrado su voluntad de seguir actuando como voluntarias después de que ya no reciben raciones de alimentos a causa de, por ejemplo, el aumento de su posición social y el respeto de la comunidad; viendo resultados probados en sus comunidades y la sensación de que es su deber de garantizar que las mujeres sigan teniendo mejores resultados de salud; y sintiendo que las reuniones de GC construyen la cohesión social y proporcionan una base para otros tipos de grupos comunitarios, tales como asociaciones de ahorro y préstamos.

⁴¹ Nota: si los Promotores no están 100% dedicados a las actividades del GC, el número total de GC que supervisas debe ser ajustado proporcionalmente.

las raciones como mensajes de Cambio de Comportamiento a través de actividades de GC. Esto es particularmente importante dado que los alimentos se deben dar sin condiciones (que significa que no hay conexión de datos explícita entre los dos). La vinculación de los datos de los alimentos y el GC ayudará a asegurar que los programas de MEL y madres de niños de 2 años de edad que entran en el programa a través de los GC puedan tener la oportunidad de recibir las raciones y, las que solamente estarían participando en el componente de alimentos, también tendrán la oportunidad de unirse a un GC.

3. El PM2A enlaza la participación del grupo en Cambio de Comportamiento con la asistencia (por ejemplo: la participación en los GC o en los GV) con un beneficio extrínseco.

Cuando termina el beneficio de ración de alimentos, la participación en el GC podría parar también. Puesto que la asistencia a las reuniones del GC se percibe como (o es en realidad) una condición para recibir raciones de alimentos, se teme que tan pronto como las VGC o MV no puedan ser elegibles para recibir raciones de alimentos, podrían dejar de asistir a las sesiones de GC (una investigación acerca de la motivación confirma esta tendencia). El plan de estudios incluye cuatro GC, ocho módulos que tienen 24 a 48 meses para enseñar completamente. Para ser consistente con los principios del aprendizaje de adultos y para facilitar la enseñanza de alta calidad de las mujeres con educación limitada, creemos que este tiempo de formación es esencial. Por lo tanto, para que las VGC y MV reciban todos los mensajes clave de salud y nutrición materno infantil, necesitan participar en un GC o GV por el tiempo necesario, para que todos los módulos se impartan. Por esta razón, es importante fomentar los VGC y GV y permitirles participar en las reuniones de grupo, incluso si su hijo sale del rango de edad.

Recomendación: Evite vincular la asistencia al GC o captación del comportamiento con la recepción de las raciones de alimentos.

Punto a considerar: A pesar de la decisión de un proyecto de desvincular las raciones y la participación GC, las MEL y niños menores de 2 años pueden percibir que los dos componentes están unidos, por lo que el proyecto debe constantemente reforzar los beneficios distintos, pero complementarios, de cada actividad.

ANEXO 9: MONITOREO DEL IMPACTO DE LOS PROYECTOS DE GRUPO DE CUIDADO⁴²

¿Qué son los mini-KPC?

Las encuestas acerca del Conocimiento, Prácticas y Cobertura son conocidas como KPC por sus siglas en inglés. Las mini-KPC son encuestas cortas de 12 a 20 preguntas que se realizan cada 4 a 6 meses. La encuesta puede ser fácilmente analizada por las oficinas de campo y los resultados obtenidos de forma rápida para informar las decisiones del programa. Las prácticas locales pueden ser determinadas con una pequeña muestra (por ejemplo, 19 entrevistas por distrito) utilizando una metodología de muestreo para control de calidad, llamada Aseguramiento de la calidad por lotes o LQAS, por sus siglas en inglés.

¿Por qué utilizar mini-KPC?

Los proyectos de desarrollo suelen medir sus indicadores de impacto con una línea base y una investigación intermedia, cuando solamente falta un 40% de tiempo para que se termine el proyecto, lo que deja poco espacio para ajustar la estrategia y centrarse en los comportamientos difíciles de ser cambiados. Food for the Hungry (FH) ha utilizado los mini-KPC en los programas de Título II, así como en los Planes de Emergencia de los Presidentes de Estados Unidos para el Alivio del SIDA y los programas de supervivencia infantil para mejorar la eficacia del programa orientándose en indicadores que no están mejorando como se espera dentro de las áreas de supervisión con apoyo. La **Tabla 1** explica las diferencias entre el uso de Mini-KPC y los KPC tradicionales/completos.

⁴² Ver el archivo de Microsoft Excel en blanco que se utilizó para preparar este plan en: <http://www.caregroupinfo.org/blog/narrated-presentations-on-care-groups-and-care-group-tools/planning-m-e-tools>.

Tabla 1: KPC tradicionales/completos versus Mini-KPC

	KPC tradicionales/completos	Mini KPC
# de preguntas	Alrededor de 60 preguntas	12-20 preguntas
Tiempos	Conducido al inicio, mitad y al final	Con frecuencia, cada 4-6 meses.
Tamaño de la muestra necesaria	Normalmente cerca de 300 a 500 cuidadores de niños menores de 5 años de edad	Normalmente alrededor de 100 cuidadores de niños menores de 6 meses y alrededor de 100 cuidadores de niños de 6-24 meses.
¿A quién se encuestó?	Muestra poblacional	Muestra basada en los beneficiarios.
Tiempo requerido del personal	Requiere una gran cantidad de tiempo del personal para entrenamiento, implementación y análisis.	Una vez que el personal está capacitado en la metodología, solamente se necesitan cortos entrenamientos acerca de nuevos cuestionarios.
Experiencia requerida del personal	Requiere habilidades avanzadas de análisis estadístico.	El personal con poca capacitación en estadística puede hacer el análisis y rápidamente utilizar los resultados.
Tipo de información suministrada	Intenta proporcionar información que permita a un programa (o área de programa) ser completamente evaluado.	Intenta proporcionar retroalimentación frecuente sobre aspectos específicos de un programa.
Necesidades de personal	Requiere gran equipo de personal que opere a tiempo completo durante varias semanas.	Después de un día de capacitación acerca de un nuevo cuestionario, el personal puede realizar las encuestas como parte de su trabajo normal de la comunidad

Beneficios del Mini-KPC

- La metodología LQAS de la encuesta se utiliza para determinar el progreso en el ámbito de la zona de supervisión con apoyo, permitiendo que cada área de la supervisión con apoyo se centre en sus indicadores problemáticos.
- El monitoreo regular utilizando los LQAS y el uso de una hoja de cálculo sencilla de Microsoft Excel para análisis de datos permite el monitoreo y la evaluación (M & E) en el área de implementación. Esto permite al personal, con solamente un poco de entrenamiento, analizar rápidamente los datos y proporcionar resultados de la encuesta a la gerencia del programa.
- Debido a que los resultados se obtienen de forma rápida a nivel de proyecto, se pueden utilizar inmediatamente para respaldar las decisiones programáticas.
- El monitoreo frecuente y regular de las zonas de supervisión con apoyo permite a los administradores de programas identificar los indicadores de movimiento lento y la confeccionar

la programación a la medida para centrarse en áreas problemáticas, tanto técnica como geográficamente.

La implementación de Mini-KPC

- Las Mini-KPC deben programarse cada 4-6 meses, teniendo en cuenta el calendario de la línea de base, evaluación intermedia y la final. Si se planifica una evaluación más amplia, no hay necesidad de realizar un mini-KPC. La [Tabla 2](#) presenta un desglose de cuando las Mini-KPC y otras encuestas importantes podrían ser programadas durante todo el transcurso del programa, y cuáles serán los indicadores para coleccionar en cada encuesta.
- Las Mini-KPC debe realizar un seguimiento de los indicadores que figuran en la propuesta de proyecto. Si durante el tiempo de actividad usted decide rastrear indicadores adicionales, no tendrá datos de referencia con los que comparar los resultados.
- Los cuestionarios de la encuesta deben ser diseñados para medir solamente aquellos indicadores que figuran en la propuesta de proyecto (los indicadores específicos a los cuales el programa está dirigido y espera para mejorar).
- Tenga en cuenta que los Mini-KPC son las encuestas a centradas en beneficiarios, no las encuestas basadas en la población. Los resultados de un tipo de encuesta no se pueden comparar con el otro. Por ejemplo, si su estudio de referencia fue basado en la población y encontró que el 35% de las madres estaban dando lactancia materna exclusiva (LME) a sus hijos menores de 6 meses de edad, no se podía decir que la LME hubiese mejorado si usted encontró que el 65% de sus beneficiarios estaban dando LME durante su primer mini-KPC. Los resultados del Mini-KPC indican que sus beneficiarios están practicando LME más que la población general de la zona, pero que aún no han medido los resultados del programa.

Tabla 2: Horario de Mini-KPC (Ejemplo)

Año del programa:	Año 1				Año 2				Año 3				Año 4				Año 5																					
Trimestre:	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																		
Tipo de Encuesta :	KPC de línea base				Mini KPC 1				Mini KPC 2				KPC intermedio				Mini KPC 3				Mini KPC 4				KPC Final													
Indicador No.:	KPC de línea base				Mini KPC 1				Mini KPC 2				KPC intermedio				Mini KPC 3				Mini KPC 4				KPC Final													
Indicador 1	X		X						X												X																	
Indicador 2	X		X						X			X			X						X																	
Indicador 3	X		X						X												X																	
Indicador 4	X		X						X							X					X																	
Indicador 5	X		X						X							X					X																	
Indicador 6	X		X						X			X									X																	
Indicador 7	X		X						X												X																	
Indicador 8	X		X						X												X																	
Indicador 9	X							X	X												X																	
Indicador 10	X							X	X								X				X																	
Indicador 11	X							X	X			X				X					X																	
Indicador 12	X							X	X												X																	
Indicador 13	X							X	X												X																	
Indicador 14	X							X	X							X					X																	
Indicador 15	X							X	X							X					X																	
Indicador 16	X							X	X							X					X																	
Indicador 17	X								X			X									X																	
Indicador 18	X								X			X									X																	
Indicador 19	X								X			X									X																	
Indicador 20	X								X			X									X																	

Usando las LQAS en el ámbito de los Grupos de Cuidado (GC) para seleccionar las personas a entrevistar

Nota: Esta sección no pretende ser un manual sobre LQAS, sino que pretende informar la manera de utilizar LQAS en una zona donde la población que desee entrevistar ya está organizada en GC. Para los manuales de capacitación sobre LQAS por favor vaya a www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/monitoring-and-evaluation.

LQAS es el método de muestreo utilizado para realizar Mini-KPC por tres razones.

1. LQAS permite muestras pequeñas.

Proyectos de GC tratan de mantener el costo por beneficiario bajo, de tal forma que se pueda alcanzar a cuantas personas sea posible para transferir la información que salva vidas. Es importante invertir tiempo y recursos en M&E, pero la mayor parte del tiempo del personal y los recursos debe centrarse en la creación de un Cambio de Comportamiento. La metodología LQAS utiliza una muestra elegida al azar que se propaga a través de cada área de supervisión con apoyo, por lo que tiene un efecto de diseño de uno. Esto permite que se realice el estudio con una pequeña muestra para proporcionar resultados razonablemente específicos con una baja inversión en tiempo y dinero.

2. LQAS proporciona a la dirección información para alimentar las decisiones del programa.

LQAS divide a la población a muestrear en áreas de supervisión con apoyo. Una muestra en no menos 19 encuestados se toma de cada área de supervisión con apoyo, y los resultados de la encuesta indican si una región del proyecto se está desempeñando por debajo de la media aceptable por el programa, lo cual permite a la gerencia del programa saber dónde están los recursos y dónde los esfuerzos deben centrarse con el fin de llegar a las metas del programa.

3. LQAS permite medir el progreso del proyecto hacia un indicador a través de una estimación puntual para el área total del proyecto (no cada área de supervisión con apoyo).

Esto permite que la gerencia del programa dé seguimiento al progreso del indicador a nivel de proyecto.

Tenga en cuenta los siguientes criterios para determinar si debe usar LQAS en su proyecto de GC.

1. La población de la muestra demográfica de interés debe ser parte de los participantes del GC. Por ejemplo, si desea hacer un muestreo de las mujeres embarazadas, podría utilizar participantes del GC, debido a que este grupo demográfico está contenido dentro de los participantes del GC. Si desea realizar una muestra de todas las mujeres con niños de 6-23 meses de edad, también se puede utilizar participantes del GC. Sin embargo, si desea un muestreo de hombres de 18-55 años de edad, no puede utilizar los GC.
2. Los GC existentes deben incluir a todas las mujeres en un área geográfica que se ajustan a los criterios de inclusión.
3. Se requiere una lista de todos los participantes del GC para que los beneficiarios pueden ser elegidos al azar adecuadamente para su inclusión en LQAS. Estas listas se deben hacer de acuerdo

con el sistema de numeración descrito en la **Lección 5: Organizando comunidades en Grupos de Cuidados y su sistema numérico.**

Debe responder a las dos preguntas siguientes antes de configurar el marco de muestreo:

1. ¿Cuál es el tamaño total de la muestra se quiere levantar? Normalmente, tener como objetivo el levantar una muestra total de 96. Para permitir espacio para errores, intentar levantar un 10% más muestras de lo necesario. Por lo tanto, un tamaño total de muestra de 106, probablemente, resultará en no menos 96 buenas muestras.
2. ¿En cuántas áreas de supervisión con apoyo tendrá que dividir su proyecto? Una muestra de entre 19 y 50 se debe recoger en cada área de la supervisión con apoyo. Por lo tanto, si su total de la muestra deseada es 96, usted debe considerar un mínimo de tres y un máximo de cinco áreas de supervisión con apoyo.

Siga los siguientes pasos para utilizar LQAS en un proyecto de GC.

1. Dividir el área del proyecto en las áreas de supervisión con apoyo.
2. Realizar una lista de todos los GC en cada distrito.
3. Dividir el número total de los GC en un distrito por el número de entrevistas programadas en cada distrito para obtener el intervalo de muestreo.
4. Seleccionar un número aleatorio entre 1 y el intervalo del muestreo. El primero GC con el número correspondiente será el primer GC seleccionado para el muestreo aleatorio. Añadir el intervalo de muestreo para este número aleatorio para seleccionar el segundo GC a muestrear al azar. A partir de ahora, solamente tiene que añadir el intervalo de muestreo al número de GC anterior para elegir cada GC a muestrear hasta que todos los GC donde se deben realizar entrevistas hayan sido identificados.
5. Para determinar el número de entrevistas necesarias en cada área, dividir el número total de muestras deseadas por el número de áreas de supervisión con apoyo en el proyecto.
6. **Tabla 3** proporciona ejemplos de cómo hacer las muestras en un proyecto de GC. El área A tiene 50 GC. Se determinó que 36 entrevistas deben llevarse a cabo en esta área. Para el área A, el intervalo de muestreo se calculó dividiendo el número de GC (50) por el tamaño de muestra necesaria para esta área de supervisión con apoyo (36). El número aleatorio elegido en este ejemplo fue 1, como puede verse, por el hecho de que el intervalo de muestreo es 1.38. Nótese que para el área C, más de una entrevista se hace en la primera, quinta, décima, etc., GC porque el número de entrevistas necesarias de esta área la supervisión con apoyo es mayor que el número de GC en esta área.

Tabla 3: Seleccionar los Grupos de Cuidado para ser entrevistados en cada área.

Área A				Área B				Área C			
Grupos de Cuidado		50		Grupos de Cuidado		40		Grupos de Cuidado		30	
Entrevistas por área		36		Entrevistas por área		36		Entrevistas por área		36	
Intervalo de muestra		1.38		Intervalo de muestra		1.10		Intervalo de muestra		0.83	
# aleatorio		1		# aleatorio		1		# aleatorio		1	
Muestras necesarias	Grupos seleccionados (siempre redondeado hacia abajo)	Número de Grupo de Cuidado	Grupo seleccionado para muestra	Muestras necesarias	Grupos seleccionados (siempre redondeado hacia abajo)	Número de Grupo de Cuidado	Grupo seleccionado para muestra	Muestras necesarias	Grupos seleccionados (siempre redondeado hacia abajo)	Número de Grupo de Cuidado	Grupo seleccionado para muestra
1	1.00	1	X	1	1.00	1	X	1	1.00	1	X,X
2	2.38	2	X	2	2.10	2	X	2	1.83	2	X
3	3.75	3	X	3	3.20	3	X	3	2.65	3	X
4	5.13	4		4	4.30	4	X	4	3.48	4	X
5	6.50	5	X	5	5.40	5	X	5	4.30	5	X,X
6	7.88	6	X	6	6.50	6	X	6	5.13	6	X
7	9.26	7	X	7	7.61	7	X	7	5.95	7	X
8	10.63	8		8	8.71	8	X	8	6.78	8	X
9	12.01	9	X	9	9.81	9	X	9	7.61	9	X
10	13.39	10	X	10	10.91	10	X	10	8.43	10	X,X
11	14.76	11		11	12.01	11		11	9.26	11	X
12	16.14	12	X	12	13.11	12	X	12	10.08	12	X
13	17.51	13	X	13	14.21	13	X	13	10.91	13	X
14	18.89	14	X	14	15.31	14	X	14	11.73	14	X
15	20.27	15		15	16.41	15	X	15	12.56	15	X,X
16	21.64	16	X	16	17.51	16	X	16	13.39	16	X
17	23.02	17	X	17	18.61	17	X	17	14.21	17	X
18	24.39	18	X	18	19.72	18	X	18	15.04	18	X
19	25.77	19		19	20.82	19	X	19	15.86	19	X,X
20	27.15	20	X	20	21.92	20	X	20	16.69	20	X
21	28.52	21	X	21	23.02	21	X	21	17.51	21	X
22	29.90	22		22	24.12	22		22	18.34	22	X
23	31.28	23	X	23	25.22	23	X	23	19.17	23	X
24	32.65	24	X	24	26.32	24	X	24	19.99	24	X,X
25	34.03	25	X	25	27.42	25	X	25	20.82	25	X
26	35.40	26		26	28.52	26	X	26	21.64	26	X
27	36.78	27	X	27	29.62	27	X	27	22.47	27	X
28	38.16	28	X	28	30.72	28	X	28	23.29	28	X

Área A				Área B				Área C			
29	39.53	29	X	29	31.83	29	X	29	24.12	29	X
30	40.91	30		30	32.93	30	X	30	24.94	30	X
31	42.28	31	X	31	34.03	31	X	31	25.77		
32	43.66	32	X	32	35.13	32	X	32	26.60		
33	45.04	33		33	36.23	33		33	27.42		
34	46.41	34	X	34	37.33	34	X	34	28.25		
35	47.79	35	X	35	38.43	35	X	35	29.07		
36	49.17	36	X	36	39.53	36	X	36	29.90		
		37				37	X				
		38	X			38	X				
		39	X			39	X				
		40	X			40					
		41									
		42	X								
		43	X								
		44									
		45	X								
		46	X								
		47	X								
		48									
		49	X								
		50									

En cada GC seleccionado para una o más entrevistas, un número aleatorio se utiliza para determinar cuáles Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC) serán entrevistadas. Entonces se produce una lista de las VGC seleccionadas y todas su Mujeres Vecinas (MV), y un número aleatorio se utiliza para determinar qué MV será entrevistada. Si la primera mujer seleccionada tenía un niño menor de 6 meses de edad, luego otro número aleatorio se dibuja hasta que una madre con un niño de 6-23 meses de edad sea seleccionada. La **Tabla 4** ilustra un proceso para la selección de las mujeres a ser entrevistadas.

Tabla 4: Selección de mujeres para ser entrevistadas en los GC identificados al azar.

Número de GC	Grupos seleccionados para el muestreo
1	X

Grupo de Cuidado 1	
VGC	Número aleatorio
1	
2	
3	X
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

El GC #1 es seleccionado para una entrevista. Se enumeran todas las VGC. Debido a que hay 12 VGC, se selecciona un número aleatorio entre 1 y 12. En este ejemplo, se selecciona la VGC 3.

Grupo de Cuidado 3	
VGC y MV	Número aleatorio
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	X

La VGC #3 aparece con todas sus MV. Debido a que hay 13 MV, se elige un número aleatorio entre 1 y 13. En este ejemplo, la MV# 13 está seleccionada y el VGC es elegido para realizar entrevista.

Realizando entrevistas en el campo

1. Antes de la encuesta, establezca un protocolo para el número de veces que regresará a buscar a las VGC que no están en la reunión o MV que no están en sus hogares. Solamente después de regresar el número de veces determinado a intentar entrevistar a esta VGC o MV y no tener éxito, puede elegir a otra VGC o MV. También, un sesgo de selección se puede introducir si solamente decide entrevistar a las VGC que llegan al lugar de reunión central o las MV que están en su hogar, por ejemplo, de 12:00 a 17:00 horas.
2. Determinar cuáles GC y VGC se seleccionarán para entrevistas en cada área. Luego, llamar a los VGC seleccionados y usar sus registros para elegir el MV para entrevistar al seleccionar otro número al azar, que determinará la MV para entrevistar. (Recuerde que debe asignar a la VGC

un número al azar, de tal manera que le permita tener igual oportunidad de ser seleccionada, así como a su MV). Entonces, solicitar a la VGC que le lleve hacia la MV seleccionada al azar.

3. Las entrevistas deben ser realizadas por el personal del proyecto que no supervisa directamente el trabajo del Promotor de GC, la VGC o MV, pero que hablan el idioma de los entrevistados con fluidez. Los encuestadores pueden ser contratados, pero, por ejemplo, FH por lo general cambia el personal de GC de un área de proyecto hacia otra.
4. Es importante que el supervisor revise las encuestas antes de que el equipo salga hacia la comunidad donde se llevarán a cabo las entrevistas. Muchos errores pueden ser detectados y corregidos si se revisan en el campo.

Para más información sobre la realización de encuestas de LQAS, incluyendo LQAS utilizando el muestreo paralelo visite <http://www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/monitoring-and-evaluation>

ANEXO 10: LOS GRUPOS DE CUIDADO Y EL ÁMBITO DE BAJO CAPITAL SOCIAL: EL EJEMPLO DE CURAMÉRICAS EN GUATEMALA⁴³

El capital social ha sido conceptualizado de diversas maneras. Ichiro Kawachi líder de la epidemiología social contemporánea define el capital social como "el acceso a los recursos basados en red, tales como la confianza, las normas, y los intercambios de reciprocidad"⁴⁴. Asimismo, incluye las características de las relaciones sociales -tales como los niveles de dependencia interpersonal y normas de ayuda mutua que promueven una acción colectiva para beneficio compartido⁴⁵. Una base creciente de literatura indica que el capital social desempeña un papel importante en la participación de la comunidad a través de una variedad de dominios, que van desde la salud individual (por ejemplo, el capital social se ha asociado con el estado nutricional de los niños en cuatro países⁴⁶) a las variables de estado de salud de la comunidad a través de mecanismos tales como la promoción de prácticas de salud, la educación sanitaria y el aumento de la responsabilidad por el bienestar de otros⁴⁷. Aunque el bienestar individual y de la comunidad debe ser contextualizado un entorno político, histórico, social y cultural más amplio, la cohesión y la conectividad de las personas dentro de una comunidad facilitan el logro de los objetivos de salud de la comunidad a través de mecanismos de confianza, cooperación, conectividad y reciprocidad. Los científicos sociales saben que las comunidades que poseen grandes reservas de capital social pueden mejorar el éxito de los proyectos diseñados para empoderar a las poblaciones vulnerables.

La experiencia de campo con el Grupo de Cuidados (GC) sugiere que un alto capital social es favorable para el éxito del enfoque de GC. La experiencia en situaciones posteriores a conflictos, también ha demostrado que este puede ser un resultado ventajoso del enfoque, ya que los GC aumentan la reconstrucción del capital social en las zonas de destrucción social y hacen que las comunidades sean más resistentes frente a los retos del futuro.

Por ejemplo, la población indígena maya en Guatemala es uno de esos grupos con antecedentes de capital social destruido (y, en las zonas del proyecto GC, reconstruido). El siglo pasado, en Guatemala, se caracterizó por el autoritarismo, la violencia y la inestabilidad. Más recientemente, la guerra civil que duró 36 años, que incluyó violaciones de derechos humanos inimaginables, trajo la destrucción física y humana generalizada, lo que dio lugar a la fragmentación social y a una cultura de la desconfianza profunda duradera. 440 aldeas fueron completamente aniquiladas, y cerca de 200.000 hombres, mujeres y niños mayas fueron masacrados, ya sea directamente o arrojados desde helicópteros en el Océano Pacífico. Muchas familias vivieron durante décadas como refugiados en el norte de México, desplazadas de sus tierras y hogares tradicionales. En medio de ataques violentos, las comunidades

⁴³ Este anexo fue autorizado por Erin Pfeiffer (Food for the Hungry [FH], quien en el pasado perteneció a Curaméricas Global; epfeiffer@fh.org), Sarah Bauler (FH, antes Samaritans Purse; sbauler@fh.org) y Mary DeCoster (FH, antes Curaméricas Global; mdecoster@fh.org).

⁴⁴ I. Kawachi, S.V. Subramanian and D. Kim. 2007. *Social Capital and Health*. Springer.

⁴⁵ I. Kawachi. 1999. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of the New York Academy of Science*, 896: 120–130.

⁴⁶ M.J. DeSilva and T. Harpham. 2007. Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health and Place* 13: 341–355.

⁴⁷ S. Folland. 2007. Does "community social capital" contribute to population health? *Social Science Medicine* 64: 2342–2354.

mayas fueron dispersas, las redes sociales se fracturaron y la confianza se abolió. Miembros de la comunidad estaban traumatizados por más de 30 años de violencia y desplazamiento y regresaron como refugiados sin poder confiar en sus propios vecinos y eran vistos como forasteros profundamente temidos. La experiencia de Curaméricas Global y su socio implementador, Curaméricas/Guatemala efectuaron GC en este contexto de bajo capital social es ahora compartida para alentar y ayudar a otros implementadores que se ocupan de problemas similares.

La primera experiencia de Curaméricas/Guatemala con GC (2002-2007) se encontraba en un área de proyecto en tres municipios aislados de las tierras altas de Huehuetenango como parte de un proyecto financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para la supervivencia infantil. La zona era tan difícil de trabajar porque varias otras organizaciones no gubernamentales (ONG) trataron de trabajar en el área del proyecto con anterioridad, pero se rindieron y abandonaron la zona después del rechazo persistente de las comunidades. Incluso los intentos de entregar ayuda alimentaria y médica básica fueron negaron a causa de la desconfianza de los habitantes.

Curaméricas/Guatemala tenía como objetivo utilizar el enfoque de GC para empoderar a las mujeres y reconstruir la conexión social que se había desintegrado. La falta de confianza hacía que fuera extremadamente difícil reclutar Voluntarias del Grupo de Cuidado (VGC). El personal de campo señaló que los hombres con frecuencia prohibían a sus esposas que participaban, suponiendo que nada bueno podía venir de una reunión con gente extraña. Las proyecciones incluían reclutar a 400 VGC, pero hubo resistencia continua incluso cuando las propias mujeres comenzaron a expresar interés. El director del proyecto se encargó de contratar a personal que hablaba los idiomas mayas locales y, cuando era posible, se contrataban personas dentro del área del proyecto, lo que ayudó enormemente en la obtención de la confianza. Al final del proyecto, había más de 300 grupos activos, cada uno dirigido por una VGC.

Conforme pasaba el tiempo, la confianza aumentó a través de reuniones y movilización de la comunidad. Las VGC mantuvieron reuniones con las Mujeres Vecinas (MV) en su grupo y realizaban visitas domiciliarias. Muchos de los grupos siguieron activos y aún satisfacen las necesidades de información y apoyo de las nuevas madres. Las madres entrevistadas en discusiones de grupos focales afirmaron, "Esta es una gran ayuda para nosotros. Es difícil llegar al puesto de salud. Ellas [las VGC] vienen a visitarnos y ahora las conocemos y tenemos confianza en ellas." Dos años más tarde, durante la evaluación de medio término del proyecto, se encontró una "creciente confianza" entre las comunidades. El personal del proyecto declaró: "En la actualidad se forman Grupos de Cuidado. Una de las fortalezas que tenemos con ellos es que ahora hay mujeres líderes en la comunidad." A medida que el proyecto llegaba a su fin, había un sentido visible de entusiasmo y una impresionante movilización de las mujeres, incluso en las comunidades más inaccesibles. Gran parte de este interés y la participación puede ser directamente relacionado con el uso de las redes de GC.

El avance en la confianza de la comunidad a través de GC fue tremendo, pero el proceso fue lento y arduo. Curaméricas/Guatemala está poniendo en marcha otro proyecto de capital social incluyendo el enfoque de GC y ahora sabe que debe esperar, ya que la construcción de capital social puede tomar

tiempo y paciencia. Algunas comunidades respondieron más rápidamente que otras. El diferente grado de confianza y experiencia con actividades basadas en la comunidad en los tres municipios del proyecto en el pasado demostró que se necesita tiempo para ganar confianza y llegar al punto en el que la mayoría de los miembros de la comunidad aceptan los servicios y participar.

La experiencia de Guatemala utilizando GC nos dejó varias lecciones aprendidas. Algunas condiciones generales que favorecen la aplicación de GC incluyen:

- Una comunidad socialmente enlazada: es decir, una comunidad que es razonablemente estable, con mecanismos de apoyo social establecidos y la resolución de problemas, y tiene una cultura y un idioma común y compartido.
- Una población que es relativamente estable, con patrones de migración predecibles o reducidos al mínimo.

Las condiciones que hacen que la implementación de GC sea más difícil introducir son cuando:

- Una comunidad es inestable debido a graves trastornos sociales, políticos o económicos.
- La cohesión social ha sido destruida, el capital social es bajo y falta una cultura de confianza recíproca.

Para superar las difíciles condiciones de bajo capital social, Curaméricas/Guatemala utiliza los siguientes pasos para la construcción de la confianza social y la cohesión:

1. Desarrollar una relación entre el programa de salud y el potencial previsto de la población de la zona a través de una serie de reuniones, discusiones y visitas entre el personal del proyecto y los líderes comunitarios tradicionales y formales. La confianza mutua es requisitos previos para el progreso, y esto se obtiene mejor a través del diálogo paciente y respetuoso siguiendo el ritmo de los líderes comunitarios.
2. Durante las primeras reuniones exploratorias, cuidarse de generar falsas expectativas, que pueden conducir a consecuencias negativas a largo plazo entre el programa y las comunidades. Una auto-evaluación continua y sincera de lo que los GC puede ofrecer a las comunidades, junto con una respuesta claramente positiva a esta pregunta de los representantes clave de la comunidad, será esencial para el desarrollo del programa.
3. Uno de los medios para desarrollar buenas relaciones de trabajo, sobre todo si la entidad ejecutora es externa a las comunidades en las que tiene la intención de trabajar, es la identificación de una necesidad de salud percibida con alta prioridad por la comunidad, la cual puede ser abordada mediante los GC y llegar a un acuerdo para llevarlo a cabo este trabajando conjuntamente hasta que se logre un éxito medible. Esta actividad debe desarrollar más la relación de confianza entre el personal del programa de salud y miembros de la comunidad.

4. Asegurarse que el personal esté preparado para dar mensajes claros y consistentes sobre el propósito y diseño del proyecto GC (ver **Lección 18: Presentación del enfoque Grupo de Cuidado a otros**).

El contexto post-conflicto de Guatemala requirió un gran esfuerzo, sobre todo teniendo en cuenta el aislamiento y difícil terreno de la zona del proyecto y de la desconfianza inicial y la sospecha que se encontraron en las comunidades. Sin embargo el modelo GC se mostró a sí mismo como un método eficaz para la construcción de la cohesión social. Ahora la gente sabe y confía en sus vecinos y personal de otros proyectos y existen comités de salud en las comunidades activas. Aunque es un resultado más difícil de medir, esto es claramente un resultado valioso, no solo en reducciones en la desnutrición infantil y la muerte, sino el hecho de que los GC fueron un gran éxito en la reconstrucción del capital social que estaba perdido en esta área de la comunidad en donde se unen para hacer frente a una variedad de desafíos y desastres naturales, ya que las comunidades siguen movilizarse para formar comités locales y abogar por los recursos de los gobiernos locales, así como también los grupos continúan reuniéndose y apoyan a las nuevas madres mucho después de haber finalizado el proyecto de capital social.

La construcción de la resiliencia al fortalecer el capital social como un mecanismo para mejorar la recuperación después de los desastres, también fue apoyada fuertemente por los resultados de investigaciones recientes. Daniel Aldrich⁴⁸, un investigador de la Universidad de Purdue, estudió cuatro desastres en los países desarrollados y en desarrollo en los últimos 100 años y encontró que el capital social es el mayor predictor de la recuperación frente a desastres. Estos resultados contradicen las teorías que comúnmente creen que el aumento de los niveles de ayuda y reconstrucción de la infraestructura física son los factores más críticos en el proceso de recuperación. En otras palabras, la investigación de Aldrich encontró que la reconstrucción de la infraestructura social era mucho más importante que la reconstrucción de la infraestructura física durante la etapa post-desastre y la recuperación de la población.

La estrategia de movilización de las VGC reconstruye la infraestructura social fortaleciendo lazos de capital social entre los amigos y la familia y entre los diferentes grupos religiosos y étnicos y mediante el enlace de las madres marginadas con la gente en el poder, dándoles una voz más fuerte con los tomadores de decisiones locales. La estructura de GC también moviliza a la "acción colectiva" para superar las barreras y obstáculos para tener acceso a servicios de salud materno-infantil y practicar los comportamientos. La acción colectiva también se encontró que se es fuertemente asociada con mayores niveles de confianza y las redes sociales más profundas. El efecto del enfoque de GC en la reconstrucción del capital social tiene un enorme potencial y debe ser medido y estudiado en el futuro, no solamente como un mecanismo para mejorar la recuperación después de los desastres, sino también como una medida de protección para mitigar los desastres en el futuro.

⁴⁸ D. Aldrich. 2012. *Building resilience: Social capital in post-disaster recovery*.