La unidad de salud y población

ADOPTANDO LA PARTICIPACIÓN PARA EL DESARROLLO

Experiencia mundial de
los Programas de Salud Reproductiva de CARE
con una guía de campo paso a paso hacia
las herramientas y técnicas participativas

octubre 1999

Editado por:

Meera Kaul Shah
Sarah Degnan Kambou
Barbara Monahan

Con apoyo financiero de

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Concesión No.: HRN-A-00-98-00023-00
y la Fundación Andrew W. Mellon

CARE • 151 Ellis Street, Atlanta, GA 30303 USA • Teléfono: 1-404-681-2552 • Fax: 1-404-589-2624

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS ..... S-i

DEDICATORIA ..... D-i

EN CONMEMORACIÓN A ..... C-i

CONOZCA A LOS AUTORES COLABORADORES ..... AC-i

PREFACIO *Jim Rugh* ..... P-i

PARTE UNO: EXPERIENCIA DE CARE CON LOS ENFOQUES PARTICIPATIVOS

Capítulo 1 ¿Cómo definimos la "Participación"? ¿Estamos listos para adoptaria?
Sarah Degnan Kambou 1.1

Capítulo 2 Participación y poblaciones específicas
Barbara Monahan 1.11

Caso de estudio: CARE Bangladesh 1.12
Caso de estudio: CARE Madagascar 1.17
Caso de estudio: CARE Togo 1.23
Caso de estudio: CARE Uganda 1.30
Caso de estudio: CARE Somalia. 1.35
Caso de estudio: CARE Perú 1.38
Caso de estudio: CARE Zambia 1.40

PARTE DOS: PARTICIPACIÓN: ALGUNAS REFLEXIONES CONCEPTUALES

Capítulo 1 Participación para el desarrollo: Evolución de una filosofia
Carlos A. Pérez. 2.1

Capítulo 2 Participación y el ciclo del proyecto: Un proceso interactivo
Michael Drinkwater 2.10

Capítulo 3 Abriendo diferentes puertas: El uso de encuestas cuantitativas para complementar los hallazgos del APA
Tamara Fetters 2.36

PARTE TRES: GUÍA DE CAMPO PASO A PASO HACIA LAS HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

Capítulo 1 Aprendizaje participativo y acción (APA): Generalidades
Meera Kaul Shah 3.1

Capítulo 2 Guía paso a paso hacia las herramientas y técnicas populares del APA
Meera Kaul Shah 3.24

Capítulo 3 Abordando la documentación, análisis, síntesis y redacción del reporte
Meera Kaul Shah 3.72

ANOTACIONES FINALES ..... AF-i

REFERENCIAS ..... R-i

Lista de Siglas

AA	Antropología Aplicada
ARN	Agricultura y Recursos Naturales
CARE	Cooperativa de Ayuda y Asistencia al Extranjero
DC	Distribuidores Comunitarios
OC	Organizaciones Comunitarias
PCAS	Plan Comunitario de Acción para la Salud
CIAT	Centro Internacional para la Agricultura Tropical
CI	CARE Internacional
OP	Oficina de País
SI	Supervivencia Infantil
DAP	Propuesta Detallada de Asistencia (USAID Título II)
DFID	Departamento para Desarrollo Internacional, Gobierno del Reino Unido
APT	Alimentos por Trabajo
IGF/MGF	Incisión Genital Femenina/ Mutilación Genital Femenina
PF	Planificación Familiar
ISA	Investigación de Sistemas Agrícolas
CAP	Conocimiento, Actitudes y Prácticas
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMVH	Seguridad de los Medios de Vida del Hogar
DSMVH	Diagnóstico de la Seguridad de los Medios de Vida del Hogar
IEC	Información, Educación y Comunicación
DIU	Dispositivo Intrauterino
AGI	Actividades para Generar Ingresos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
FMI	Fondo Monetario Internacional
LFSP	Proyecto de Seguridad Alimentaria de Livingstone, CARE Zambia
PELP	Plan Estratégico a Largo Plazo
M&E	Monitoreo y Evaluación
SMI	Salud Materna e Infantil
SM	Salud Materna
MS	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
CCS	Comité Comunitario de Salud
IO	Investigación Operativa
EPDN	Evaluación Participativa y Diagnóstico de Necesidades
PFPE	Proyecto de Población y Extensión de Planificación Familiar
APA	Aprendizaje Participativo y Acción
DRP	Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo
PROSPECT	Programa de Apoyo para la Erradicación de la Pobreza y la Transformación Comunitaria, CARE Zambia
CDC	Comité de Desarrollo Comunitario
RFA	Solicitud para Aplicación
RFP	Solicitud para Propuesta
SR	Salud Reproductiva
FHAAPY	Proyecto de Conciencia y Acción en Salud Reproductiva en Yirowe, CARE Somalia
DRR	Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido
VC	Vigilancia Comunitaria de Centinelas
SRM	Mentalidad de Segunda República
ETS/ITS	Enfermedades de Transmisión Sexual/ Infecciones de Transmisión Sexual
SWARMU	Unidad Administrativa Regional de Sudáfrica y Africa Occidental
CAT	Comadrona Adiestrada Tradicional
TEAM	Proyecto de Capacitación en Manejo Ambiental y Agrícola, CARE Lesotho
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
CAC	Comité Administrativo Comunitario

DEDICATORIA

Primeramente, los editores desean agradecer a los autores colaboradores que buscaron el tiempo en sus ocupadas agendas para compartir sus experiencias en el uso de los enfoques participativos en la programación de salud reproductiva. Estas contribuciones no sólo reflejan sus brillantes éxitos, sino también sus "difíciles" lecciones aprendidas, que fueron un aprender al hacer. Los editores agradecen especialmente la franqueza con que fueron escritos estos artículos y motivan a los principiantes y expertos a seguir el ejemplo de evaluar regularmente sus experiencias en el campo. Cada experiencia de campo nos provee un conocimiento nuevo y profundo del enfoque y las herramientas; lo que simplemente se necesita es buscar dicho conocimiento para hacernos más diestros y eficaces en el uso de las herramientas y en adaptarlas a nuestras necesidades programáticas.

Los lectores encontrarán en estas páginas una diversidad de opiniones y experiencias relacionadas con el uso de las herramientas y técnicas participativas en los programas de desarrollo en CARE. A pesar de que se ha editado el largo y composición de los artículos, los editores han evitado conscientemente el editar el contenido. Por lo tanto, las contribuciones hablan por sí solas, al reflejar las filosofías de desarrollo de los autores, así como lo que han percibido de sus experiencias de campo, el aprendizaje y la aplicación de estas metodologías.

Como una recopilación de material contemplativo, estas *Guías* delinean la condición actual del desarrollo participativo en la programación de salud reproductiva en CARE y, ahora que están disponibles, esperamos que inspiren mayor experimentación y aprendizaje dentro y fuera de la institución.

Los editores también desean agradecer al personal de campo de CARE, quienes proveyeron los productos visuales, fotografías y contribuciones narrativas para incorporarlos a las *Guías*. Ustedes son la fuente de los conocimientos de campo de CARE. El aprendizaje es muy valorado en CARE y mucho de nuestro aprendizaje ocurre en el campo cuando el personal colabora con los socios y clientes en la implementación del proyecto. Por lo tanto, es nuestro deber animarlo a continuar compartiendo herramientas, experiencias y aplicaciones para que CARE, como una institución, pueda establecer una capacidad fundamental en el uso de los enfoques participativos.

El "proyecto" de *Guías* ha recibido el apoyo firme de Maurice Middleberg y Catharine McKaig de la Unidad de Salud y Población. Lo que hace un año era un sueño es ahora una realidad gracias a su compromiso y estímulo. Además, varias personas de CARE han compartido su tiempo, experiencia y recursos para enriquecer las *Guías* y hacer que sea lo más íntegro posible. Los editores dan un especial homenaje a M.J. Conway y al personal de campo de CARE Ruanda, Sandy Erickson, Tim Frankenberger, Tony Ikwap, Anthony Klouda, Mary McInerney, Kanyi Mensah, Michele Munro, Aben Ngay, Irma Ramos, Jim Rugh, Eleonore Seumo y al personal de campo de CARE Madagascar, Tamara Fetters, Marcy Vigoda y Karen Westley.

Esta publicación ha sido posible por el apoyo generoso de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en virtud de las condiciones de la concesión número HRN-A-00-98-00023-00 y de la Fundación Andrew W. Mellon. Las opiniones expresadas en estas *Guías* son de CARE y no necesariamente reflejan los puntos de vista de USAID. CARE reconoce con agradecimiento el interés y apoyo de Carolyn Makinson de la Fundación Mellon y Sigrid Anderson, Maureen Norton y Lisa Childs de USAID.

Por último, los editores expresan su profundo agradecimiento a los cientos de hombres, mujeres y adolescentes quienes participaron en los numerosos diagnósticos y procesos de salud reproductiva participativos en todas las oficinas de CARE durante los últimos años. Gracias por compartir sus experiencias, discernimiento y preocupaciones con nosotros; esperamos haber presentado fielmente lo que nos han enseñado.

Meera K. Shah

Sarah Degnan Kambou

Barbara Monahan

En Conmemoracíon a

La Unidad de Salud y Población de CARE

se une a los editores

al dedicar

este manual a

Jennifer Mukolwe

Una representante de campo, de alto rango,

quien falleció trágicamente

en la flor de la vida.

Durante su vida profesional

Jennifer buscó mejorar

la condición de salud reproductiva de las mujeres africanas;

la extrañaremos mucho.

Conozca a los

AUTORES COLABORADORES

MEERA KAUL SHAH

La señorita Shah tiene títulos universitarios de Economía, Gerencia Rural y Género y Desarrollo. Ella ha trabajado en el campo de desarrollo durante los últimos 18 años. Meera ha trabajado para las ONG en la India durante diez años, incluyendo cinco con el Programa de Apoyo Rural Aga Khan (AKRSP) de la India. Cuando estuvo en AKRSP, ella ayudó a marcar nuevos rumbos para el DRP, como un cambio de la metodología de DRR, de arriba hacia abajo. Durante los últimos ocho años, Meera ha trabajado independientemente como consultora en desarrollo, especializándose como capacitadora en técnicas y procesos participativos, análisis participativo de género y proveyendo apoyo para fortalecer y desarrollar instituciones locales sostenibles. Su principal área de experiencia es el manejo participativo de recursos naturales. También ha estado involucrada en el desarrollo de las metodologías de campo para la investigación participativa de influencias políticas, especialmente aquellas relacionadas con el diagnóstico participativo de la pobreza, violencia urbana, inquietudes y problema de la mujer y salud sexual y reproductiva. Además, Meera ha trabajado con proyectos relacionados con la rehabilitación de personas afectadas por los desastres naturales y resolución de conflictos. Durante este período, ella ha dado su apoyo a varias ONG y agencias gubernamentales en la India, Zambia, Marruecos, Ghana, Malawi, Tanzania, Etiopía, Vietnam, Papua Nueva Guinea y Jamaica. Meera co-editó recientemente el libro *El mito de la comunidad: Temas de género en el desarrollo participativo* (Intermediate Technology, Londres).

SARAH DEGNAN KAMBOU

La Dra. Kambou ingresó en CARE en 1991. De 1991 a 1996, Sarah estuvo a cargo de los programas de salud reproductiva en Togo y Zambia. En Togo, ella ocupó el puesto de Gerente de Proyecto para un proyecto de planificación familiar que se enfocaba en incrementar la demanda, particularmente entre hombres rurales, y en mejorar la entrega de servicios de planificación familiar, tanto en la clínica como en la comunidad. Como Coordinadora del Sector Salud en Zambia, Sarah manejó una cartera de salud urbana que incluía el Proyecto Comunitario de Planificación Familiar financiado por USAID, que se enfocaba en mejorar los servicios de salud en los ayuntamientos, así como el Proyecto de Socios para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes que introdujo metodologías participativas al programa de salud reproductiva de CARE a través de su trabajo con adolescentes de las áreas urbanas. De 1996 a 1998 trabajó en Etiopía como Asesora Técnica en Salud Reproductiva en la Región de la África Sub-Sahara, dirigiendo el diagnóstico de necesidades participativas en la salud reproductiva y ejercicios de diseño de proyectos en Madagascar, Ruanda, Somalia y Sudán. Este puesto fue financiado parcialmente por la fundación Andrew W. Mellon; su trabajo incluía el desarrollo de programas de salud reproductiva para refugiados en el "Greater Horn" de África y en la Región de los Grandes Lagos. Actualmente Sarah trabaja como Subdirectora (Programa) en CARE Mali, donde continúa promoviendo el uso de enfoques participativos. Antes de ingresar en CARE, Sarah era miembro de alto rango del personal del Centro para la Salud Internacional de la Universidad de Boston y laboró como miembro adjunto en la facultad de Salud Pública.

BARBARA MONAHAN

La señorita Monahan ingresó en CARE en 1996, ocupando el puesto de Oficial de Programa de la Iniciativa de Salud Reproductiva para Refugiados. Barbara ha realizado diagnósticos participativos de las necesidades de salud reproductiva y ejercicios de diseños de proyecto en Ruanda, Somalia, Kenia y Macedonia. Ella trabaja para promover los enfoques participativos en todos los aspectos de la salud de los refugiados. Antes de trabajar con CARE, Barbara completó su Maestría en Salud Pública (MPH) con enfoque en la Salud Materna/Infantil y Nutrición. Ella trabajó como educadora de salud en el Cuerpo de la Paz en Togo y coordinó proyectos de prevención de VIH/SIDA en California. Además, Barbara ha realizado investigaciones para el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York en el Control de Tuberculosis para determinar los tipos de intervenciones efectivas para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

MICHAEL DRINKWATER

El Dr. Drinkwater es el Coordinador Regional de Programa que trabaja para la Unidad Administrativa Regional de Sudáfrica y África occidental (SWARMU) de CARE en su nueva oficina en Johannesburgo, Sudáfrica. Anteriormente él trabajaba como Subdirector de Programas en CARE Zambia, en donde ayudaba a introducir las metodologías participativas en el programa de país, conjuntamente con las iniciativas de socios y de la seguridad de los medios de vida del hogar. Michael estuvo en Zambia durange ocho años, que incluye los cuatro años y medio que trabajó con DFID como sociólogo rural en el campo de la investigación de los sistemas agrícolas. Durante este tiempo él realizó varios experimentos al introducir métodos de DRP e investigación participativa entre los agricultores como parte de una nueva perspectiva de la seguridad alimentaria. Actualmente trabaja en los programas de CARE de los países que conforman SWARMU, particularmente aquellos con un marco lógico urbano o rural de los medios de vida, teniendo como meta mejorar la calidad de los programas de CARE y promover las estrategias de trabajo en equipo y fortalecimiento de la capacidad, ambos dentro de CARE y con los diversos socios con los que trabaja CARE.

TAMARA FETTERS

La señorita Fetters es una becaria de la Universidad de Michigan y fue enviada a CARE Zambia para establecer la Unidad de Investigación Operativa (IO). Al trabajar con CARE Zambia, Tamara ha trabajado con el personal de la Unidad para realizar la investigación que contribuye al programa de políticas organizacional y nacional en Zambia. La Unidad de IO ha estado más activa en la investigación relacionada con la introducción de nuevos métodos contraceptivos y la salud sexual y reproductiva entre adolescentes en Zambia. También se ha involucrado en la promoción del uso multisectorial de los enfoques participativos para la investigación y desarrollo en Sudáfrica.

CARLOS A. PÉREZ

El doctor Pérez tiene más de 15 años de experiencia en el desarrollo agrícola y rural internacional. Actualmente, Carlos es el Director de la Unidad de Agricultura y Recursos Naturales (ARN) en CARE, donde desarrolla y provee asistencia en la formulación de políticas y abogacía, desarrollo de estrategias, análisis técnico y capacitación para promover la calidad e impacto del programa de ARN en 96 proyectos en todo el mundo. Él planificó y administró los proyectos de agricultura, silvicultura, ganado y recursos naturales en Bolivia y México. Carlos ha monitoreado la ejecución socioeconómica y de ecología agrícola de los programas de agricultura, silvicultura, ganado y recursos naturales en Centro y Sudamérica, así como en Egipto, Bangladesh, Filipinas y Tailandia. Tiene su Doctorado (Ph.D.) en Antropología y su Maestría (MA) en Sociología. Carlos fue becario del Programa Cassava del Centro Internacional para la Agricultura Tropical (CIAT), en Cali, Colombia de 1986 a 1989.

JIM RUGH

El Sr. Rugh es el coordinador de la división de diseño, monitoreo y evaluación (DME) de programa para CARE USA. También es el presidente del comité asesor para el DME de CARE Internacional y como tal, brinda orientación general para los estándares y Guías de DME de los programas de CARE en todo el mundo. Antes de integrarse a CARE en 1995, estuvo a cargo de su propia consultoría independiente durante 11 años, que se llamaba "Evaluaciones con base en las comunidades", y durate esta época, realizaba evaluaciones de muchas agencias del desarrollo internacional diferentes. Entre sus publicaciones se incluyen "La auto-evaluación: Unas ideas para la evaluación participativa de los programas de desarrollo comunitario", que fue publicado por World Neighbors (Oklahoma City) en 1994 (se volvió a imprimir en 1996), "¿Pueden complir con las necesidades de los beneficiarios las evaluaciones participativas?" y "Una evaluación del programa de vecinos mundiales en África Occidental" de la publicación *Practicing Anthropology*, tomo 19, núm.3, verano 1997, Sociedad para la Antropología Aplicada. Jim recibió su título de maestría (M.P.S.) de agricultura internacional y desarrollo internacional de la Universidad de Cornell. En el contexto de este programa, Jim se especializó en la enseñanza de adultos y la sociología rural con un enfoque en la evaluación participativa.

PREFACIO

JIM RUGH
Coordinador de Diseño, Monitoreo y Evaluación de Programas, CARE

Es nuestro deseo exhortar a más proyectos de CARE a usar los métodos participativos en sus procesos de diagnóstico de necesidades y diseño, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos. En CARE necesitamos más orientación de cómo hacer esto, así como compartir las experiencias con las enfoques participativos. Esta publicación brinda unas contribuciones valiosas a estos objetivos.

Tal y como dice Sarah Degnan Kambou: "estas *Guías* o manual son parte del proceso rejuvenecedor de la definición de 'participación' de CARE (Ver Parte Uno, Capítulo Uno). A pesar de estar dirigida específicamente a los involucrados en la programación de salud reproductiva, estos principios y enfoques son igualmente aplicables a todos los sectores".

Las *Guías* incluyen ejemplos prometedores de cómo varios proyectos de CARE están utilizando exitósamente los métodos participativos en su trabajo, incluyendo sus lecciones aprendidas. También incluyen visiones históricas del desarrollo de métodos, conceptos y ejemplos participativos para su uso durante el ciclo de vida del proyecto, así como algunas guías útiles para utilizar los métodos participativos no solamente para los diagnósticos, sino también para la implementación de proyectos.

Se recomienda leer esta publicación y aplicar lo leído, pero son necesarias algunas precauciones.

Debemos aclarar el uso de nuestros términos. Durante las últimas dos décadas ha existido la tendencia de moverse del Diagnóstico Rural Rápido (DRR) hacia el Diagnóstico Rural/Rápido Participativo (DRP). Desafortunadamente, el DRP se convirtió en una novedad, ya que el término se utilizaba por muchos que estaban expandiendo su definición, o por lo menos lo utilizaban para unos propósitos más extractivos que de empoderamiento. Los puristas, quienes consideran que la metodología participativa es una filosofía que debería guiar la práctica del desarrollo, deseaban separarse de esta degradación del uso del "DRP", por lo que empezaron a hablar sobre el Aprendizaje Participativo y Acción (APA). La idea es que el DRP puede ser utilizado para los diagnósticos rápidos, pero el APA es un compromiso a largo plazo con el desarrollo progresivo de la capacidad de que dispone la comunidad de identificar sus propias necesidades e implementar los planes de acción para mejorar sus propias condiciones. Desafortunadamente, ahora el APA se utilza en una formas también que no alcanzan aquel ideal, por personas que quieren parecer "políticamente correctas" (o "participativamente correctas") para impresionar a los donantes o a sus colegas.

A continuación se presentan algunas definiciones sugeridas para distinguir entre los diferentes términoss:

Siglas	DRR	DRP		APA
Nombre	Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido	Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo		Aprendizaje Participativo y Acción
		Versión Corta	Versión Completa	
Propósito primario	Extractivo, en su mayoria datos cuantitativos de encuestas	Extractivo, pero emplea la comunidad para información cualitativa	Más participativo, pero principalmente para obtener información para el diagnóstico	Empoderamiento de la comunidad para abordar su auto-desarrollo continuo
Macro de tiempo (participación de personas externas)	1 - 2 días en la comunidad	1 - 2 días en la comunidad	3 - 7 días en la comunidad	Compromiso continuo durante varios meses o años
Beneficio para la agencia externa	***	***	**	*
Beneficio para los miembros comunitarios		*	**	***

* Bajo nivel de beneficio; ** Mediano nivel de beneficio; *** Alto nivel de beneficio

Meera Kaul Shah define el APA (Aprendizaje Participativo y Acción) como "aplicable a los contextos rurales y urbanos, e indica que se use de forma continua durante las fases de 'acción' o implementación del ciclo del proyecto".

Si se utiliza como un evento suelto, como un diagnóstico que utiliza herramientas participativas, puede denominarse DRP. Solamente se puede llamar APA si es un proceso continuo. En el último caso, los métodos participativos serán utilizados en las mismas comunidades, no solamente para el diagnóstico, sino también para el diseño, implementación (capacitación, aprendizaje), monitoreo y evaluación del proyecto.

Pregunte para quién es la información. También pregunte cuál será la duración del personal del proyecto de CARE o del socio en una comunidad en particular. Si solamente es de un día, como parte de una encuesta extensa realizada como un diagnóstico de necesidades, reconozca que es DRR. Si las personas externas pueden estar de dos días a una semana completa, puede llamarse DRP. Solamente si la agencia interventora (CARE o socio) puede acometerse a mantener unas relaciones periódicas con la comunidad durante un largo período de tiempo (de meses a años) se puede considerar un verdadero enfoque APA.

A continuación se presentan varias observaciones o recomendaciones a tener en cuenta cuando piense en las metodologías participativas:

- *Tenga cuidado con la "participación errónea".* Algunas formas de intervención no son participativas por ellas mismas. En tales caso es contranatural tratar de imponer técnicas participativas en otro proceso que no sea de arriba hacia abajo. Como ejemplos de éstos encontramos los ejercicios "rápidos y deshonestos" tipo DRP en algunas comunidades, como parte de un diagnóstico que guíe al diseño de un proyecto de infraestructura grande. Las personas no estarán propiamente involucradas en la implementación del proyecto, pero "es bueno" obtener sus ideas antes de que comience el proyecto.

- *La medida es un reto.* Usualmente, los proyectos de CARE se dirigen hacia las necesidades de muchas comunidades en un área geográfica bastante grande (distrito, municipalidad). ¿Cómo accesar las necesidades de toda el área al realizar los diagnósticos DRP en solamente algunas comunidades? Puede ser erróneo suponer que existe la homogeneidad en toda el área. Puede que el proyecto no tenga los recursos (tiempo y dinero) para llevar a cabo los diagnósticos participativos en muchas (si no todas) las comunidades. Idealmente, debe haber una forma en la que el ejercicio del diagnóstico inicial provea suficiente información para llevar a cabo el diseño del proyecto global, al permitir la flexibilidad y construir un proceso de diagnósticos comunitarios y adaptaciones hechas a la medida del proyecto, al ser éste implementado en cada comunidad.

- *Sea flexible.* Meera Kaul Shah observa que las evaluaciones/diagnósticos participativos pueden realizarse aun después de que el proyecto haya comenzado a funcionar. Sin embargo, si el proyecto fue pre-diseñado bajo un anteproyecto elaborado por personas externas con buenas intenciones, pero luego deciden utilizar el DRP después de comenzar el proyecto, tenga la certeza de que exista la flexibilidad para volver a diseñar el proyecto con base en las perspectivas de los participantes.

  De hecho, sería buena idea que todos los proyectos tuvieran flexibilidad para ajustar sus diseños al obtener información de los estudios base y monitoreo durante la implementación. Un enfoque iterativo de diseño inicial > acción > aprendizaje > diseño revisado permitiría que el proyecto continúe mejorando su plan para responder a las necesidades y situaciones reales, conforme se comprendan mejor o evolucionen.

- *Para evitar el enfoque de anteproyecto que depende del plan global elaborado precipitadamente, los donantes deben ser persuadidos a permitir (y apoyar) un período prolongado de acción* – investigación, para que haya suficiente tiempo para obtener a más personas interesadas e involucradas en el proceso evolutivo de desarrollar los planes de proyecto. Al estar esto claro, hay necesidad de llegar a un punto en donde el plan de proyecto (incluyendo el marco lógico) va más allá del proceso y tiene como meta alcanzar los resultados deseados por las personas.

- *Un enfoque de desarrollo comunitario difiere bastante de un enfoque de sectores específicos.* El primero se basa en las necesidades de comunidades específicas, tomando en cuenta la perspectiva de los miembros de dichas comunidades, ayudándolos a buscar varias formas de asistencia. El último lleva intervenciones técnicas particulares a las comunidades.

  Tal y como advierte Karen Westley, el uso de los enfoques participativos depende de los objetivos de un proyecto. Si el objetivo es movilizar las comunidades, los enfoques participativos obviamente serán necesarios. Sin embargo, si el objetivo es proveer la capacitación técnica a los trabajadores de salud, como capacitar a los obstetrices en la inserción de los DIU, puede ser inapropiado el enfoque participativo (o, por lo menos, debería adaptarse a la situación).

- *Existe peligro de que una agencia externa "realice DRP" en una comunidad, utilizando herramientas DRP diseñadas para el empoderamiento comunitario a largo plazo, cuando realmente lo que quieren es información para usarla la agencia en el diseño de proyectos.*

  Es provechoso considerar los niveles que se presentan en "La tipología de la participación" de Jules Pretty, citados en el capítulo del ciclo de vida del proyecto de Michael Drinkwater. En realidad, se enuncia (o afirma) el DRP en muchos niveles. Aunque no todos están en lo ideal del empoderamiento comunitario, puede haber razones para utilizar los métodos participativos en diferentes niveles. Solamente reconozca qué nivel de tipología corresponde.

- *También existe peligro en varias agencias externas que "hacen DPR" en una comunidad.* ¡He descubierto en más de una comunidad, a través de los informantes clave y ejercicios de Diagrama de Venn, que dos agencias o más habían realizado el DRP allí! A pesar de que estas comunidades hubieran apreciado estas oportunidades para aprender más sobre sí mismas, piense sobre la actitud que tomaría si otra agencia anunciara que vendrá durante varios días para realizar una serie completa de los ejercicios del DRP.

  Como mínimo, averigüe quiénes han estado antes en la comunidad, cuáles eran sus propósitos y lo que hicieron. Averigüe si dejaron los resultados gráficos escritos (o si éstos estarían disponibles en la oficina de la agencia). Lo más importante – ¿cuáles serían las actitudes y expectativas de las personas si usted realizara el "DRP" nuevamente?

  Existen varios lugares en el mundo de CARE en donde más de un proyecto sectorial de CARE trabaja en las mismas comunidades. ¿Han colaborado estos proyectos al punto de realizar diagnósticos DRP conjuntamente? ¿Puede ser culpable CARE de realizar múltiples DRP para diferentes propósitos? Una de las ventajas de tomar un enfoque de programa (en lugar de solamente proyectos distintos y aislados) es que el diagnóstico holístico puede conllevar a planes coordinados para promover proactivamente la sinergia. Esto incluye el DRP cooperativo (y aun APA continuo).

- *Seamos considerados con las personas de la comunidad.* Cuando les pedimos tiempo de sus ocupados programas de trabajo para participar en las actividades de DRP, creamos sus expectativas. Si lo hacemos solamente para extraer información sobre ciertos temas en los que el proyecto ya ha decidido que se va a enfocar, ¿por qué pedirles realizar un mapa social, cronograma histórico, calendario anual, etc.? Dichas herramientas fueron diseñadas para ser utilizadas donde la agencia de ayuda (visitantes) planean estar por suficiente tiempo para ayudar a la retroalimentación al diagnóstico con acciones. Aun en donde la agencia interventora planea utilizar información contextual más holística para diseñar un programa multisectorial, ¿hemos creado expectativas en estas comunidades en particular más allá de nuestra habilidad de responderles? Consideremos la perspectiva de la comunidad.

  Tal y como Marcy Vigoda y Karen Westley señalan, cuando realizamos un diagnóstico de anteproyecto para desarrollar una propuesta de proyecto, no existe ninguna garantía de financiamiento, o al menos, probablemente habrá un largo atraso antes de que el proyecto esté en vías de ejecución. Debemos ser cuidadosos y no crear expectativas en la comunidad antes de tener la capacidad de responder. Marcy propone utilizar solamente ciertos ejercicios del DRP para los diagnósticos preliminares, y esperar hasta que el proyecto haya comenzado antes de realizar los diagnósticos de necesidades comunitarias más extensos, que conlleven directamente a los planes de acción para dichas comunidades.

Irma Ramos refuerza esta preocupación sobre crear expectativas, por lo que sugiere que si una organización ha decidido desarrollar un proyecto enfocado en la salud, debe dejarlo claro y realizar preguntas relacionadas con la salud (y factores que afectan la salud). También deben asegurarse de proveer retroalimentación a la comunidad en cuanto a los resultados obtenidos.

- *Los diagnósticos rápidos en algunas comunidades usualmente no sirven efectivamente como estudio base para un proyecto que trabaja en un área geográfica más amplia.* Las herramientas de DRP pueden ser utilizadas para generar datos cuantitativos. Esto puede ser suficiente para servir como medida para aquellas comunidades particulares. Pero aun donde los datos cuantitativos son obtenidos a través de los DRP, los datos no son estadísticamente adecuados para servir como comparación con una evaluación eventual de un proyecto que trabaja en varias comunidades, a no ser que exista un diseño adecuado de muestreo de diseño tamaño al seleccionar dichas comunidades.

- Como Carlos Pérez indica, *deberíamos ser cuidadosos de no asumir que las comunidades son homogéneas*, y que a través de las técnicas DRP podemos determinar una visión colectiva. Nuestras herramientas deben considerar los subgrupos de las comunidades y reconocer sus diferentes perspectivas, relaciones de poder y fuentes de conflicto.

- *Secuencia:* Comience con un proceso totalmente abierto para identificar los temas clave; pruébelos al usar las herramientas DRP apropiadas. Eventualmente tome algunas medidas de la magnitud del fenómeno particular.

- *Evolución:* Varias herramientas y combinaciones de herramientas DRP pueden adaptarse para las evaluaciones/diagnósticos iniciales, para el diseño del proyecto, para reforzar la capacitación durante la implementación, para el monitoreo y la evaluación. Si son utilizados para todos estos propósitos, entonces pueden llamarse APA, ya que son utilizados para reforzar el Aprendizaje Participativo y Acción.

- *Sea creativo:* Adopte las herramientas DRP para el propósito que se tiene a mano. También invente otros. Tal y como Meera Kaul Shah indica, existe peligro de "fijación de métodos" – utilizando herramientas en las que hemos sido capacitados para utilizar en lugar de considerar primero los problemas que la comunidad ha identificado o los temas de los que el proyecto necesita información o ambos. Determine primero los problemas de la comunidad y luego elija (o diseñe) las herramientas para examinar dichos problemas en detalle.

- *El análisis es un reto.* Aunque los participantes y facilitadores disfrutan al usar las herramientas DRP, y se aprende mucho durante el proceso, no es fácil sintetizar los hallazgos clave de los ejercicios DRP. Es realmente desafiante sintetizar y agregar los hallazgos de varias comunidades para ser utilizados en la documentación del diseño, monitoreo, evaluación de un proyecto de gran escala o todos.

- *Hablamos mucho sobre el uso de los métodos DRP para los diagnósticos.* Continúe buscando formas para incorporarlos al resto del ciclo de vida del proyecto, incluyendo el monitoreo y evaluación (M&E). Para que un proyecto tenga un plan bien elaborado de M&E, no es

incompatible incorporar los métodos participativos. Pueden y deben participar los participantes del proyecto en la determinación de los indicadores que son significativos para ellos, incluyendo su participación en la medición de dichos indicadores – en formas y etapas apropiadas – durante el ciclo de vida del proyecto.

- También necesitamos reconocer que el sistema M&E de un proyecto debería satisfacer las necesidades de diversos interesados. A pesar de que debiera haber consistencia y coherencia entre los diferentes requisitos de recolección, análisis y reporte de información, puede haber necesidad de tener diferentes componentes para satisfacer las necesidades de los participantes comunitarios, organizaciones socias, personal de proyecto de CARE, la organización de CARE (Oficinas de País, Oficina Central y CARE Internacional), así como las de los donantes.

- A pesar de lo mucho que queremos que el fruto de nuestros esfuerzos sea apropiado para las organizaciones locales y sostenibles por ellas, la realidad del mundo en que obran los proyectos de CARE es que somos responsables ante muchos, además de las comunidades meta.

EN RESUMEN

No es una pregunta con una u otra respuesta, sino la combinación correcta de los métodos cualitativos y cuantitativos; de las charlas en grupo por medio de los ejercicios DRP y entrevistas individuales y a hogares; de los informantes clave en la comunidad y en las instituciones que se relacionan con ésta. No debería ser o un anteproyecto preparado con anticipación o un proceso continuo no definido como el fin de por sí, sino una fase del aprendizaje en acción adecuado para desarrollar los planes de una forma completamente participativa. Tarde o temprano el proyecto debe tomar la forma de intervenciones que conlleven a un cambio considerable, sostenible y deseado (ej., impacto). No necesariamente necesitan implicar las "Intervenciones" un servicio directo de CARE, sino que pueden tomar la forma de unas modalidades discretas que fortalece la capacidad del personal de la organización socia o de los miembros comunitarios o ambos.

Desde la perspectiva de CARE, para la definición de "proyecto" existe un rol a tomar por parte de CARE, sobre un período de tiempo limitado según lo definan los donantes. Pero ya existía lo que sucede en la comunidad antes de que CARE participara en el asunto, y continuará existiendo durante mucho tiempo después de que terminen nuestro tiempo y dinero para las intervenciones. Si tenemos éxito, la diferencia la notarán los socios y los miembros comunitarios, que serán capaces de realizar el trabajo de mejorar la calidad de sus vidas (después de la vida del proyecto de CARE).

EXPERIENCIA DE CARE CON LOS ENFOQUES PARTICIPATIVOS

Capítulo 1 ¿Cómo definimos "participación"? ¿Estamos listos para adoptarla? 1.1

Capítulo 2 Participación y poblaciones específicas 1.11

CARE Bangladesh 1.12
CARE Madagascar 1.17
CARE Togo 1.23
CARE Uganda 1.30
CARE Somalia 1.35
CARE Perú 1.38
CARE Zambia 1.40

CAPÍTULO 1

¿CÓMO DEFINIMOS "PARTICIPACIÓN"? ¿ESTAMOS LISTOS PARA ADOPTARLA?

Sarah Degnan Kambou

La participación no es un concepto nuevo para CARE; durante muchos años esta palabra ha sido parte de nuestro léxico institucional. Por ejemplo, la participación se refleja en la declaración de misión de CARE USA, y en otros documentos de referencia, como un valor central y como un principio programático fundamental: en otras palabras, nuestra forma preferida de "hacer" desarrollo. En una organización tan grande y culturalmente diversa como CARE Internacional, es un hecho que muchos de nosotros compartimos una creencia en el valor de la participación, de que hemos podido crear y mantener una identidad común y secular que se extiende a todo el mundo.

LA NECESIDAD DE DEFINIR LOS TÉRMINOS

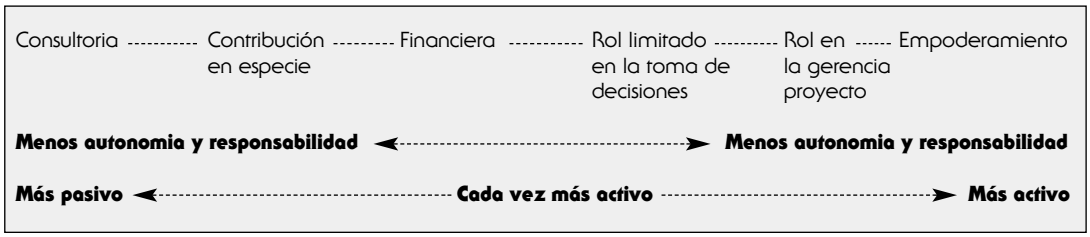
El personal de CARE, en reuniones regionales e internacionales, habla con convicción sobre sus experiencias e incorporan la participación en sus proyectos; es reconfortante su entusiasmo y orgullo por las contribuciones al desarrollo comunitario. Usualmente, los términos y metodologías no siempre han sido expresados claramente en las presentaciones del proyecto, debido a la falta de tiempo. Por lo tanto, el uso de una palabra común como 'participación' puede haber llevado a las personas a creer que compartimos la misma visión de su aplicación en el desarrollo. En la Conferencia de CARE sobre Mejores Prácticas 2001[1], estaba claro, según la presentación del panel, que dentro de CARE no existe una definición para 'participación'. De hecho, el uso de la palabra 'participación' oculta una inmensa divergencia de su definición y aplicación. Dado que la definición general de participación probablemente no varía mucho de misión en misión, particularmente para incluir a los socios y clientes de CARE en el proceso de desarrollo, su definición operativa específica puede variar considerablemente, abarcando una variedad de modalidades, por lo que pueden ser operacionales una o varias formas en un proyecto.

> "El contexto es muy importante, y la participación comunitaria puede ser un enfoque delicado. Para operativizar el aprendizaje, debemos determinar qué nivel de participación es realista, al considerar que los gobiernos reprimen la participación comunitaria debido a razones políticas."
>
> Cita de Grupo Técnico de Participación/Movilización Comunitaria, Conferencia 2001 de Mejores Prácticas, Savannah, GA. Octubre 1997

Por lo tanto, es posible que la Oficina de País (OP) Número Uno hable de participación y se esté refiriendo a su práctica de consultar a las comunidades sobre las decisiones importantes, tales como la selección de Voluntarios Comunitarios en Salud y el arreglo con la comunidad para las contribuciones en especie y financieras para las actividades del proyecto, como la construcción. Éstas son formas reales de participación, aunque de menor rango en términos del grado de

autonomía y responsabilidad que se requiera de los miembros comunitarios. La Oficina de País Número Dos habla sobre participación y se refiere a sus esfuerzos para animar a la comunidad a lograr el mayor grado de involucramiento posible. Tal OP también emplea múltiples formas de participación, quizá enfocándose en roles más activos para los socios y clientes en el manejo del proyecto, pero por alguna razón no necesariamente busca empoderar a los miembros de la comunidad. La Oficina de País Número Tres habla sobre participación y la considera el equivalente del empoderamiento. Esta OP analizará su programa desde un punto de vista diferente, ya que puede ver la participación como un fin en sí mismo, mientras que las primeras dos OP pueden ver la participación más como un medio para alcanzar un objetivo deseado del desarrollo.

FIGURA 1.1 EL ESPECTRO DE LA PARTICIPACIÓN



Entonces, ¿cuál de estas tres definiciones operativas de participación es la correcta? De hecho, las tres pueden ser apropiadas ***si han sido definidas como función de su realidad operativa y si evolucionan como respuesta a los cambios en el ambiente operante.*** Por ejemplo, en las fases iniciales de una emergencia, no es apropiado emplear un estilo altamente participativo, ya que el ambiente operante es ambiguo y las decisiones programáticas deben ser realizadas eficientemente y con autoridad. Al estabilizarse una situación de emergencia, emerge un nuevo ambiente operante, el cual debería dar cabida a unos niveles crecientes de involucramiento comunitario. Si un estado de emergencia se establece dentro de una clase de patrón de apoyo, como en el caso de Somalia, puede ser posible, aun necesario, avanzar con firmeza y buscar la manera de incorporar mayores formas de participación en la implementación del proyecto. El personal de CARE necesita definir el uso de la palabra 'participación' cuando se refiere al enfoque programático, y debería referirse al grado de involucramiento y compromiso de los socios y clientes en la implementación del proyecto. Deberíamos reconocer que existen varias formas de participación y que la selección de las formas de incorporarse dentro de una estrategia de programa debería determinarse situacionalmente – por lo que no existe una manera sola de alcanzar la participación. Por otra parte, el personal de proyecto necesita ser auto-crítico en su uso del término y su definición operativa exacta en un proyecto específico. El elemento más importante es continuar aprendiendo qué forma de 'participación' es apropiada para los socios y clientes y luego continuar el diálogo con ellos sobre cómo la definición operativa puede evolucionar significativamente con el paso del tiempo.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR

- ¿Utilizamos el término 'participación' porque es políticamente correcto y/o nos hace sentir bien acerca de nuestro trabajo?
- ¿Nuestra definición operativa de 'participación' ha evolucionado suficientemente para mantener el ritmo con el ambiente operativo cambiante?
- ¿Estamos avanzando firmemente con buenas intenciones, pero dejando a la comunidad atrás, todo bajo el nombre de 'participación'?
- ¿Vemos la 'participación' como un 'medio' o como un 'fin'? ¿Cuáles son las implicaciones para nuestro programa de desarrollo?
- Si realmente estamos comprometidos a involucrar a los socios y clientes en el proceso de desarrollo, ¿qué aspectos de ***nuestro*** comportamiento necesitamos cambiar?

Un modelo de desarrollo reorquestrado. La participación no es un concepto nuevo en la teoría de desarrollo; esa declaración es tan verdad para la salud como para otras áreas. ¡No es inusual escuchar a los funcionarios médicos que trabajaban en el África post-colonial afirmar que antes realizaban participación comunitaria, cuando no estaba de moda! No están tan lejos de la verdad, aunque una ve más se revierte al tema de los términos. En los años 60 y 70, los médicos predicaban la participación bajo el rubro de la medicina comunitaria y luego bajo el cuidado primario en salud. Con la excepción de algunos casos excepcionales, la participación tendía a asumir una forma de rango menor, más que todo junto con la movilización, ya que la programación de desarrollo permanecía esencialmente paternalista y autoritaria. Tal vez podemos ver este período como el crisol, o etapa formativa, para los modelos actuales del desarrollo participativo.

La experiencia de CARE en los enfoques participativos. Los proyectos de CARE han experimentado y lo siguen haciendo con varios modelos de desarrollo participativo, ajustando los enfoques para satisfacer sus necesidades programáticas y realidades operativas, e introducen la innovación al aprender de sus experiencias en el campo. Ya que pocos de nosotros tenemos el tiempo de documentar nuestras experiencias en el proyecto para permitir un aprendizaje institucional amplio, muchos proyectos pueden volver a inventar la rueda en términos de seleccionar o adaptar un enfoque participativo en particular. Otros pueden no haber extendido la frontera de la participación lo más posible, que es incorporarla a los aspectos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación del proyecto. Estas *Guías* sirven como un recurso para proveer al personal de CARE con una visión general teórica y una introducción a varias herramientas y técnicas, pero también sirven como un almacén de los conocimientos de CARE en el campo. Tal y como lo presenta el Capítulo Dos, ¡somos nuestro mayor recurso!

Uso de contadores con miembros comunitarios en Tana, Madagascar; para revnir las proyecciones comunitarias de fertilidad y comportamientos de salud reproductiva.

"Piense globalmente; actúe localmente". El asegurar una participación mayor de las personas en el proceso de desarrollo emergió primeramente como resultado de las lecciones aprendidas de los modelos previos de desarrollo, los cuales no cumplieron su potencial anticipado (ej., desarrollo integrado rural). Además, aprendimos que los enfoques globales para el desarrollo debían ser adaptados a las circunstancias locales que son moldeadas por las realidades socioculturales, históricas, políticas y económicas. Podemos tomar un ejemplo directamente de la experiencia de CARE en la programación de salud y población. Mientras que el enfoque programático de CARE en África del Sur es parte del rubro general de la seguridad de medios de vida del hogar y está basado en los principios de asocio, fortalecimiento de la capacidad institucional y participación, el programa de salud reproductiva de CARE en la región peri-urbana de Zambia es similar, aunque diferente en lo cualitativo al programa de CARE en la región peri-urbana de Madagascar. Ambas Oficinas de País buscan involucrar a los socios y clientes en la implementación del proyecto de forma activa, pero al luchar a encarrilar a las comunidades y las estructuras comunitarias hacia una mayor responsabilidad y autonomía, cada OP se enfrenta con retos singulares, que necesariamente han moldeado la evolución de su proyecto y estrategia.

CONOCIMIENTO DEL CAMPO: REALIDADES POLÍTICAS ENFRENTADAS POR CARE ZAMBIA

Zambia y "mentalidad de segunda república". El personal de CARE Zambia frecuentemente cita "mentalidad de segunda república" (SRM) como un obstáculo principal en la movilización de las personas para responsabilizarse del desarrollo de sus propias comunidades. SRM se refiere a la preferencia de las personas por las donaciones o dependencia de las mismas que evolucionó de los programas de asistencia social del gobierno implementados durante los 27 años de ocupación del Presidente Kenneth Kaunda.

Al establecerse la democracia multipartita de 1991, la economía de Zambia cambió de una economía centralmente planeada a una economía de mercado; el efecto en el precio de la canasta básica fue asombroso. Cuando el Programa de Ajuste Estructural monitoreado por FMI cerró periódicamente los programas de asistencia social, las personas pobres se quedaron sin recursos adecuados para satisfacer sus necesidades básicas. La reacción de muchos a este abrupto e imprevisto cambio en la realidad cultural y económica fue humanamente comprensible: anhelar los días de la segunda república, cuando era rigor las colas, las tarjetas de racionamiento y los subsidios gubernamentales.

CARE Zambia intensificó su compromiso hacia la programación participativa en los años 90, y como resultado enfrentó múltiples retos: (1) desarrollo de una estrategia con la que su programa gradualmente cambió de intervenciones puramente de asistencia social; (2) ayuda al personal a reconocer la influencia de SRM en sus propias actitudes hacia el desarrollo, su comportamiento al tratar con socios y clientes y su disposición para adoptar un enfoque más participativo; (3) capacitación al personal en la teoría de desarrollo participativo y equipamiento con herramientas y técnicas; (4) obtener fondos de donantes y (5) obtener la confianza de los socios operantes, estructuras comunitarias y clientes del proyecto para invertir en este nuevo enfoque. CARE ha tendio éxito al responder a estos retos y re-moldear su programa en Zambia.

CAUSAS COMUNES DE FRACASO

Stan Burkey[2], quien cree firmemente que la participación es un fin en y por sí, realizó un repaso detallado de la literatura de desarrollo para preparar su libro sobre el desarrollo participativo y auto-dependiente. Él ha identificado cuatro causas comunes de fracaso de los programas en promoción del enfoque participativo (Burkey, 1993, p. 159-161).

- **Muy poca preparación.** Con nuestras prisas de avanzar en entregar el proyecto (ej., resultados o productos que prometimos al donante), no invertimos suficiente tiempo reflexionando sobre nuestra propia estrategia, buscando entendimiento con los clientes, comprendiendo su situación, explicando el proyecto, sus objetivos, el rol de CARE y nuestras expectativas de la comunidad, escuchando sus preocupaciones y expectativas, clarificando nuestra estrategia según el caso y preparándolos para emprender aquellas actividades que se pretende sean sostenibles después de que termine el proyecto.

CONOCIMIENTOS DEL CAMPO DE CARE PERÚ

Tal y como Irma Ramos lo indica, "es mucho más fácil llevar una lata de comida que enseñar a los miembros de una comunidad a cocinar". El reto es invertir un poco de tiempo para crear pagos a largo plazo para las comunidades.

- **Muy poca confianza.** ¡A pesar de nuestras mejores intenciones y esfuerzos de cambiar nuestras actitudes, continuamos creyendo dentro de nosotros mismos que somos los expertos y que, por lo tanto, conocemos las formas correctas de hacer las cosas! No tenemos confianza en las personas ni en su habilidad de organizarse por sí mismos. Nosotros "hacemos" las cosas por las personas porque es más fácil para nosotros y nos parece más eficiente. Burkey asevera que la Regla de Oro del desarrollo participativo debería ser "No haga nada por las personas, si lo pueden hacer ellos" (op.cit., p. 160).

CONOCIMIENTOS DEL CAMPO DE CARE RUANDA

Al comenzar con la preparación de campo y capacitación para ejercicios del APA en Ruanda, un miembro del equipo de diagnóstico del Ministerio de Salud tenía dudas acerca de este tipo de "estudio". Ella sentía que seguramente éste no produciría el mismo tipo de resultados rigurosos como una encuesta cuantitativa. Ella también dudaba sobre si ella aprendería algo nuevo de los miembros de la comunidad. Al interactuar con los miembros de la comunidad durante el ejercicio participativo de la salud reproductiva, ella tuvo una revelación. Cuando las mujeres respondieron a una pregunta sobre las preocupaciones en SR, ella respondió: "¡Caramba, estas mujeres son muy listas!"

- **No hay suficientes beneficios inmediatos.** Debido a que Burkey ve la participación como un fin en lugar de un medio, él siente que las personas pobres deberían ser capaces de poner prioridad a sus necesidades y que la programación de desarrollo debería tratar las necesidades inmediatas como una prioridad primaria. De acuerdo con Burkey, el problema es que orientamos a las personas a aceptar nuestras propias prioridades, aquellas cosas que tenemos la impresión de que son importantísimas para su bienestar, ej., salud, sanidad, salud infantil, etc. Las personas aprueban nuestras ideas porque no quieren perder nuestros servicios, pero su acometido queda indiferente.

  Para aquellos que ven la participación como un 'medio' para un fin, existe una lección. Burkey provee una cita de Martin Scurrah que enfatiza que las personas pobres están totalmente ocupadas con la obtención de sus propios medios de vida, por lo que no pueden participar en nuestras actividades a no ser que perciban "pagos inmediatos y tangibles" (op.cit., p. 160). Los Editores no consideran que Burkey necesariamente esté recomendando el pago de incentivos a los miembros comunitarios para que participen en las actividades (aunque puede ser apropiado en algunos casos); es más probable que se esté refiriendo a una actividad transparente y lógica de preparación y a una ejecución oportuna de una intervención definida.

- **Participación no-constructiva.** En el caso de que una o varias personas dominan un grupo o que fuerzan una actividad, otras personas asociadas con el grupo o con la actividad normalmente asumen un rol más pasivo. En otras palabras, no participan total y constructivamente. Puede surgirse algún conflicto y quedará sin resolver; pueden haber luchas por el liderazgo y las personas comienzan a perder de vista el objetivo original. Dada esta experiencia negativa, las personas pierden el interés y dejan de participar.

CONOCIMIENTOS DEL CAMPO DE CARE SOMALIA

Al llegar a un campo internamente desplazado en Somalia, un equipo de personal de CARE se desalentó cuando algunos residentes del campo mostraron hostilidad a la llegada de otro "equipo de diagnóstico". Al estar dos años en el campo, estos residentes habían visto varios "visitantes" llegar y partir, y el resultado de estas visitas había sido poco cambio en la vida en dicho campo. Cuando comenzó el primer día de trabajo de campo del APA, los residentes se sorprendieron y se contentaron, ya que se les pidió y respetó sus opiniones. Esto causó una gran diferencia en lo referente a cómo el ejercicio pudo comprometer a la comunidad y hacerla parte de la solución.

EXPLORANDO NUESTRAS ACTITUDES HACIA LA PARTICIPACIÓN

Recientemente, CARE celebró su 50° aniversario. Por lo tanto, CARE es no sólo una de las organizaciones privadas más grandes de ayuda humanitaria y desarrollo en el mundo, sino también está dentro de las más veneradas, ya que tiene una larga historia de servicio a las poblaciones pobres y desplazadas. Existen varias razones por las que nuestra organización ha podido sobrevivir y prosperar por más de medio siglo, como la habilidad organizacional de evolucionar a través del tiempo, examinar sus operaciones críticamente y aprender de sus éxitos y fracasos, así como ejecutar con base en sus puntos fuertes – al trabajar a nivel comunitario.

Con la producción y distribución de estas *Guías*, en esencia estamos en el proceso de rejuvenecer la definición de 'participación' de CARE, de la forma en que se aplica a la programación de salud reproductiva. Si los miembros del personal desean participar significativamente en esta iniciativa de programación, están obligados a examinar sus propias actitudes hacia la participación. ¿Por qué? Robert Chambers nos ofrece una explicación:

> "[Mi crítica sobre cómo hacemos desarrollo] comienza con 'nosotros', con los profesionales del desarrollo. Se pregunta acerca de fallas, errores y aprendizaje, sobre lo que hacemos y no hacemos y cómo podemos mejorar. El argumento es que nosotros mismos somos gran parte del problema, y es a través de cambiarnos a nosotros mismos que se debe buscar la solución. Un libro anterior [de Chambers] se titula 'Poner en primer lugar lo último', pero poner en primer lugar lo último es la parte fácil; poner en último lugar lo primero es más difícil, ya que significa que aquellos que tienen poder deben bajar, sentarse, escuchar y aprender de y empoderar a aquellos que son débiles y están de último.' (Chambers, Robert. ¿Cuenta la realidad de quién? Poner en primer lugar lo último. Londres, Intermediate Technology Publications, 1997, p.2)

Satisfacción en el trabajo: un tropiezo potencial a la participación. Obtenemos satisfacción de nuestro trabajo en CARE; preferimos quedarnos en lugar de ganar un sueldo mayor en la administración pública o en el sector privado. Hay algo en el trabajo de la ayuda humanitaria y desarrollo que nos impulsa a levantarnos cada día e ir a nuestra oficina o (aun mejor) al campo. Necesitamos comprender de mejor manera los elementos que generan nuestra satisfacción en el trabajo ya que, aunque pueden contribuir a nuestro sentido personal de bienestar, pueden ser contraproducentes a los objetivos de la organización de incrementar la participación de las personas en su propio desarrollo.

EJEMPLO: Si soy un agente de campo que supervisa al personal de Alimentos por Trabajo (APT), tengo cierto grado de satisfacción al distribuir los racionamientos a las personas pobres en mi comunidad, ya que sé que ellos necesitan el alimento y me hace sentir bien ayudarles. Como supervisor de campo, estoy a cargo del lugar, equipo y suplementos y disfruto de ser el jefe. También puedo obtener satisfacción del respeto que me tiene el personal de APT, los líderes comunitarios, mi familia y amigos que están impresionados por mi puesto en CARE. Luego, un día, el personal de alto nivel de mi Oficina de País comienza a hablar sobre incrementar la participación de las personas en la toma de decisiones y en la implementación del proyecto, y yo me preocupo por perder el poder y autoridad que tengo sobre mi personal. Estoy convencido de que la consideración como jefe que tenía antes se reducirá porque no seré tan importante como antes. Tal vez mi temor más grande es no ser capaz de hacer esto de 'la participación' en la forma que quiere mi supervisor. Cuando se suman todas estas consideraciones, parece que es mucho lo que se arriesga – ***por lo que resisto***. Yo continuaré resistiéndome hasta que comprenda que tengo mucho que ganar al adoptar este nuevo enfoque; que mi evaluación de desempeño estará basada en mi capacidad de promover la participación entre los socios y clientes y que obtendré satisfacción y consideración por mi nuevo rol como "facilitador" del desarrollo comunitario.

¡Dé el paso decisivo! Tenga la valentía de examinar críticamente sus propias actitudes y comportamiento, y tome las medidas apropiadas para cambiar. Los gerentes deberían notar que las personas necesitan apoyo durante este proceso y también necesitan reconocimiento con la retroalimentación positiva. Debido a que el aprendizaje es continuo, las personas deben ser animadas a monitorear sus actitudes y comportamiento para que puedan adaptarse cuando sea necesario.

TRABAJANDO CON DONANTES

Frecuentemente en los grupos de desarrollo, las personas se quejan sobre las prioridades, prerrogativas y exigencias de los donantes para los resultados inmediatos. Ellos comprenden la responsabilidad de los donantes a informar a sus gobiernos sobre el desempeño de su programa de asistencia al exterior, pero usualmente sienten que los donantes están alejados de donde realmente se lleva a cabo el desarrollo – en las instituciones y comunidades de la nación. Además de esta percepción de los donantes, el personal de los proyectos de CARE tiene algo de temor ante los donantes. Consecuentemente, tendemos a ser demasiado cautos con nuestros contactos con el donante y guardar las distancias. Si estamos indecisos de incorporar los enfoques más participativos a nuestros proyectos, puede ser por lo siguiente:

1. nos hace falta confianza con nosotros mismos, nuestros socios y clientes;
2. nos hace falta experiencia con la metodología;
3. nos hace falta familiarizarnos con nuestros donantes; y
4. creemos que el donante no tiene interés ni paciencia para permitirnos experimentar con un nuevo enfoque.

QUÉ NO LE OIGAN DECIR:

"Bueno, queríamos usar un enfoque más participativo, pero creímos que el donante no lo aprobaría."

¡USTED PIERDE! ¡LAS COMUNIDADES PIERDEN! ¡LOS SOCIOS PIERDEN! ¡LOS DONANTES PIERDEN!

Nuestro problema es que vemos a los donantes como una institución monolítica (ej., el Programa de Población, Salud y Nutrición es el mismo en USAID Bolivia, como en USAID Mali y en USAID Indonesia). Así **NO** es. Tal como los programas de país de CARE varían de un lugar a otro, también varían los programas de donantes. Las instituciones se conforman por personas y cada persona tiene su propia área profesional, intereses, perspectiva sobre el desarrollo y un puesto dentro del sistema de la agencia. Si limitamos la interacción con nuestro donante, no aprovechamos la oportunidad de conocer al individuo dentro de la organización y de hacer crecer sus conocimientos de los programas de CARE y su enfoque programático.

¿Cuál es el antídoto? Primero, conocer a nuestro donante. Observe a sus donantes, note lo que les gusta y disgusta y el estilo que prefieren para interactuar con las personas. A pesar de que fuera bueno decir 'sea usted mismo', no sería un consejo justo; aprenda a manejar las relaciones con su donante. Luego, edifique un buen entendimiento como preludio a una abogacía efectiva. Dialogue con las personas en lugar de ***hablarles*** y negocie un acuerdo que satisfaga las necesidades de su proyecto y las del donante. Ahora que ha captado la atención del donante, mantenga un contacto significativo – continúe el diálogo, invite al donante a visitar el campo en puntos estratégicos donde se implementa el proyecto, participe en mesas redondas con el donante y ayude a moldear el programa de trabajo del donante al proveer información útil y concisa que le ayude a informar a su agencia autorizante.

Durante la década pasada, la Unidad de Salud y Población de CARE y varias Oficinas de País tuvieron la suerte de colaborar con varias agencias de donantes que no sólo financiaron los proyectos, sino que se asociaron efectivamente con CARE y contribuyeron sosteniblemente a construir un programa de salud reproductiva novedoso. ¡Tome prestadas las lecciones aprendidas de este éxito!

Las mujeres de Ruanda se involucran activamente en el uso de contadores para determinar la magnitud de los diferentes problemas de salud reproductiva.

Consejos divisorios. La participación no es ninguna vara mágica, **PERO** nuestro deseo es que cada lector de estas *Guías* "lo intente" – ¡ponga las herramientas y técnicas en marcha y vea lo que sucede! Sea realista al establecer sus metas, ya que todos sabemos que la verdadera participación es difícil de alcanzar. A medida que gane experiencia en el campo con las herramientas y técnicas participativas, su habilidad de diagnosticar el nivel de disposición de la comunidad mejorará, y a medida que sea capaz de anticipar acertadamente las necesidades de capacitación de las personas y sus reacciones a los ejercicios,

crecerá su confianza en poder aplicar estos métodos. No piense que se aburrirá, ya que hasta la persona más experimentada en el campo del DRP/APA se sorprende a veces. Para que sepa lo que le espera, lea la lista de OIT sobre las cinco cosas que retan la participación en el desarrollo – y piense proactivamente en cómo puede superarlos en su proyecto.

RETOS PARA EL DESARROLLO PARTICIPATIVO

Stan Burkey resume cinco cosas básicas identificadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las cuales incrementan los retos asociados con el desarrollo participativo:

- La participación se desarrollará de diferentes maneras en aquellas situaciones específicas que dependan de los problemas enfrentados por grupos específicos de personas pobres y de factores específicos que inhiben su desarrollo.

- Las personas pobres necesitan estar enfocadas con un grupo específico, y su situación económica debe mejorarse si quiere tener éxito con la participación. En la mayoría de las situaciones, implicará un conflicto de forma automática con los elementos acomodados en las sociedades rurales diferenciadas.

- Existe una relación compleja entre la auto-confianza y la necesidad de la asistencia externa.

- Para la participación es necesaria la organización. Sin embargo, las organizaciones se convierten fácilmente en centros de poder formal controlados por unos cuantos. El mantener el 'poder de las personas' exige que las personas pobres retengan el control verdadero sobre sus propias organizaciones

- Rara vez comienzan espontáneamente los procesos de participación. Tales procesos generalmente son iniciados por un líder, cuya visión es externa a las percepciones y aspiraciones de las personas involucradas. El resolver esta contradicción implica ir más allá de la simple movilización para el apoyo de una causa definida 'externamente'.

(Adaptado de: Burkey, Primero las personas: Una guía para el desarrollo rural participativo auto-dependiente. Londres, Zed Books, 1993, p. 59-60.)

CAPÍTULO 2

PARTICIPACIÓN Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

Barbara Monahan

Nuestro trabajo en CARE sirve para afirmar la dignidad y valor de los individuos y las familias en algunas de las comunidades más pobres del mundo. El hacer partícipes a los miembros comunitarios desde el comienzo no sólo los compromete a identificar el problema, sino también los empodera a buscar sus propias soluciones. Esta filosofía es la base de mucho de nuestro trabajo correspondiente al desarrollo y fundamenta el enfoque de CARE en la programación de salud reproductiva.

En 1991, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) adjudicó una concesión a CARE, la cual inicialmente fue concebida para incrementar el acceso a y uso de servicios de planificación familiar en los países subdesarrollados. Esta concesión se refiere al Proyecto de Población y Extensión de Planificación Familiar (PFPE), y en su fase final, ha cambiado su enfoque al incrementar el acceso a y uso de los servicios de salud reproductiva. Para la estrategia de PFPE es central la idea de que el involucramiento comunitario efectivo es esencial para expandir el acceso a los *servicios de salud reproductiva* para aquellos que más los necesitan. Los estudios de caso que se presentan a continuación narran algunas de las formas innovadoras en las que el personal de campo de CARE está experimentando con los enfoques participativos como medios para alcanzar este objetivo.

Los estudios de caso presentan diversas experiencias y provienen de varios programas de salud reproductiva de CARE de todo el mundo. Usted leerá casos que describen cómo los enfoques participativos han sido utilizados para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de varios grupos de clientes, incluyendo comunidades de difícil acceso, poblaciones refugiadas y desplazadas, adolescentes, sociedades conservadoras y otros. Estos casos han sido seleccionados, puesto que destacan el uso de enfoques participativos al abarcar el ciclo de vida del proyecto, desde el diagnóstico de necesidades hasta la evaluación.

Aunque la experiencia con los enfoques participativos es variada y en muchos de los casos abrumadamente positiva, el personal de CARE frecuentemente reconoce que el uso de los enfoques participativos "complica las cosas". Para comprender cómo y por qué, lea los estudios de caso brindados por el personal de campo de las siguientes Oficinas de País:

CARE BANGLADESH
CARE PERÚ
CARE TOGO
CARE MADAGASCAR
CARE SOMALIA
CARE UGANDA
CARE ZAMBIA

Se debe notar que CARE opera muchos otros programas de salud reproductiva – para ser exactos, 46 proyectos en 33 países. Por varias razones, incluyendo los problemas de tiempo, el personal de otras oficinas de país no pudieron participar en la documentación de sus experiencias.

Las mujeres en la prefectura de Kibungo hacen un mapa de su comunidad bajo la sombra de los bananales. Rwanda

CARE BANGLADESH

EVALUACIÓN/DIAGNÓSTICO RURAL PARTICIPATIVO EN EL PROYECTO DE DESARROLLO DE MUJERES

Marcy Vigoda, *Subdirectora de Pais, CARE Nepal*
(anteriormente: Coordinadora de Proyecto, Proyecto de Desarrollo de Mujeres, CARE Bangladesh)

El Proyecto de Desarrollo de Mujeres, WDP, fue un proyecto en centenares de comunidades en Bangladesh. El proyecto tenía como meta la de mejorar la salud y bienestar económico de las mujeres y sus familias en las áreas rurales de Bangladesh, que se realizó a través de dos componentes para ayudar a los grupos de mujeres rurales. Aunque ciertamente han habido mejoras, las condiciones de salud aún son malas en Bangladesh. La tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos es de 850 (comparado con 12 en los Estados Unidos). Las enfermedades diarréicas y de neumonía son las causas principales de la muerte entre los niños y muy pocos partos son atendidos por personal de salud capacitado.

El primer componente capacitó a 15 mujeres en cada comunidad, organizadas en tres comités de comunidades específicas, para proveer la consejería en salud y capacitación a sus vecinos. Las mujeres fueron propuestas con base en sus buenas relaciones con los miembros comunitarios, sus capacidades de liderazgo, su entusiasmo y disponibilidad de tiempo. Los trabajadores de salud voluntarios de la comunidad fueron llamados miembros del "para-comité", que se desempeñaron como recursos locales, conocedores de cómo tratar cosas como las enfermedades diarréicas, planificación familiar, la importancia del saneamiento ambiental y personal, el valor de las comidas nutritivas y la importancia de la lactancia apropiada y prácticas del destete.

Algunas de las mujeres también fueron capacitadas para actividades especializadas, como la vacunación de aves, propagación y venta de semillas y como distribuidores comunitarios de materiales de planificación familiar. Algunos de estos roles proporcionaron la oportunidad de ganar ingresos adicionales. En donde estos trabajadores voluntarios de salud también eran "comadronas adiestradas tradicionales", recibieron capacitación para mejorar sus habilidades y así promover los partos seguros.

Los miembros de "para-comités" participaron en sesiones intensivas de capacitación que se realizaban lejos de las comunidades. El primer año asistieron a dos sesiones de tres días, en donde fueron introducidos a las intervenciones del WDP que usaban las técnicas participativas. Se realizaron reuniones quincenales con el personal de campo del WDP y miembros del para-comité para planificar su trabajo, fortalecer sus conocimientos y desarrollar más sus habilidades de capacitación, que reforzaba la capacitación de la que habían obtenido el respeto y la consideración.

Las sesiones educativas de salud comunitaria fueron realizadas mensualmente en cada "para-comité". Inicialmente, éstos fueron facilitados por el personal de CARE que 'dio un modelo de los roles' de capacitación, pero desde el segundo año, los miembros del "para-comité" llevaron a cabo las sesiones ellos mismos. Los miembros del comité asumieron la responsabilidad de compartir la información entre un pequeño grupo de vecinos (ej., cinco para quince hogares).

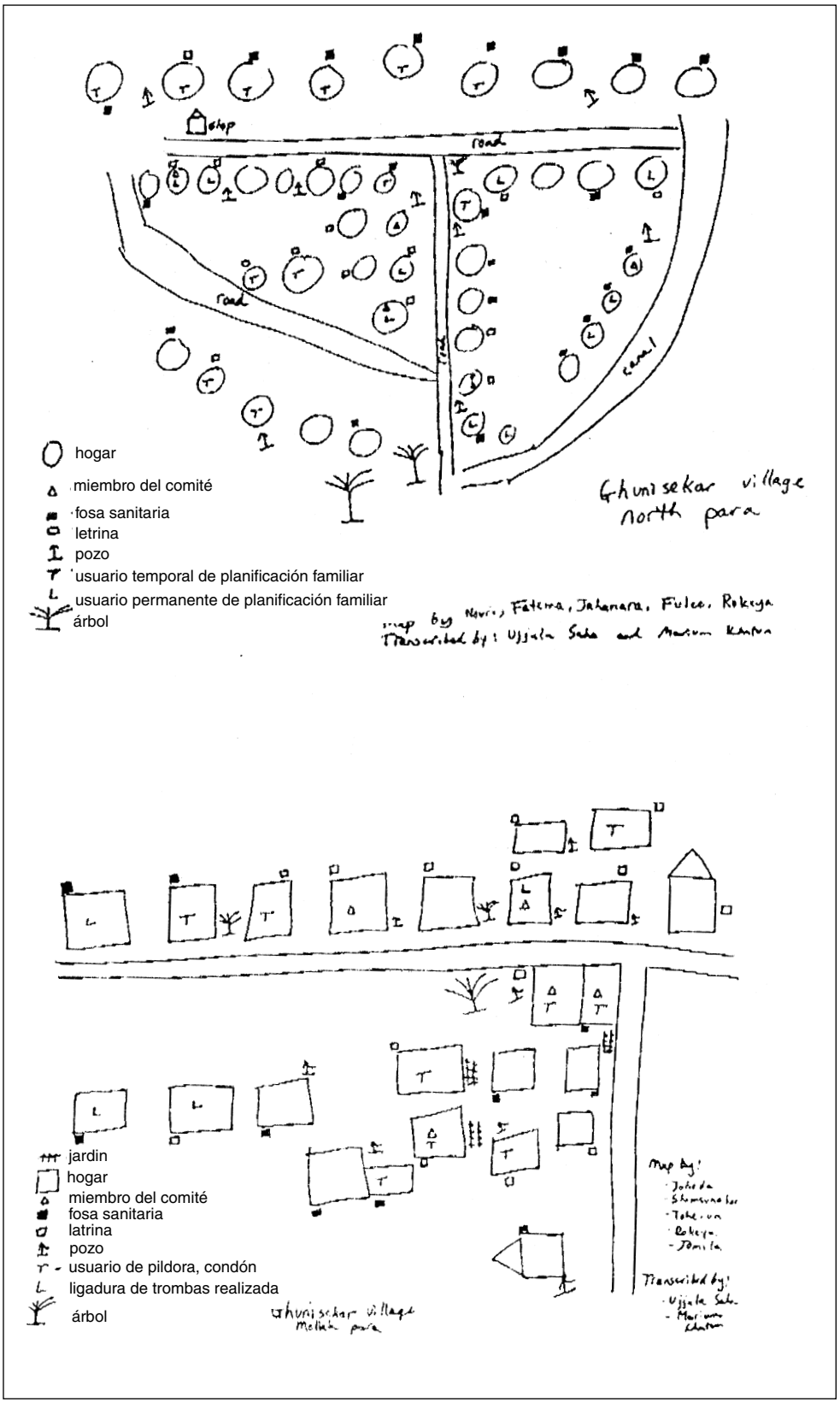
El segundo componente apoyó la formación de ahorros de vecinos y grupos de préstamos, lo que permitía a los participantes comenzar actividades que generan ingresos y tener acceso a pequeñas cantidades de créditos cuando era necesario. El proyecto trabajó en cada comunidad durante cuatro años y era explícito desde el comienzo que ésta iba a ser la duración del proyecto. Esta estrategia no permitió que las personas se volvieran dependientes de los insumos del proyecto. Para el final del proyecto, los miembros del "para-comité" eran líderes reconocidos y respetados en la comunidad, con una buena cantidad de conocimientos sobre salud, nutrición e higiene básicos. El proyecto se ejecutó de 1980 a 1996, y evolucionó considerablemente durante el tiempo, al aprender lo que funcionaba y lo que podía mejorarse.

Los métodos participativos eran usados en muchos aspectos del proyecto. El diseño de fases subsecuentes involucraron consultas con diversos participantes a quienes se les preguntó acerca de lo que les gustaba del proyecto, lo que les disgustaba, lo que funcionaba y lo que no funcionaba. Como se indica anteriormente, la capacitación usaba los enfoques participativos. Por ejemplo, la capacitación en nutrición durante el embarazo comenzaría con una sesión donde los participantes describirían las prácticas tradicionales para la nutrición materna y las razones de estas prácticas. El personal podría entonces basarse en esta información, lo que refuerza las prácticas positivas y promueve las mejoras apropiadas.

El Proyecto de Desarrollo de Mujeres introdujo el mapeo participativo social en 1992, como medio para hacer partícipes todavía más a las mujeres voluntarias en salud al evaluar sus propios logros y planificar su trabajo futuro. Se pidió a las mujeres que dibujaran un mapa de su comunidad, utilizando palos y harina para hacerlo. Algunas preguntaron qué debían dibujar, y sugerimos que mostraran todos los hogares del vecindario y otras señales importantes. Eso era toda la guía que necesitaban. En 30 minutos cada grupo había producido el mapa que mostraba las casas y señales (escuelas, letrinas, pozos, canales, carreteras, bosques, etc.). Hubo bastante polémica entre las mujeres al dibujar los mapas, así como mucha creatividad. Ellas colocaron una pequeña flor en un bote pequeño para indicar un arbusto en flor en el patio de un hogar.

Luego de dibujar todos los hogares en el vecindario, ellas mostraron el número de hombres, mujeres y niños que vivían en cada hogar. Sus propias casas y aquellas de las personas con quienes trabajan estaban marcadas con harina naranja y roja. Ellas indicaron con frijoles y otras marcas quiénes contaban con letrinas, qué parejas habían adoptado la planificación familiar, los hogares en donde habían ayudado a que se mejoraran los niños desnutridos, los hogares donde los niños fueron tratados por ceguera nocturna, etc.

Este proceso fue particularmente apropiado al trabajar con voluntarios. Realmente es importante que los proyectos que trabajan con voluntarios no impongan cargas de trabajo excesivas a las mujeres, ya que ellas ya están muy ocupadas al encargase de sus hogares e hijos. El exceso de trabajo conllevaría al desinterés y al abandono.



El mapa delinea Ghunisekar, del distrito de Tangail. Los ejercicios se realizaron el 27 de diciembre de 1992. Los participantes, todos miembros del comité, habían estado trabajando por 2.5 años. Solamente una de las quince participantes era alfabeta.

El mapeo fue un ejercicio de empoderamiento, ya que las mujeres se dieron cuenta del impacto real de su trabajo. También se dieron cuenta de dónde deberían enfocarse más. Por ejemplo, al ver los mapas, ellas mismas concluyeron que no era necesario seguir promoviendo el uso de calostro – ahora todas lo dan a sus bebés – pero es necesario más trabajo para promover la planificación familiar. ¡Cuán efectivo es para que las mujeres se dieran cuenta de esto por sí mismas, en lugar de que el personal del proyecto se los dijera! También, la descripción de logros por hogar les permitió planificar mejor sus visitas a sus vecinos.

Frecuentemente existe una preocupación de que los ejercicios toman mucho tiempo. De hecho, el ejercicio de mapeo tomó aproximadamente dos horas en cada comunidad. En dicho tiempo, generamos un perfil demográfico completo de la comunidad, monitoreamos los logros y planificamos las actividades futuras. ¡Es magnífico usar el tiempo de todos!

Las mujeres disfrutaron de la experiencia y se sintieron desafiadas y orgullosas. Las mujeres sabían que su trabajo tenía un impacto, pero nunca habían representado de esta forma lo que habían logrado a nivel de los hogares, por cada intervención. Al ver los frijoles y hojas colocados en el mapa, vieron lo mucho que habían logrado y también el trabajo que aún era necesario (ej., proveer información sobre la planificación familiar). También sintieron que ahora podían identificar fácilmente cómo trabajar con cada hogar.

Cuando una participante comenzó a decir que nosotros (los de afuera) les habíamos enseñado esto, otra la interrumpió y le dijo "No, ellos no nos lo enseñaron, sino nosotros usamos nuestro cerebro".

Esto también demostró al personal lo que las mujeres podían lograr. Muchos habían sentido que las mujeres no podrían hacer los mapas, ya que eran analfabetas, por lo que el ejercicio deshizo el mito que tenía el personal sobre los miembros del "para-comité".

Nuestra preocupación era que el proceso, una vez aumentado progresivamente, se volviera rígido y las personas podrían perder de vista el objetivo, enfocándose más en el mapa que en la conversación sobre el mismo. De hecho, esto se volvió algo real, algo para el cual no existe ninguna respuesta simple u obvia. Al haber realizado 'x' número de DRP en nuestro plan anual, la terminación de los DRP frecuentemente se vuelve más importante que la calidad del esfuerzo puesto en ellos.

Las guías son útiles, pero pueden animar a adoptar procesos no flexibles. Las guías fueron desarrolladas con un enfoque más en "lo que se debe hacer" y "lo que no se debe hacer", en lugar de actuar como una guía paso-a-paso. Sin embargo, aún conllevó a cierta rigidez. La información generada puede ser extremadamente útil para la gerencia, cuando ya esté recopilada. Sin embargo, existen retos para la estandarización de la información sin hacer que el proceso sea mecánico. Para tratar este tema, podemos asegurarnos que nuestra capacitación en el DRP se enfoque adecuadamente no sólo en los métodos, sino también en las actitudes necesarias para hacer los DRP efectivos. También deberíamos asegurar que el personal tome suficiente tiempo para reflexionar sobre el uso de los DRP y los mecanismos para el "control de calidad".

Existen muchas aplicaciones diferentes para el mapeo en los proyectos de salud, entre las que se incluyen:

- seleccionar las comunidades con las que se trabajarán, con base en una comparación de los recursos disponibles y problemas/asuntos locales (aunque hay riesgo de crear expectativas en las comunidades en donde no trabajaremos);
- recolectar información de estudio base al comenzar el proyecto;
- determinar la proporción de la población cubierta por los proveedores de servicios;
- identificar y luego clasificar los problemas de salud pertinentes, afrontados por los miembros de la comunidad para poner prioridad a los que se deben tratar;
- identificar enlaces entre los proveedores tradicionales de servicios ("curanderos", otros doctores locales, clínicas, servicios gubernamentales) y miembros del "para-comité" y miembros comunitarios; y
- diagnósticos periódicos por parte de los miembros del "para-comité" sobre sus logros, retos y planes futuros (como se hizo en este ejercicio), y compartir esto con los trabajadores de salud gubernamentales.

Las técnicas de Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo (DRP) también se establecieron en Nepal. CARE Nepal ha usado este enfoque durante los ejercicios del plan anual con las comunidades, así como en la evaluación periódica y en la realizacíon de los análisis situacionales para el diseño de los nuevos proyectos. De hecho, no hemos utilizado muchos métodos visuales en la preparación de nuevos proyectos, más que todo para evitar la creación de expectativas. Cuando vamos al campo y diseñamos un proyecto nuevo, no hay ninguna garantía del financiamiento. Aun cuando parezca seguro el financiamiento, existe una diferencia de aproximadamente dos años entre el diseño y el comienzo del proyecto. Por lo tanto, nuestra preferencia es limitar las actividades en la etapa de diseño a entrevistas semi-estructuradas con las personas y esperar hasta que comience el proyecto para hacer los diagnósticos extensivos de necesidades.

CARE MADAGASCAR

LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA URBANO DE CARE MADAGASCAR EN EL USO DE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA DE ACCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Eléonore Seumo *y el Equipo de CARE Madagascar*

La meta del programa urbano de CARE Madagascar es proteger y promover la seguridad alimentaria en 10.000 hogares vulnerables ubicados en 30 distritos de la ciudad capital. La ubicación de estos distritos es notoria, ya que la mayoría colinda con campos de arroz, los cuales anualmente se inundan, lo que crea condiciones extremamente incómodas y peligrosas para los residentes. El programa de CARE busca mejorar la seguridad de los medios de vida en estos distritos al fortalecer la capacidad local, lo que mejora la higiene y saneamiento y la condición de salud a través de la provisión de los servicios de atención en salud de mejor calidad y a través de la movilización comunitaria para la promoción de los comportamientos más saludables. Las intervenciones incluyen la lactancia materna, destete, infecciones respiratorias agudas, control de enfermedades diarréicas, vacunación y planificación familiar.

El enfoque del programa es participativo, y los socios colaboradores incluyen a miembros comunitarios locales, sus asociaciones locales y personal del centro de salud que trabaja en el área del proyecto. Conjuntamente, los socios identifican los problemas, buscan soluciones, desarrollan planes de acción, los implementan y monitorean y evalúan la actividad del proyecto. Este enfoque ha sido abordado en cada comunidad en donde el programa ha dirigido su fase piloto.

Para comprender las necesidades de planificación familiar de la población adulta, el programa dirigió un ejercicio de investigación de acción participativa, cuyos objetivos son los siguientes:

- Comprender de mejor forma la comunidad, su estructura demográfica, sus medios de vida y supervivencia y sus dinámicas sociales;
- Obtener diversa información sobre los conocimientos y actitudes de los hombres y mujeres de la comunidad acerca del espaciamiento de embarazos y, específicamente, sus percepciones sobre la iniciación sexual y reproducción;
- Apreciar los procesos de toma de decisiones y autoridad dentro del hogar (o la pareja) con relación al embarazo, lactancia materna, destete, espaciamiento de embarazos y adopción y uso de un método contraceptivo;
- Identificar las barreras que impiden que los hombres y mujeres adopten y usen los métodos contraceptivos modernos, y descubrir las áreas potenciales de intervención y acciones para reducir/quitar estas barreras; y
- Involucrar la comunidad en la creación de los indicadores de progreso para el programa.

Como resultado fundamental, el proceso y hallazgos del ejercicio de investigación participativa de acción contribuyeron al desarrollo de una estrategia apropiada y generada por la comunidad de Información-Educación-Comunicación (IEC) para la planificación familiar.

FORTALEZAS DEL ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA DE ACCIÓN

Este enfoque utiliza muchas herramientas DRP que pueden adaptarse a las necesidades comunitarias que son variadas en su uso y complementarias. Su sencillez permite el uso correcto por las personas con poca educación.

Recolección eficiente de información relevante
La cantidad de datos recolectados en pocos días es impresionante. Más notable es la amplitud de información recolectada que demuestra convincentemente el grado en que las comunidades conocen sus problemas, las causas y efectos del comportamiento no saludable o de alto riesgo y en el que los miembros comunitarios pueden participar en la recomendación de las soluciones potenciales. Ningún otro enfoque podría haber generado tal entendimiento integral de las actitudes y prácticas de planificación familiar en tan poco tiempo. Los miembros del equipo encontraron que los hallazgos de los datos cualitativos eran absorbentes; los ejercicios de campo constantemente produjeron un testimonio de la dura realidad de la vida en las áreas marginadas. Uno de los hallazgos clave fue que, dadas las presiones sociales y económicas, los matrimonios y las uniones consensuales son bastante inestables y, consecuentemente, las personas están obligadas a adoptar comportamientos sexuales de alto riesgo. Para el desarrollo de una estrategia de IEC, fue crítico que los trabajadores de salud y el personal de CARE comprendieran esta consecuencia particular desde la perspectiva de la comunidad.

El enfoque participativo posibilitó el comprometer a todos los interesados (ej., miembros comunitarios, personal del centro de salud y personal de CARE) en el desarrollo de los planes de acción que correspondieran a la percepción de cada comunidad sobre su situación en particular y sus preferencias y prioridades en la planeación de sus soluciones. Por ejemplo, otro hallazgo interesante, pero no inusual, fue que los vecinos tienen un rol importante como grupo de referencia cuando un individuo o pareja está tomando una decisión sobre el espaciamiento de embarazos y tamaño de la familia. Las mujeres indicaron sin falta que los vecinos pueden jugar un rol positivo o negativo al influir en sus decisiones. La ventaja del enfoque participativo fue que posibilitó el incorporar inmediatamente los hallazgos a los planes de acción.

Por último, el uso de la investigación participativa en acción sirvió como un medio poderoso para acercar los trabajadores de atención de salud a las comunidades que sirven. En el ejercicio, el personal se asombró del conocimiento de las comunidades y se familiarizó con las barreras que existen entre los servicios de salud y sus clientes.

Crear un rol de aprendizaje para el trabajador de desarrollo
En pocos días, los miembros comunitarios participantes en el ejercicio de investigación guiaron al equipo, facilitando el contacto y proveyendo la información indispensable de las realidades comunitarias. El desplazarse por las comunidades con los residentes permitió a los trabajadores de desarrollo a comprender mejor su ambiente y realidad social y a percibir el grado e impacto de la pobreza en la vida

diaria. Los trabajadores de desarrollo se impresionaron por la lucha diaria en las áreas marginadas urbanas y admiraron el coraje permanente de las comunidades que afrontan la pobreza.

Provisión de herramientas que son variadas, fáciles de usar y mantienen el interés de las personas

La investigación participativa en acción utiliza herramientas que son amigables y divertidas; los miembros comunitarios que formaron el equipo se sintieron con la confianza de usar las herramientas, y los miembros comunitarios que participaron en los ejercicios estuvieron cautivados por el proceso. De acuerdo con un miembro del equipo, "los ejercicios captaron la curiosidad y atención de los participantes, consecuentemente tuvieron mucha concentración. Estaban muy enthusiasmados". El propósito de muchas de las herramientas es facilitar una polénica real entre los individuos involucrados y generar una acuerdo general una vez que se haya hablado de un tema a fondo. Muchas personas disfrutan de la opotunidad de contribuir con estas polémicas.

A continuación se presenta un ejemplo del uso del método fijo de punteo para determinar los roles que desempeñan diferentes personas en la toma de decisiones sobre la salud reproductiva.

PROGRAMA URBANO DE CARE MADAGASCAR
TOMA DE DECISIONES EN SALUD REPRODUCTIVA

Sector 5: **Percepciones de las mujeres en la toma de decisiones sobre la salud reproductiva**	**Toma de decisión**				**Implementación de acciones relacionadas a la decisión**			
	Esposo	**Esposa**	**Abuelos**	**Vecinos**	**Esposo**	**Esposa**	**Abuelos**	**Vecinos**
Tiempo para el 1er embarazo	11	9	0	0	10	10	0	0
Tiempo para el 2do embarazo	6	8	3	3	10	10	0	0
Tiempo para el 3er embarazo	3	3	8	6	5	5	10	0
Tiempo para el 4to embarazo	3	3	8	6	5	5	10	0
Tiempo para el 5to embarazo	3	3	8	6	5	5	10	0
Duración de lactancia materna	6	10	4	0	10	10	0	0
Tiempo para destete	5	12	3	0	5	15	0	0
Si se usa un contraceptivo moderno	15	5	0	0	10	10	0	0
Práctica de abstinencia sexual	10	10	0	0	10	10	0	0
Tipo de método contraceptivo	10	10	0	0	10	10	0	0

Este modelo fue elaborado por un grupo de mujeres del área meta del Sector 5 del Programa Urbano de CARE Madagascar. Los elementos en la columna de la derecha (Implementación de acciones relacionadas con la decisión) fueron sugeridas por el equipo del proyecto, aunque se pidió a los miembros comunitarios agregar otros temas relacionados con la toma de decisiones en la salud reproductiva. Los participantes determinaron quiénes deberían ser incluidos en el análisis: esposo, esposa, abuelos, etc.; algunos grupos comunitarios incluyen a otros personajes – como el personal de salud – como actores en el proceso de la toma de decisiones. Un total de veinte contadores fueron utilizados para facilitar la tarea de mostrar la autoridad y responsabilidad proporcional entre estas personas cuando llegaba la hora de tomar una decisión sobre un tema de salud reproductiva, como el tiempo para el primer embarazo, y cuando se implementaba. Una vez que se completó el modelo, el facilitador "entrevistó" al resultado visual. Por ejemplo, en este caso, querríamos saber más sobre el rol de los abuelos y vecinos en el tiempo para el 3er, 4to y 5to embarazos. Este tipo de información ayuda a identificar a grupos meta para los mensajes de IEC.

Promover el empoderamiento comunitario

La mayoría de los miembros comunitarios que participaron en el equipo de investigación participativa de acción tenían un nivel relativamente bajo de educación. Esto no dificultó su participación en los diferentes ejercicios. Por ejemplo, al final de cada ejercicio se realizó una sesión de retroalimentación con la comunidad. Los miembros de la comunidad que formaron parte del equipo no podían distinguirse del personal de CARE durante la presentación de resultados, ¡ya que presentaron herramientas y resultados con mucho orgullo y soltura! Fue claro y evidente para todos los que participaron en esta actividad que la comunidad es el experto en lo que concierne al conocimiento del problema y búsqueda de soluciones, así como la implementación, monitoreo y evaluación. El hecho de que las herramientas sean sencillas y fáciles de usar empodera a las personas y las coloca al frente del proceso.

Un organigrama que muestra las causas y efectos de las relaciones poligamas en la salud reproductiva. Tana, Madagascar

El enfoque participativo permite una toma de decisiones efectiva por parte de la comunidad. Lo más importante es que al final del ejercicio no solamente comprendieron el rol que CARE juega en la ejecución del plan acordado, sino que comprende completamente su propio rol: CARE facilita y encauza su energía, pero el resto (acción, monitoreo, evaluación) es responsabilidad de las comunidades. Un trabajador de desarrollo indicó: "Cuando el análisis de cierta situación, particularmente la búsqueda de una solución, se hace de forma participativa, uno puede percatar un compromiso mayor y maduro de los participantes en la realización de las siguientes etapas".

Puesto que está en vías de ejecución el Programa Urbano de CARE Madagascar, es difícil sacar conclusiones de su experiencia con la investigación participativa de acción. Sin embargo, el personal cree que el uso del enfoque participativo facilitará el desarrollo de asocios entre sí, los trabajadores de atención en salud y la comunidad. El enfoque participativo mejora las relaciones entre las comunidades y los actores de desarrollo. Todos están colocados más o menos sobre una base igual, y las tareas y habilidades son valoradas como complementarias.

CARE Madagascar también anticipa que el enfoque participativo contribuirá a una mejor coordinación de las actividades de los interesados en una zona geográfica dada. Además, la retroalimentación de resultados y consiguientes conversaciones deberían contribuir a armonizar las intervenciones de desarrollo. Durante esta fase piloto, todos los actores de salud reproductiva en cietra área de captación fueron involucrados en la investigación. Algunos temas que surgieron entre los miembros comunitarios, como los contraceptivos gratis frente a los de precios modestos, fueron presentados para su debate. En este caso en particular, se acordó finalmente que era necesario que las comunidades pagaran una cuota simbólica por los contraceptivos, ya que el pagar por algo incrementa su valor al ojo del comprador.

DEBILIDADES DEL ENFOQUE

Los enfoques participativos necesariamente necesitan la participación de los miembros comunitarios. Los residentes de las áreas marginadas urbanas pasan el día entero asegurando sus medios de vida, y tienen poco tiempo libre para dedicarlo a tales ejercicios. Por lo tanto, este enfoque obliga al trabajador de desarrollo a operar al ritmo de la comunidad en lugar de a su propio ritmo.

En el caso de la investigación participativa y acción de CARE Madagascar, las herramientas no fueron elaboradas en toda la comunidad. Ciertas herramientas, como los modelos de criterios, no eran tan amigables como otras herramientas, tales como el punteo, mapeo y calendarios.

A pesar de ser indispensable la participación de todas las capas sociales en el ejercicio, no se logra fácilmente y se necesita un esfuerzo especial por parte de los facilitadores para asegurar que la participación sea lo más representativa posible.

Sería valioso que las comunidades participaran en un análisis detallado de la información recolectada. Dado el volumen y naturaleza de muchos de los datos recolectados, ej., cualitativos, CARE Madagascar no ha elaborado ninguna herramienta relativamente sencilla que permita a los miembros involucrarse íntimamente en el análisis.

En el caso de CARE Madagascar, la investigación participativa y acción han generado mucha información importante, cuya aplicación permanece muy limitada - en términos de la incorporación de la misma a la estrategia del proyecto.

El enfoque participativo no debe parecer como un elemento que ocurre solamente una vez en el proyecto. Al contrario, debe ser parte de la cultura organizacional. El personal debería ser educado en la metodología, sus principios y herramientas y las técnicas, para que desarrollen las actitudes, comportamientos y reflexiones que promuevan la participación. Esto constituye una inversión en el desarrollo del personal, lo que se hace para asegurar que sea posible el empoderamiento comunitario duradero.

LECCIONES APRENDIDAS

- Los hallazgos del estudio de investigación participativa no son un fin en sí mismos ni por sí mismos; al contrario, son un medio que hace posible tratar los temas importantes, como la seguridad de los medios de vida y la condición de salud reproductiva.

- La investigación participativa permite comprender qué es importante a los ojos de la comunidad. "¡Escucha a la comunidad, ya que tiene algo que decir!" Debemos escuchar cuidadosamente cuando los miembros comunitarios hablen: preste atención a los proverbios y expresiones.

- Las metodologías participativas permiten a las comunidades resolver sus propios problemas, al constituirse en su mayor recurso.

- La sostenibilidad se garantiza solamente si la comunidad asume sus responsabilidades desde el comienzo. La clave del éxito reside en la buena preparación comunitaria antes de comenzar la actividad.

- El enfoque participativo no sólo capacita a la comunidad, sino también al trabajador de desarrollo.

- Verifique que se llegue a todas las categorías de personas dentro de la comunidad. Esté al tanto de no omitir a las personas más pobres y marginadas.

- En el caso de Madagascar, es necesario separar los hombres de las mujeres al hablar de los temas delicados de la cultura local.

El reporte diario dado a otros miembros del equipo de DRP. Tana, Madagascar.

CARE TOGO

ENFOQUES PARTICIPATIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

Karen Westley y **Kanyi Mensah,** *Especialistas del M&E*

Durante el año pasado, CARE Togo llevó a cabo tres ejercicios participativos de diagnóstico de necesidades: uno en Lomé, otro en Dapaong y otro en la región de Borgou de Benin. El objetivo del diagnóstico en Lomé era capacitar simultáneamente al personal de CARE Togo en las metodologías y herramientas del diagnóstico participativo y ayudar a la misión a desarrollar las estrategias para la programación urbana. En Dapaong, los diagnósticos participativos fueron financiados por Cooperation Francaise, conjuntamente con una encuesta cuantitativa. El objetivo de estos estudios es elaborar una propuesta para el desarrollo urbano en Dapaong a ser financiada por Cooperation. Los diagnósticos participativos fueron utilizados para enfocar las encuestas cuantitativas en los temas pertinentes y obtener una idea global de las restricciones relacionadas con una seguridad de los medios de vida en los diferentes vecindarios de la ciudad. En Benin, el objetivo de los diagnósticos era obtener una amplia comprensión de los temas de seguridad de los medios de vida y necesidades prioritarias en cuatro distritos para guiar la programación en Benin. Luego de tres ó cuatro días de los ejercicios generales de diagnóstico de necesidades, el equipo dirigió una serie de grupos focales y entrevistas a informantes clave de la salud reproductiva y educación a niñas (y los enlaces entre éstos). A continuación, se presentan ejemplos de los diagnósticos de Lomé y la región Borgou de Benin.

Lomé

Dos equipos del personal de CARE, unos miembros de organizaciones socias y un sociólogo de la Universidad de Benin realizaron unos diagnósticos durante cinco días en dos vecindarios de Lomé: uno urbano y otro peri-urbano. Un análisis tripartitario incluyó los diagnósticos ambientales, sociales e institucionales, culminando en la identificación de problemas y oportunidades para mejorar los medios de vida.

En una comunidad, un grupo de adolescentes se convirtió en los participantes más dinámicos en el ejercicio que duró una semana. Su participación dejó en claro para el equipo que los problemas de los adolescentes son muy diferentes a los de sus padres. Los jóvenes de Lomé se afrontan con cambios radicales en sus realidades sociales y económicas. Ellos representan una generación en transición de rural a urbano, de agrícola a industrial y de medios de vida tradicionales a modernos.

Al desarrollar ellos su propia lista de problemas y prioridades, emergió el desempleo como un tema crucial. La falta de educación, de habilidades empresariales y de acceso a crédito son la base de las altas tasas de desempleo. Además, el grupo identificó una lista compleja de problemas sociales que denominaron "delincuencia juvenil". Estos problemas incluían el uso de drogas y alcohol, embarazos prematuros y niñez infeliz. De acuerdo con el grupo, estos problemas se desarrollan debido a las altas tasas de abandono escolar y las bajas tasas de inscripción en

las escuelas, combinado con la ausencia de programas o centros para la reintegración de los desertores del sistema escolar. Éstos dan como resultado una falta de confianza y complejos de inferioridad, prostitución, robo y enfermedades mentales. El grupo indicó que ellos no recibieron información sobre la salud reproductiva de sus padres ni en la escuela. Como resultado, las altas tasas de aborto y embarazo prematuro conllevan a los abandonos escolares y a la pérdida de oportunidades de trabajo.

Los resultados del diagnóstico participativo y otras encuestas aclararon que para empoderar a los jóvenes, particularmente a las señoritas, CARE Togo debe tomar un enfoque innovador e integral para la educación de las niñas. No es suficiente construir escuelas o incrementar la inscripción de las niñas, ya que las adolescentes deben ser empoderadas económica, personal y socialmente para superar las dificultades con que se afrontan en el contexto urbano cambiante.

Las mujeres crean representaciones gráficas para simbolizar los problemas de atención en salud, tales como la falta de agua y de acceso a los servicios de salud. Togo

Los resultados del diagnóstico participativo se han usado para diseñar una propuesta de proyecto para aquellas niñas que han abandonado la escuela o que nunca han formado parte del sistema educativo formal. El proyecto incluirá la alfabetización y capacitación en las habilidades para la vida, así como un programa de crédito y capacitación para actividades que generan ingresos. El componente del proyecto de habilidades para la vida será elaborado con la participación de las niñas (ej., qué tipo de información y habilidades quieren adquirir). Pueden abarcar desde la planificación familiar hasta la nutrición, cómo abrir una cuenta bancaria, cómo encontrar trabajo o cómo resolver un conflicto familiar. Tenemos planeado continuar las herramientas de DRP en la implementación y evaluación de los proyectos propuestos. Además, la participación en los diagnósticos le dio al personal de CARE Togo una visión más amplia de los problemas de la seguridad de los medios de vida que prevalecen en la ciudad.

La contribución más importante de los participantes al diseño del proyecto fue con el diagnóstico de causas y efectos de los problemas identificados (ver página 3.49). En términos de proyectos puestos en marcha, aprendimos mucho sobre la efectividad de varias organizaciones e instituciones desde la perspectiva comunitaria. Por ejemplo, una de las organizaciones comunitarias que es nuestro socio en el proyecto AI-Be no aparecía en el diagnóstico institucional del diagrama de Venn, lo que indica que la organización no era representativa de la comunidad o sensible a las necesidades de la misma. Encontramos que este análisis en particular es muy útil debido al enfoque en el asocio de CARE Togo.

Región de Borgou, Benin

En la región de Borgou, un equipo del personal de CARE, estudiantes universitarios, un médico y una especialista en educación a niñas dirigió unos diagnósticos de las necesidades en cuatro comunidades que representaban a tres grupos étnicos diferentes y dos zonas de ecología agrícola. Actualmente, CARE no tiene presencia en Benin. Los diagnósticos fueron un primer paso en el desarrollo de un programa y los resultados han sido utilizados en el desarrollo de una respuesta a una Solicitud de Propuesta (RFP) de Salud Reproductiva preparada para USAID

por MSH, INTRAH y CARE. Es significativo el rol de la participación en la etapa del diagnóstico de las necesidades del diseño del programa. Primero, el personal de programación en CARE Togo tiene una idea mejor de las necesidades e intereses de la comunidad (lo contrario a los oficiales gubernamentales, otras ONG, etc.) en las áreas donde se planea trabajar. Segundo, aunque los diagnósticos pueden dirigir el tipo de intervenciones que vamos a abordar, son aun más importantes para dirigir "cómo" los proyectos deberían implementarse (ej., con quiénes, usando qué estrategias, etc.). Por ejemplo, Benin, como la mayoría de los países de África Occidental, está por descentralizar su sistema de entrega de servicios de salud, enfatizando el rol de las comunidades y comités de salud comunitaria. Sin embargo, los diagnósticos institucionales del diagrama de Venn muestran que estos comités no están activos en la mayoría de las comunidades. También aprendimos mucho sobre las actitudes y prácticas en los temas de SR: Mutilación Genital Femenina (MGF), destete y nutrición infantil, Salud Materna (SM), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), métodos tradicionales y modernos preferidos de contracepción, el rol de las creencias espirituales en la toma de decisión sobre la SR, el rol de los curanderos en los tratamientos de las ETS y fertilidad, etc. Este tipo de información es importante en el diseño de las estrategias de IEC.

Algunas tendencias/hallazgos clave en las charlas con adultos y niñas adolescentes son:

- **Seguridad de los medios de vida/riqueza:** los participantes midieron la riqueza de varias maneras, lo que incluye tener muchos niños (el número ideal comenzaba en seis) y muchas esposas (poligamia). Aunque muchos hogares obtienen sus ingresos del algodón, había inseguridad económica por el mal manejo de los ingreso del hogar.

- **Atención de salud:** Las personas preferían usar la medicina tradicional y auto-cuidarse como tratamiento; los servicios médicos occidentales se buscaban solamente cuando los otros tratamientos fallaban. La atención preventiva en la salud no se percibía como algo importante.

- **Salud reproductiva:** el conocimiento sobre la PF moderna es muy limitado. Los métodos modernos de PF más conocidos eran los condones, pero solamente en el contexto de la prevención del SIDA. La única ITS conocida era el SIDA. Los métodos de espaciamiento de embarazos tradicionales, como la abstinencia postparto, eran ampliamente conocidos pero podría ser que se practicaran menos que antes. La circuncisión femenina era practicada.

- **Salud reproductiva entre los adolescentes y enlaces a la educación:** el conocimiento de la PF moderna es muy limitado, como es el acceso a los servicios. El concepto de limitar el número de niños no es aceptado. La asistencia de niñas a la escuela es muy baja. Entre las razones para el abandono escolar estaba el embarazo. Las charlas también indicaron que existían pocos modelos de roles para las niñas, ya que el único modelo adulto que tenían era casarse prematuramente y tener hijos.

Esta información fue esencial para la elaboración de una respuesta por parte de CARE a la RFP del Programa Integrado de Salud Familiar (BIFHP). CARE será responsable del componente de movilización comunitaria del proyecto propuesto: fortaleciendo la capacidad a nivel comunitario a través de la provisión de asistencia técnica a las ONG, OC y COGEC locales que buscan expandir el involucramiento comunitario en la promoción y entrega de los servicios de Salud Familiar (SF) y el desarrollo de los planes de "seguros de salud". Los diagnósticos participativos permitieron al Equipo de CARE a desarrollar una estrategia que tomó en consideración los temas más amplios para la seguridad de los medios de vida del hogar, en lugar de solamente enfocarse en los problemas técnicos de SR. Por ejemplo, al posibilitar a los hogares a ahorrar dinero, CARE puede ayudar las comunidades a desarrollar sus propios esquemas de "seguros de salud". Por lo tanto, el costo de los servicios no evita que los hogares busquen atención apropiada para las necesidades médicas no planeadas, como una emergencia obstétrica. También, estaba claro en los diagnósticos que para reducir la fertilidad en las comunidades, las niñas adolescentes debían ser empoderadas para buscar alternativas para la maternidad prematura. Para este fin, el proyecto de SR también incluirá un componente de educación a niñas, diseñado para llegar a las niñas con la información preventiva de SF y educación básica. También se introducirán modelos alternos de roles de jóvenes y adultos, los cuales influirán en las actitudes y comportamientos de la SF.

FORTALEZAS

- Si las comunidades están involucradas desde la etapa de diagnóstico de necesidades se facilita la implementación. La participación comunitaria se ve como una parte del proyecto desde el comienzo.

- Se anima a las comunidades a participar en descubrir sus propias soluciones, en lugar de esperar a que el proyecto lo haga (esto depende de cómo se introduce el ejercicio y cómo la comunidad percibe el rol de CARE).

- Es probable que el personal del proyecto esté comprometido con los enfoques participativos para resolver los problemas en todos los aspectos de la implementación del proyecto – un ejercicio de "Trabajo en equipo".

- El simple hacho de guiar una comunidad en el ejercicio de auto-diagnóstico empodera a las personas a echar un vistazo a sus problemas y buscar soluciones. Por ejemplo, en Gbenikin, una comunidad en la región de Borgou en Benin, el equipo de diagnóstico comenzó el ejercicio de mapeo con grupos de hombres y mujeres. Las mujeres insistían en que los hombres las representaran, por lo que era necesario hacer un mapa separado. Al final del día, las mujeres habían hecho su propio mapa y habían tomado la responsabilidad en el diagnóstico, como la organización de grupos focales, reuniones animadas, etc., al finalizar la semana, las mujeres que habían aducido no tener solidaridad entre sí al principio habían decidido formar una asociación para tratar algunos de sus problemas, tales como la falta de ahorros y crédito. En Adakpame, un vecindario peri-urbano en Lomé, tuvimos una experiencia similar. Durante el ejercicio del diagnóstico institucional se dejó claro que el Comité de Desarrollo de Be (CDB) no estaba involucrado en los esfuerzos de

desarrollo comunitario en el vecindario, aunque estaba dentro de su mandato geográfico. Cuando volvimos a dar retroalimentación a la comunidad sobre el diagnóstico, el jefe del vecindario dijo que fue a las oficinas de CDB para averigüar por qué no estaban trabajando en su área. Existen ciertos efectos secundarios de los diagnósticos participativos que tienen poco que ver con los proyectos en sí, pero tienen implicaciones positivas para las comunidades.

- Los métodos participativos son, por naturaleza, flexibles, por lo que pueden adaptarse para ajustarse a la naturaleza del ejercicio. Por ejemplo, las preguntas sobre SR son frecuentemente personales y pueden hacer sentir incómodas a las personas. Al utilizar diferentes herramientas – entrevistas, grupos focales con base en los grupos de diferentes edades, género, etc. – los facilitadores pueden encontrar las maneras de asegurar que ninguno de los participantes se sienta inhibido o avergonzado de compartir sus puntos de vista.

- ¡Es divertido !

DEBILIDADES

- Parece ser difícil para las OP hacer partícipes a las comunidades en la fase del diseño del proyecto (lo con trario a las fases de diagnóstico de necesidades e implementación).

- Es un reto generar "estadísticas" – obtener resultados cuantitativos de ejercicios participativos para los estudios base de los proyectos y tener un buen diseño de muestreo.

- Es necesario educar a los donantes – ej., ellos pueden publicar una RFP que no responda a las necesidades y prioridades percibidas por la comunidad.

- Los diagnósticos de necesidades frecuentemente se realizan antes de asegurar el financiamiento del proyecto. Es difícil explicar a las comunidades que puede no haber proyectos en su comunidad – un problema con las expectativas comunitarias.

- Puede no obtener los resultados que esperaba; ej., si utilizar métodos participativos, debe conformarse con los resultados – las comunidades pueden querer intervenciones que a usted le parecen no apropiadas o innecesarias (puede que ellos quieran un hospital en su comunidad, en lugar de un agente de distribución comunitaria).

- Durante el diagnóstico en sí pueden haber problemas o se puede dar cuenta de que la comunidad realmente necesita ayuda, pero no hay nada que se pueda hacer al respecto. Usted está ante un dilema ético. Por ejemplo, en varias comunidades encontramos a unos bebés que están muriendo por una deshidratación severa. ¿Cuál es el rol del equipo de diagnóstico al tratar de ayudar a esos niños? En Benin, también vimos a unas mujeres que daban a sus hijos recién nacidos agua contaminada mezclada con ceniza. Algunas veces, los miembros del equipo de diagnóstico pueden no sentirse cómodos con tomar alguna acción. Por otro lado, los diagnósticos frecuentemente proveen

una buena oportunidad para compartir información. Por ejemplo, en Benin, muchos adolescentes preguntaban a los miembros del equipo sobre los contraceptivos: dónde obtenerlos, los efectos secundarios, etc. La curiosidad de los miembros comunitarios permite a los miembros del equipo compartir sus conocimientos y experiencia luego de realizar los ejercicios.

Al responder a una pregunta sobre cómo los enfoques participativos facilitan el trabajo, CARE Togo respondió que pensaban que la respuesta a esta pregunta dependía de cómo se definen los objetivos. Si un objetivo es movilizar las comunidades, entonces los enfoques participativos ciertamente facilitan el trabajo más que otros enfoques. Si, por otro lado, el objetivo es capacitar a las comadronas en la inserción de los Dispositivos Intrauterinos (DIU), quizá no sea necesario usar los enfoques participativos. (Idealmente, esta capacitación se llevaría a cabo porque la comunidad identificó como problema una falta de opciones de contraceptivos.)

Algunos enfoques participativos pueden retrasar la implementación del proyecto.

Un enfoque participativo podría causar un conflicto dentro de una comunidad. Por ejemplo, en Nyekonakpoe, Lomé, el jefe del vecindario pertenece al RPT (el partido político del actual presidente). Su presencia inhibe la participación. También, él se rehusa a llamar a las personas para reuniones luego de que haya terminado el diagnóstico. Obviamente, las personas tienen miedo de expresar sus opiniones y tuvimos que buscar formas de difundir la situación. Por ejemplo, se llegó a un punto en el que el equipo se llevó al jefe para una "entrevista especial" para quitarlo del camino. Casi sentimos que en dicho vecindario la implementación del proyecto sería muy difícil si las autoridades locales se sentían amenazadas por las actividades de CARE. El diagnóstico institucional en esta comunidad era muy convincente. Los adolescente también indicaron como problema la falta de información y comunicación.

LECCIONES APRENDIDAS

- La selección de la comunidad en la que se realizará el diagnóstico es muy importante – no sólo en términos de cuán representativa es el grupo meta, sino también cuánto tiempo tienen para contribuir al ejercicio, si los líderes apoyan el ejercicio, etc.

- Los métodos participativos generan mucha información que puede ser interesante, pero no esencial o relevante para el proyecto. Con más experiencia, el equipo podrá facilitar las charlas para que la información sea pertinente. Por otro lado, nunca se sabe cuál información será útil. Por ejemplo, en Benin tuvimos varios debates sobre la MGF, métodos tradicionales contraceptivos y creencias espirituales que influyen en los comportamientos y actitudes sexuales. Es difícil saber qué hacer con la información, aunque como equipo sentimos que los temas son muy importantes.

Es muy importante dar al equipo orientación sobre los métodos. En Benin, algunas veces fue difícil para los miembros del equipo darse cuenta de que no había fórmulas o formas establecidas para hacer las cosas. Sin embargo, es claro que la flexibilidad y "el pensar y responder bien en el momento" es muy importante. Por ejemplo, se formó espontáneamente un grupo de adolescentes en Lomé que se involucró en los diagnósticos participativos. Fue sin planearse, pero fueron quienes contribuyeron con más dinámica al ejercicio.

Desde el principio es importante y necesario asegurar que todos los miembros del equipo se sientan confiados y empoderados para ser espontáneos y tomar decisiones. Un buen ejemplo del diagnóstico participativo en Lomé es el enfoque que sugirió uno de los facilitadores – usar los zapatos para generar perfiles de pobreza. Ella utilizó varios tipos de zapatos para representar a las personas de diferentes capas sociales.

CARE Togo pretende usar enfoques participativos en el futuro. A la fecha, ellos los han usado más que todo para los diagnósticos de las necesidades. Ellos esperan desarrollar los sistemas de monitoreo y evaluación que incorporen enfoques participativos y los usen durante la implementación del proyecto. CARE Togo mencionó que, de alguna forma, las metodologías participativas se usan frecuentemente de forma extractiva para recolectar información u obtener aprobación de la comunidad para una intervención ya en marcha. CARE Togo quisiera experimentar con el uso de estas técnicas como proceso en vez de evento.

CARE UGANDA

PROYECTO DE SALUD FAMILIAR DE UGANDA

Sra. Tony Ikwap, *Coordinadora de Desarrollo Comunitario y*
Sandy Erickson, *Directora de Proyecto*

El Proyecto de Salud Familiar de Uganda (UFHP) es un proyecto de cinco años financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), cuya implementación comenzó en mayo de 1995. El propósito de UFHP es mejorar el conocimiento y prácticas de salud reproductiva (SR) a nivel comunitario, mejorar la entrega de servicios de SR a nivel comunitario y clínico y mejorar el manejo de servicios de salud a nivel distrital.

El área del proyecto cubre tres distritos en Uganda Oriental, con una población total de aproximadamente 1,5 millones. El área del proyecto incluye cuatro grupos étnicos/lingüísticos/culturales distintos, uno de los cuales practica activamente la circuncisión femenina. El uso de los servicios prenatales en los servicios de salud gubernamentales es alto (más del 90%), pero más del 50% de las mujeres aún dan a luz en sus hogares con personas no capacitadas o con Comadronas Adiestradas Tradicionales (las CAT) que pueden no haber recibido capacitación actualizada en las prácticas de parto seguro. Es alto el conocimiento general sobre la planificación familiar en el área del proyecto, pero aunque el uso de la planificación familiar ha aumentado aparentemente del 6% al 20% durante el período del proyecto, una proporción significativa de la población reporta una falta de información suficiente que les permita hacer una elección informada sobre la contracepción con sus parejas.

Las actividades del proyecto cubren tres áreas focales, con una variedad de actividades específicas agrupadas en cada una.

Actividades de desarrollo comunitario:

- capacitación de educadores comunitarios de salud (Educadores Camaradas);
- capacitación de facilitadores de sub-condados para la educación en la salud comunitaria;
- capacitación de equipos de Distrito para la educación comunitaria y Planeación Comunitaria de Acción para la Salud (PCAS);
- movilización comunitaria y plan de acción en la salud por el uso de los métodos APA;
- participación comunitaria en las actividades de construcción de los servicios de salud; y
- capacitación de los Comités para la Administración de la Unidad de Salud.

Actividades de servicios de salud reproductiva:

- construcción o renovación de 82 servicios de salud de subcondados para proveer los servicios básicos de maternidad y SR;
- renovación y expansión de cinco servicios de salud a nivel de condado para proveer los servicios de referencia a nivel medio de maternidad y SR;
- provisión de equipo clínico básico;
- capacitación del personal de salud en salud reproductiva y planificación familiar, obstetricia y habilidades de salvamento, tratamiento de las ITS y calidad de atención;
- capacitación a nivel comunitario de las CAT y apoyo a redes y enlaces de las CAT con los servicios de salud primaria; y
- capacitación del personal administrativo de la unidad de salud.

Actividades de administración distrital:

- capacitación del personal administrativo del distrito;
- provisión del financiamiento periódico para supervisar el apoyo, servicios de la unidad de salud y redisposición de personal calificado para los servicios de salud primaria rural; y
- fortalecimiento continuo de la capacidad administrativa del distrito a través de los asocios directos con distritos.

Uno de los principales retos para el proyecto ha sido involucrar activamente a las comunidades como socios en las actividades de implementación del proyecto desde el nivel comunitario hacia arriba. Con un objetivo general de incrementar el conocimiento de, exigencia de, uso de y calidad de los servicios de salud reproductiva, emprendimos específicamente a atraer la participación comunitaria directa en la construcción de servicios de salud primaria, administración de servicios de salud primaria y establecimiento de redes educativas de salud comunitaria que sirvan como caminos de doble vía para intercambiar información entre las comunidades y los gerentes de distrito/proyecto.

Nuestro proceso de Planeación Comunitaria de Acción para la Salud (PCAS) se elaboró inicialmente por medio de diversas metodologías de DRP y Vigilancia Comunitaria de Centinelas (VCC). Dados los problemas de tamaño, alcance y tiempo del proyecto – nuestra área cubre más de 1000 unidades "comunitarias" – nos dimos cuenta desde el comienzo que no serían factibles los enfoques "puramente" DRP, los que involucran considerables cantidades de tiempo, para trabajar con las comunidades individuales. Con nuestros socios de distrito optamos, por lo tanto, a) por seleccionar diferentes metodologías de DRP y VCC que nos permitieran involucrar de forma más efectiva y directa a las comunidades en las actividades de implementación del proyecto y alcanzar los objetivos comunes del proyecto; b) por enfocarnos en las metodologías seleccionadas directamente en los temas de salud reproductiva y c) por capacitar a diferentes equipos de PCAS, quienes serían responsables de realizar las actividades continuas de PCAS en sus distritos respectivos durante el proyecto y después del mismo.

Con el transcurso del tiempo, PCAS ha desarrollado y evolucionado hacia un proceso que incluye los siguientes pasos:

- introducción inicial al proyecto y al proceso PCAS para producir la participación de los miembros de la comunidad y establecer fechas y horas para una breve reunión con la comunidad;
- "iniciación" PCAS con los miembros de la comunidad, que involucra identificar los problemas de SR, poner prioridad para dichos problemas e identificar las soluciones en un período de dos días;
- elaboración de planes de acción comunitarios para tratar los problemas identificados y soluciones; y
- visitas regulares de retroalimentación a las comunidades para verificar los avances en los planes de acción e intercambio de información, lo que incluye la introducción de los mensajes de Información, Educación y Comunicación (IEC).

La "iniciación" PCAS usa el mapeo comunitario, entrevistas con los informantes clave, calendarios, cronogramas diarios, charlas de grupos focales, caminatas transversales y charlas de grupos en general como sus herramientas primarias para explorar los problemas relacionados con la SR y sus soluciones.

Durante los primeros tres años del proyecto, el enfoque principal de las actividades PCAS ha sido producir la participación comunitaria y apoyo para la construcción o renovación de los servicios de salud primaria. Aunque esto ha hecho que las mentes de las comunidades identifiquen a la PCAS con edificios, estamos comenzando una transición exitosa en la identificación de PCAS como un proceso para la educación comunitaria sobre la salud reproductiva y para la identificación de otras acciones aparte de la construcción de clínicas para tratar las cuestiones de la SR.

CARE Uganda está consciente de que existen muchas fortalezas y retos para los enfoques participativos. Algunos de los más comunes se incluyen a continuación.

FORTALEZAS

Los miembros de la comunidad exploran varias formas de contracepción con un Educador Comunitario de Salud. Uganda.

- Las comunidades disfrutan y aprenden del proceso PCAS;
- La PCAS ha fortalecido el sentido de dominio que tiene la comunidad sobre las actividades del proyecto;
- Las comunidades (y gerentes de distrito) han encontrado útiles las herramientas para tratar una variedad de temas comunitarios fuera del alcance del proyecto;
- Las metodologías son gratuitas – las comunidades pueden seguir usando los métodos y herramientas para tratar otros problemas y asuntos comunitarios más allá del alcance y vida del proyecto.

DEBILIDADES

- La PCAS está enfocada en los temas de SR y otros problemas comunitarios, y puede pasarse por alto las prioridades, lo que puede tener un impacto indirecto en la SR.

- Las metodologías participativas inherentemente consumen tiempo si se quiere alcanzar "resultados" de calidad – esto puede ser frustrante para los facilitadores que tienen una carga grande de trabajo y para los gerentes de distrito/proyecto que tienen fechas límites.

- Las mujeres pueden ser omitidas de las actividades participativas, ya que tienen una carga pesada de trabajo en las comunidades y pueden no poder participar plenamente.

- Los enfoques participativos pueden crear expectativas en la comunidad más allá de lo que es posible tratarse por el proyecto.

CARE Uganda expresó que los enfoques participativos facilitan su trabajo definitivamente. Debido a que las comunidades están conscientes de los objetivos y actividades del proyecto, los enfoques participativos les permiten sentirse parte del proyecto directamente. CARE Uganda también ha observado que la PCAS ha empoderado muchas comunidades para preguntar acerca de la SR y otros temas de salud y a comenzar a exigir servicios de calidad de sus proveedores. La PCAS también ha dado como resultado el establecimiento de una red fuerte y accesible a nivel comunitario que usa el proyecto para diseminar los mensajes de IEC, identificar a las CAT para capacitarlas e identificar otras actividades para llegar a las comunidades. El proceso de la PCAS y sus redes comunitarias también sirven como herramientas para resolver los problemas relacionados con otras actividades del proyecto, como el resolver disputas de dominio sobre los servicios de salud, administración de servicios de salud, problemas con personal de salud, etc.

Hemos escuchado que las comunidades han usado las herramientas aprendidas de la PCAS para resolver otros problemas comunitarios. Muchas comunidades han sido empoderadas para tratar sus propios problemas al presentarles con estas metodologías. Una de las desventajas es que los métodos participativos consumen mucho tiempo, y varias personas han notado que es difícil participar plenamente.

CARE Uganda siente que los enfoques participativos complican las cosas, ya que ven el proceso PCAS como central para planificar e implementar las actividades particulares del proyecto, y que sería más rápido realizar la actividad en lugar de ir paso a paso por el proceso con las comunidades. A pesar de las frustraciones de tiempo, sentimos que vale la pena el tiempo y esfuerzo dado para obtener el resultado final. Creemos que hemos podido desarrollar y diseminar las herramientas valiosas que continuarán usando las comunidades y gerentes de distrito con efectos positivos más allá de la vida del proyecto. Hemos recibido retroalimentación positiva de las comunidades, del personal de salud, políticos locales y gerentes de distrito no sólo sobre el proyecto en sí sino también sobre el proceso PCAS en particular por el empoderamiento que brinda a las comunidades.

Como ejemplo: nos indicaron que reciéntemente un oficial de un sub-condado usó los métodos PCAS para convencer a los miembros comunitarios pagar sus impuestos locales – luego encontró, tal vez inesperadamente, que las comunidades exigieron saber exactamente cómo había utilizado el sub-condado los impuestos recolectados.

LECCIONES APRENDIDAS

- Las comunidades perciben como interesantes y útiles los métodos DRP.
- Las sencillas herramientas DRP pueden usarse por las comunidades para abordar diversos problemas.
- La implementación de actividades por el uso de los enfoques participativos toma más tiempo, pero puede contribuir significativamente a que la comunidad sienta que son de su dominio las actividades y objetivos del proyecto.

CARE Uganda tiene planeado usar los métodos DRP en la implementación de las actividades continuas de IEC, y también incorporará métodos DRP a los ejercicios de monitoreo y evaluación del proyecto.

CARE SOMALIA

PROYECTO DE CONOCIMIENTO Y ACCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN YIROWE (RHAAPY)

Barbara Monahan, *en representación de CARE Somalia*

Somalia ha sido devastado por la hambruna y la guerra civil desde 1991. Durante este tiempo, las sequías, la hambruna recurrente, el desplazamiento masivo y la falta de un gobierno organizado han azotado a Somalia. Mucha de la población se ha quedado con acceso limitado a las necesidades más básicas para vivir, incluyendo los alimentos, agua, vivienda y atención en salud. En 1991, la parte noreste del país declaró su independencia, aunque Somalía, como se conoce ahora al país, no ha sido oficialmente reconocida por otras naciones. Con la restauración del gobierno, Somalía ha tenido una estabilidad relativa.

La condición de salud reproductiva en Somalia es mala, ya que las mujeres experimentan niveles de morbilidad y mortalidad proporcionados con los embarazos prematuros, alta fertilidad y bajo nivel social. La condición de salud reproductiva también es afectada por la práctica continua de circuncisión femenina. Debido a que no hay disponibles ningunas estadísticas de SR confiables, CARE dirigió un diagnóstico participativo de necesidades para enterarse de la situación SR en Yirowe, Somalía. Como resultado de los hallazgos de este diagnóstico, CARE, conjuntamente con un grupo local de mujeres, la Asociación de Mujeres Togdheer (TWA), está implementando un proyecto de Salud Reproductiva para las poblaciones desplazadas en Yirowe, Somalía. Este proyecto fue diseñado según los hallazgos de la evaluación/diagnóstico participativo que se realizó en marzo de 1997, y comenzó como un proyecto de un año de duración en octubre de 1997, con el financiamiento conjunto de CARE Somalia – a través de la Concesión General de USAID – y la Fundación Andrew W. Mellon.

El diagnóstico participativo inicial de necesidades realizado antes del diseño del proyecto permitió a los miembros comunitarios a identificar aquellos problemas de SR percibidos como los más críticos para sus comunidades. Las herramientas y técnicas, así como la tripartición, fueron utilizadas para identificar y asentar prioridades para los problemas de SR. Una vez que el equipo de diagnóstico analizó los hallazgos, se desarrolló un perfil de proyecto que conllevó al financiamiento e implementación subsecuentes del proyecto RHAPPY. Se llevó a cabo una evaluación participativa a medio plazo para medir el progreso logrado en los primeros meses de implementación del proyecto. El enfoque del proceso de la evaluación diagnosticó los logros y progreso del proyecto hacia el alcance de las metas y objetivos establecidos. Durante esa evaluación a medio plazo, se apreció el proceso tanto como el resultado. Las fuentes de información existentes para la evaluación a medio plazo fueron utilizadas cuando fuera posible.

Una de las varias vallas publicitarias que ha creado el personal del proyecto con la ayuda de artistas locales. Note el mensaje – la lactancia materna ayudará a sus hijos a crecer y permanecer saludables.

La meta global de RHAPPY es mejorar la condición de la SR de los hombres y mujeres en Yirowe a través de una estrategia doble. El primer enfoque es conscientizar sobre los problemas críticos de la SR al trabajar

a través de los Educadores Comunitarios de Salud (ECS) respetados, para influir en el cambio de comportamiento y mejorar las prácticas de salud reproductiva entre los miembros comunitarios a través de las sesiones participativas de educación en salud. La segunda estrategia involucra el fortalecimiento de la provisión de servicios de salud en el campo desplazado al proveer la capacitación de refuerzo para los proveedores de salud. El proyecto tiene como meta compensar la falta que existe de una infraestructura funcional de salud y esfuerzos de aydua del gobierno de Somalia y otras organizaciones no gubernamentales.

Con base en los resultados del diagnóstico participativo de necesidades, el proyecto fue diseñado con cuatro objetivos principales que incluían: mejorar el comportamiento de la lactancia materna entre las madres, mejorar el comportamiento prenatal entre las mujeres embarazadas, incrementar el conocimiento de las ETS (incluyendo el VIH) y reducir la práctica de infibulación.

La evaluación participativa a medio plazo fue realizado en mayo de 1998. La evaluación del proceso incluyó seis días de trabajo de campo. El equipo de evaluación consistió en varios interesados, incluyendo a miembros comunitarios, miembros de la TWA, personal del proyecto RHAAPY (los ECS), representantes de los centros de salud públicos y privados, personal de CARE Somalia y representantes del Ministerio de Salud (MS). La evaluación enfatizó un enfoque orientado al proceso que se enfocó en la introducción de las herramientas y técnicas participativas al equipo de evaluación. Este aspecto fue crítico, ya que varios miembros del equipo no habían estado involucrados en ninguna evaluación. El equipo de evaluación utilizó los siguientes métodos para recolectar los datos: entrevistas semi-estructuradas, revisiones de registros de SMI, evaluación de reporte y documentación, entrevistas a informantes clave, observación y análisis de sesiones educativas de salud.

Un tipico hogar en un campo de desplazados de Yirowe,

Luego de completar la recolección de datos y análisis de información de la evaluación a medio plazo, se presentaron los hallazgos con la comunidad de Yirowe en una presentación final. Algunas de las fortalezas y debilidades del proyecto y el uso de los métodos participativos se detallan a continuación.

FORTALEZAS

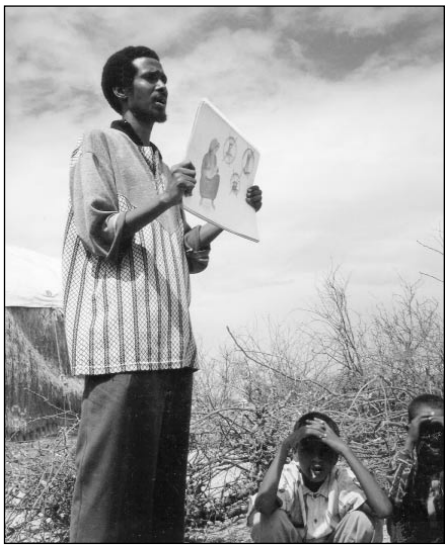
- Los miembros comunitarios, el personal de salud, el personal de CARE y otros fueron capaces de contribuir activamente a la recolección de datos, síntesis y análisis de hallazgos. No fue necesario la habilidad de leer y escribir, debido a la naturaleza interactiva de las herramientas y técnicas APA y al uso de símbolos para representar palabras.
- El enfoque participativo permitió a TWA crear el respeto y apoyo para el proyecto RHAAPY al tratar efectivamente los problemas considerados como muy delicados (tales como la IGF y las ETS) en Yirowe.
- La naturaleza participativa del proyecto creó un gran sentido de dominio para la TWA, el personal del proyecto RHAAPY y los miembros comunitarios.
- Las habilidades adquiridas durante la evaluación/diagnóstico, diseño de programa y monitoreo pueden aplicarse en su trabajo.
- El enfoque APA permite a los expertos técnicos aprender de las comunidades a las que sirven, lo que crea un cambio saludable de roles entre los trabajadores de desarrollo y los miembros comunitarios.
- Los enfoques participativos son muy flexibles por naturaleza.

DEBILIDADES

- Los enfoques participativos requieren mucho tiempo e inversión, frecuentemente toman más tiempo que los métodos tradicionales de diagnóstico. Los miembros comunitarios que participan toman tiempo de sus actividades diarias. Para estos enfoques se necesita un facilitador capacitado que tenga una comprensión clara de los principios de la metodología.
- Durante el curso del trabajo participativo en Somalia, se determinó que la SR era el enfoque programático. Si se hubiera preguntado a los miembros comunitarios, ellos tal vez hubieran tenido otras prioridades, dada su condición de personas desplazadas.
- Los ejercicios de participación pueden crear expectativas en la comunidad. Es muy importante ser transparentes con los miembros comunitarios sobre los planes, una vez terminada la fase de diagnóstico.

LECCIONES APRENDIDAS

Al utilizar un enfoque participativo y trabajar a través de los influyentes clave en la comunidad (mujeres y hombres mayores, líderes religiosos, etc.), el personal de RHAAPY se ha ganado el respeto y confianza de la comunidad de Yirowe. Una gran inversión de tiempo substancial ha sido necesario para este proceso, pero ha destruido la desconfianza e incertidumbre que existía al comienzo del proyecto. La TWA ha trabajado dentro del contexto cultural de Yirowe y ha ganado el respeto y apoyo de los líderes comunitarios importantes.



Un ECS dirige una sesión educativa en salud sobre la lactancia materna exclusiva. Somalia.

En un ambiente operativo difícil, como un lugar de refugiados/desplazados como es Yirowe, los enfoques participativos pueden representar un cambio renovador para los miembros comunitarios. Ellos están complacidos de articular sus propios problemas y buscar soluciones creativas.

La confianza y habilidades aprendidas a través de los enfoques participativos van más allá del proyecto inmediato. Por ejemplo, TWA ha comenzado a abordar adicionales problemas comunitarios (como la falta de escuelas en su campo y ejercer presión ante el MS para volver a abrir un centro de salud clausurado) como resultado de la experiencia de RHAAPY.

Además de fomentar el comportamiento saludable, los esfuerzos de RHAAPY han motivado a los miembros comunitarios a considerar aquellas prácticas culturales que pueden tener un resultado negativo en la salud reproductiva. Luego de crear conciencia sobre los efectos dañinos de la forma más agresiva de la IGF, la circuncisión farónica, los miembros comunitarios solicitaron una alternativa para dicho procedimiento.

Los miembros del equipo se sorprendieron al aprender tanto de la comunidad, particularmente en lo relacionado al impacto que el proyecto aparentemente tenía sobre el comportamiento de los miembros comunitarios (atención prenatal, prácticas MGF). Esto se volvió palpable en las charlas de grupos focales y en las sesiones educativas de salud, con varios segmentos de miembros comunitarios que observó el equipo de evaluación.

Al continuar el segundo año de las actividades del proyecto, la TWA continuará haciendo partícipes a los miembros comunitarios en todas las fases de la implementación del proyecto. De igual forma que la naturaleza participativa del proyecto RHAAPY ha sido útil para su éxito, se debería hacer esfuerzos para llegar a otros miembros y grupos comunitarios que pueden estar marginados. CARE Somalia espera continuar con el uso de las técnicas participativas en las fases subsiguientes a la implementación y evaluación.

CARE PERÚ

PROYECTO MULTISECTORIAL DE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA (PMP)

Extraído de una entrevista con Irma Ramos, CARE Perú

El Proyecto Multisectorial de Población y Salud Reproductiva (PMP) comenzó como un proyecto de planificación familiar en tres regiones del Perú – incluyendo las áreas costeras, la selva y el valle. En 1993, el proyecto expandió su alcance de trabajo a las áreas peri-urbanas y rurales. PMP busca mejorar la calidad de los servicios de salud e incrementar la cobertura del servicio, y así permitir a las mujeres y sus parejas satisfacer sus necesidades reproductivas. El proyecto coordina juntamente con el Ministerio de Salud (MS) para mejorar los servicios de planificación familiar provistos en los servicios locales de salud. CARE Perú ve su asocio con el MS como crucial para el éxito del proyecto, ya que muchas veces CARE y el MS son los únicos grupos que trabajan en las mismas áreas rurales.

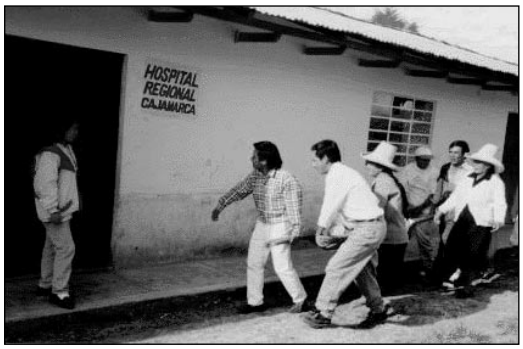
Las principales actividades del proyecto incluyen el inicio de una red de distribuidores comunitarios (los DC) que desempeñan como promotores de salud en las áreas rurales y como el enlace de estos DC con el MS. Una vez que el/la DC es capacitado/a, está a cargo de proveer la información SR a las comunidades, lo que permite que las mujeres y sus parejas tomen decisiones libres e informadas sobre la planificación familiar. Al establecer los puntos de referencia para que los distribuidores comunitarios incrementen los servicios, la meta de CARE Perú es incrementar el acceso a los servicios de salud para las personas más pobres.

Las áreas técnicas que trata el proyecto incluyen:

- Planificación familiar
- Salud materna
- Salud de adolescentes

Aunque el comienzo del proyecto no fue tan participativo como lo hubiera querido CARE Perú, ellos sintieron que era crítico educar al MS y capacitar al personal en la entrega de servicios y supervisar la entrega de servicios consiguiente. Luego de esta fase inicial, el proyecto se volvió mucho más participativo, ya que el personal de CARE y los miembros comunitarios experimentaron con los ejercicios de mapeo, incluyendo el mapeo social, de riesgos e histórico. El personal de CARE realizó visitas al campo acompañado por el personal del MS para demostrar cómo trabajar con líderes comunitarios. En ese momento, esto era un enfoque innovador que no se había utilizado en estas áreas antes. Una vez que se reunieron con los líderes comunitarios, los influyentes traían a los miembros comunitarios y les explicaban el proyecto y servicios que serían ofrecidos. Entonces, las comunidades formarían un comité de salud y entablaron los ejercicios de mapeo para determinar los problemas más apremiantes de la comunidad. Durante estas charlas y ejercicios, frecuentemente se mencionó que el transporte era el mayor problema. A través de los ejercicios de mapeo, las comunidades comenzaron a identificar varios barrios de la comunidad y desarrollaron un sistema de transporte para desalojar a las personas en caso de una emergencia. De hecho, los miembros comuni-

tarios diseñaron medios innovadores para lidiar con este problema. Luego de organizarse en grupos responsables de transporte, los miembros comunitarios se dieron cuenta de que no contaban con los medios financieros para hacer el desalojo para los casos de emergencia obstétrica. Ellos decidieron comprar un cerdo con las contribuciones de varios miembros comunitarios. Era la responsabilidad de la comunidad alimentar y cuidar al cerdo. Cuando el cerdo dio a luz a varios cerditos, los miembros comunitarios los vendieron y ahorraron el dinero para abordar la cuestión de los desalojos de emergencia. En resumen, los miembros comunitarios están elaborando planes de entrega para prepararse en caso de una emergencia, antes de que ocurra. Un paso en este proceso involucra el elaborar los mapas geográficos para determinar la ruta más apropiada y el centro de salud a utilizar. Una vez que se haya desalojado a una mujer, los comités de salud se reúnen para evaluar cómo se ha manejado la emergencia y determinar cómo se podría mejorar el proceso en el futuro.



Los miembros comunitarios rurales desalojan a una mujer que tiene una emergencia obstétrica.

FORTALEZAS

Los enfoques participativos permiten que las mujeres elaboren soluciones y piensen por sí mismas, pues realzan la meta de sostenibilidad, un factor que es crítico para el desarrollo a largo plazo. Si un proyecto no es implementado con la meta de sostenibilidad, éste fracasará una vez que termine el financiamiento. Cuando no se utiliza la participación, se percibe al proyecto como perteneciente a la organización y no a la comunidad.

DEBILIDADES

En las áreas donde CARE trabaja, las prioridades de la comunidad frecuentemente no corresponden a lo que CARE puede ofrecer. Aunque el programa de CARE trata las necesidades de SR, los miembros comunitarios frecuentemente quieren escuelas o semillas para plantar. En este caso, el personal del proyecto de CARE intenta asociarse con aquellas socios que puedan ser capaces de tratar y responder en diferentes áreas técnicas que CARE no puede realizar. Los enfoques participativos necesitan tiempo, dinero y recursos humanos. Tal y como Irma lo indica: "es más fácil traer alimentos enlatados que enseñar a cocinar a los miembros comunitarios".

Un miembro comunitario ayuda a una mujer con hemorragia a llegar al centro de salud. Perú.

LECCIONES APRENDIDAS

Aunque el personal de CARE Perú notó que los enfoques participativos complican las cosas debido a las necesidades diversas de las comunidades, éstos son la única forma de progresar. Si CARE y otros no comprometen a los miembros comunitarios en su propio desarrollo, el resto de nuestros esfuerzos será en vano.

Otro problema encontrado fue que las mujeres raramente son seleccionadas como miembros de los comités de salud. CARE aprendió, a través de la experiencia, que era mejor exigir que hubiera representación femenina para equilibrar los equipos.

Se sugiere hacer esfuerzos especiales para evitar el crear expectativas. Si el interés de una organización es desarrollar un proyecto de salud, debe quedar claro con las comunidades que la prioridad es aprender sobre sus problemas de salud. Cuando pida información de la comunidad, es esencial que los resultados de la información recolectada se entregue a los miembros comunitarios. Además de compartir los resultados, asegúrese de informar a los miembros comunitarios sobre los pasos de retroalimentación que se realizarán.

CARE ZAMBIA

ENSAYO DE ENFOQUES COMUNITARIOS PARA MEJORAR EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL DE ADOLESCENTES

Tamara Fetters

CARE Zambia, la Asociación de Paternidad Planificada de Zambia (PPAZ) y el Centro Ecuménico Makeni (MEC) están realizando un estudio de Investigación Operativa (IO) para poner a prueba las estrategias comunitarias que incrementan el conocimiento y la exigencia de y uso de métodos contraceptivos de barrera entre los adolescentes de 14 a 19 años en tres comunidades de la región periurbana de Lusaka. Los participantes de la intervención son receptores de créditos de pequeños préstamos (US$50-70) o agentes vendedores de condones que también actuarán como consejeros colegas para abordar los problemas de salud reproductiva en sus comunidades. El objetivo final del estudio es proveer ejemplos de las estrategias exitosas para motivar a los adolescentes a evitar el contacto sexual sin protección, lo que reducirá consecuentemente el número de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Para desarrollar de mejor forma aquellos proyectos que traten los problemas de los adolescentes, es importante que primero se comprenda la situación desde sus perspectivas. CARE Zambia ha estado involucrada en la ejecución de las evaluaciones/diagnósticos participativos y la capacitación de investigación participativa en Zambia, como una preparación para su Proyecto de Asocio para la Salud Reproductiva y Sexual en Adolescentes (PALS). Debido a que CARE dispone de experiencia en el aprendizaje participativo y acción (APA), la metodología ha sido afinada desde que se realizó el primer ejercicio APA en Chawama en marzo de 1997. El dar a los adolescentes una oportunidad de analizar sus comportamientos sexuales, las razones para éstos y la forma en la que creen que sus comportamientos tienen impacto sobre sus vidas provee la base para el diseño del proyecto que tratará sus preocupaciones e intereses.

Para el estudio de IO, se realizaron cuatro diagnósticos APA en M'tendere, Ngombe y Nueva Kanyama, y en un lugar de comparación – Misisi – en diciembre de 1996 y abril de 1997. Los APA de la IO se beneficiaron de la experiencia extensiva de CARE al darle a los facilitadores de CARE la oportunidad de desarrollar una serie concisa de temas y problemas que podían ponerse a prueba en el campo. Los diagnósticos APA fueron seleccionados, ya que se pensó que abarcarían de mejor forma los siguientes objetivos:

- Aprender sobre el conocimiento, actitudes y comportamientos de los adolescentes varones y mujeres correspondientes a la salud reproductiva y sexual; su conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual y embarazo; sus fuentes de información; sus actitudes ante estos temas y sus patrones de comportamiento sexual.
- Establecer un estudio base comunitario que puede ser usado para evaluar el conocimiento, actitudes y comportamiento de los adolescentes durante la vida del proyecto.

- Comenzar a construir una red comunitaria informada y de apoyo que pueda usarse para sostener un proyecto de intervenciones comunitarias en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Aprender más acerca de la economía y actividades de los adolescentes y cómo se relacionan a sus relaciones sexuales.
- Permitir a los adolescentes seleccionar a los líderes por sí mismos y formar grupos para realizar las actividades del proyecto.
- "Afinar" los proyectos de intervención con base en las necesidades y planes de acción de los adolescentes.

MUESTREO Y METODOLOGÍA

Esta metodología ayuda a los participantes a diagnosticar sus situaciones, a través de una variedad y mezcla de herramientas verbales y visuales. Se pone énfasis en permitir a los miembros comunitarios identificar y analizar sus propias preocupaciones. No existen preguntas predeterminadas, y el proceso es abierto, para que haya un final abierto y flexible para seguir las preocupaciones y problemas que surgen durante la investigación. Sin embargo, el dejar el proceso completamente abierto al final, especialmente cuando hay varios facilitadores con diversas experiencias que usan la metodología, pues, podría llevar el proceso a toda clase de direcciones. Como compromiso, una guía de campo fue preparada por los facilitadores, la cual enumeraba los temas principales a ponerse a prueba y a ser analizados durante el diagnóstico, juntamente con una lista de métodos que podrían ser utilizados para analizar cada tema. La guía de campo fue desarrollada en CARE, con la ayuda de una consultora externa, quien es experta en las metodologías APA, la Sra. Meera Kaul Shah.

La fortaleza de la metodología APA es su adaptabilidad e innovación de sus herramientas a diferentes circunstancias en el campo. Algunas de las herramientas APA utilizadas incluyen el mapeo de área, mapeo social, mapeo del cuerpo, caminatas transversales, clasificación y punteo, diagramas, clasificación de riqueza/bienestar, historias en bocetos (historias en dibujos), charlas de grupos focales y censo de sexo a través de votos secretos.

Para compilar una serie de datos de estudio base, con detalles sobre los patrones de actitudes, conocimientos y comportamientos individuales y para verificar los hallazgos que pueden ser controversiales, decidimos sumarse al proceso participativo de evaluación/diagnóstico una encuesta a adolescentes, realizado por los facilitadores APA. Los resultados de la encuesta fueron analizados por la comunidad y se incluyeron en el reporte de estudio base para comparar algunos hallazgos clave de APA, así como para enriquecer los datos.

USANDO LA METODOLOGÍA APA

El APA fue facilitado por los equipos comprendidos de aproximadamente veinte miembros del personal de la clínica, miembros del Comité comunitario de Salud (CCS), el equipo de la IO de CARE, investigadores de PPAZ, trabajadores de desarrollo comunitario de MEC, miembros capacitados de CCS de las comunidades cercanas a Lusaka, dos practicantes interinos de CARE e investigadores de otras ONG locales. Se realizó una breve sesión de capacitación, antes de

comenzar el APA y la encuesta para los nuevos miembros comunitarios. Luego se crearon cuatro grupos, compuestos de hombres y mujeres e investigadores con y sin experiencia. Frecuentemente los cuatro grupos se dividían en grupos más pequeños según el género, asegurando que los niños y niñas pudieran hablar libremente sobre los temas relacionados con las relaciones sexuales y salud reproductiva. Cada grupo se reunió con niños y niñas, dentro y fuera de la escuela y de diferentes grupos de edad, entre los 10 y los 19 años. Durante el primero día del APA, los adolescentes investigaron nuestras actividades y pronto se comprometieron con las actividades de mapeo de sus comunidades. Ellos nos ayudaron al informar a sus amigos y vecinos sobre la investigación, mientras nosotros explorábamos sus actividades diarias, recreación y lugares de entretenimiento. En los días siguientes usualmente encontrábamos a jóvenes esperándonos con unos amigos nuevos que querían ayudar.

Luego de realizar el trabajo de campo en la mañana y en las primeras horas de la tarde, los equipos se volvieron a agrupar cada tarde para compartir las experiencias del día y presentar sus hallazgos. Se registró diferencias en la información, por lo que se compartió información y se verificaron los hallazgos clave para preparar la investigación del día siguiente. Los reportes diarios de "proceso" fueron escritos por cada miembro del equipo para tener una documentación completa del día de trabajo. Antes de salir en las mañanas, el grupo completo se reunía para revisar las preguntas y hallazgos de la investigación y discutir los métodos apropiados para explorar más a fondo estos temas. Nos dimos cuenta que nuestros hallazgos de investigación fueron mejores cuando en la noche se revisaba rigurosamente la información recolectada y se contaba con un facilitador que preparaba a los grupos en la mañana. Invertimos un tiempo revisando las preguntas de investigación, marcando aquellas que sentíamos que habían recibido suficiente atención e identificando las áreas que requerían clarificación o más datos. También hablamos sobre otras herramientas o posibles formas para obtener este tipo de información.

Se llevó a cabo una encuesta entre los adolescentes durante los últimos dos días del ejercicio. El cuestionario tenía en su mayoría preguntas cerradas que se enfocaban en el comportamiento de la salud sexual y reproductiva, nuestras variables clave. Los mismos individuos del equipo de investigación fueron brevemente capacitados en las técnicas de entrevista y volvieron a sus áreas respectivas a realizar las entrevistas con un cuestionario simple de una hoja. El muestreo de conveniencia fue usado para maximizar los recursos. Los entrevistadores fueron de hogar en hogar preguntando por un adolescente por hogar quien consentiría a ser entrevistado hasta llegar a una cuota diaria de 20 cuestionarios. Al final del primer día de la encuesta, se recolectaron y contaron los cuestionarios para asegurar la representación de todos los grupos de edad, ambos sexos, cada uno de los cuatro distritos en la comunidad y jóvenes dentro y fuera de la escuela.

LA RETROALIMENTACIÓN PARA LA COMUNIDAD

Luego que los investigadores realizaron los APA y sintetizaron los datos, se realizaron varios talleres de diseminación en cada comunidad. Los investigadores comunitarios que estuvieron involucrados en el trabajo de campo (usualmente los proveedores de salud y miembros del comité Comunitario de Salud) presentaron los resultados a los adolescentes en una reunión para dar a las comunidades un sentido de dominio y agregar credibilidad a algunos de los resultados más delicados. Después de la reunión de diseminación con los adultos, se realizó una serie de reuniones de diseminación con los adolescentes.

Se presentaron los hallazgos sobre la sexualidad, conocimiento y percepciones erróneas a los jóvenes, y se les pidió elaborar planes de acción comunitarios. Casi todas sus sugerencias estuvieron centradas alrededor de las oportunidades recreativas y económicas para ellos. Estos planes de acción nos ayudaron a ajustar nuestras intervenciones a sus ideas y sugerencias y así obtener apoyo para nuestros programas. Se pidió a los jóvenes involucrados en las reuniones de diseminación que organizaran a sus grupos de camaradas y así comenzaran una auto-selección y proceso de reclutamiento para las intervenciones.

EN EL CAMPO

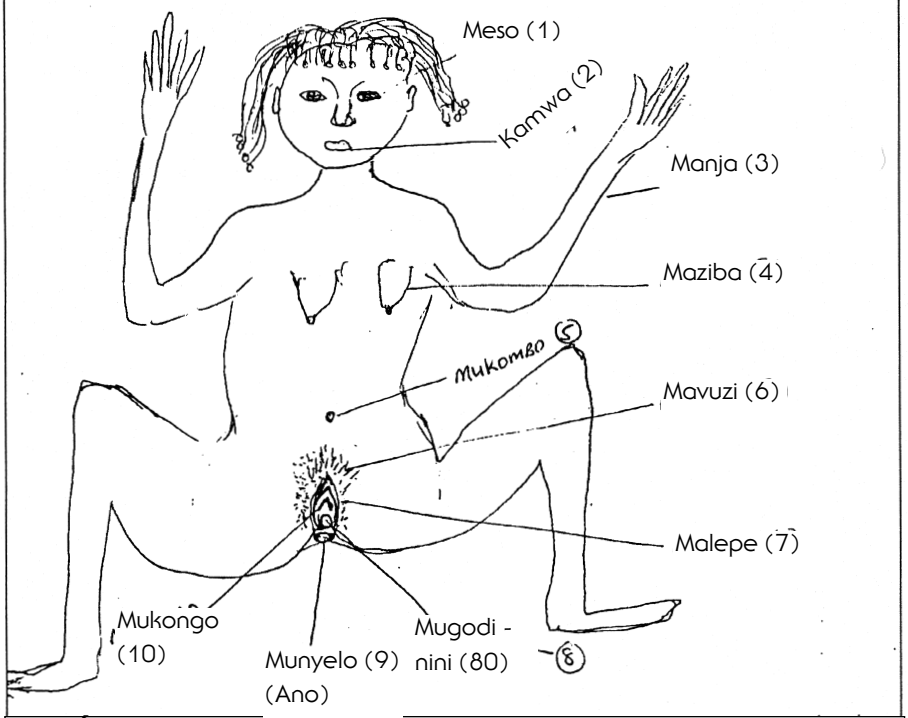
Se seleccionaron los siguientes efectos visuales de varias evaluaciones/diagnósticos participativos en la salud sexual y reproductiva realizados por CARE Zambia para el estudio de la IO, el proyecto PALS y uno realizado como parte de una capacitación nacional para los investigadores del Gobierno y ONG locales e internacionales.

En este estudio APA de adolescentes entre 10 y 19 años, un adolescente era clasificado como sexualmente activo si había tenido una relación sexual por lo menos una vez en su vida antes del estudio. La definición de una "experiencia sexual", como lo entienden los adolescentes, se estableció a través de los ejercicios de mapeo del cuerpo, la evolución de las charlas y las actividades siguientes del APA. Se pidió a varios grupos diferentes de adolescentes que dibujaran el cuerpo masculino y femenino, que designaran el nombre de cada parte del cuerpo y que describieran las funciones del sistema reproductivo. De esta forma, se aclaró lo que los adolescentes entienden por "sexo", y el investigador estaba seguro de que ellos comprendían correctamente las preguntas sobre la actividad sexual. Esto también hizo posible que los investigadores hablaran en el "lenguaje" de los adolescentes e indagaran para reunir más información en la jerga de ellos.

NGOMBE
GRUPO B
22, 4, 97,
DIA 2

POR CRISPIN S.
GRUPO DE NIÑAS
EDAD 12 - 20 AÑOS

MAPEO CORPORAL



FUNCIÓN			
(1)	Meso - kwonesa (ver)	(6)	Mavuzi - para sentir
(2)	Kamwa - besar, comer, hablar	(7)	Malepe - para tener sexo
(3)	Manos - tocar	(8)	Mugodi - donde entra el pene; donde sale el bebé
(4)	Senos alimentar al bebé, para que mi novio me toque	(9)	Ano - para defecar
(5)	Mukombo - no tiene uso	(10)	Mukongo - para sentirme bien cuando mi novio lo toca

Figura 2. Un ejemplo de un mapeo del cuerpo dibujado por un grupo de chicas del APA en Ngombe.

La necesidad de tratar los problemas de los medios de vida, junto con otras preocupaciones sobre la salud reproductiva, ha sido planteada a CARE Zambia. Las percepciones de los adolescentes sobre los riesgos de salud generalmente son pocas, por lo que explorar los temas sobresalientes en sus vidas significa incluir sus pensamientos sobre el futuro y sus medios de vida. El siguiente cuadro es un ejercicio de clasificación "por pares" que permite que los adolescentes piensen acerca de los aspectos más importantes de sus vidas. Los cuadros forman un modelo y el cuadro en donde se juntan indica el aspecto que ellos ven como el más importante entre los dos temas. Entonces se calcula el total de las opciones para ver cuál tema es el más prevalente y se entabla un diálogo para clasificarlos. Vea la descripción completa de Clasificación y Punteo en la Parte 3, página 3.38.

CLASIFICACIÓN "POR PARES" DE LO QUE PREOCUPA A LOS ADOLESCENTES

	VIVIENDA	MAYOR EDUCACION	DINERO	FAMILIA	EMPLEO
EMPLEO	empleo	mayor educación	dinero	empleo	X
FAMILIA	vivienda	mayor educación	dinero	X	
DINERO	dinero	dinero	X		
MAYOR EDUCACIÓN	vivienda	X			
VIVIENDA	X				
TOTAL	2	2	4	0	2
ORDEN	4	3	1	5	2

11 jóvenes (14 – 22 años)
Dambwa Central, Livingstone (22 de agosto de 1996)

Los resultados de los APA de Zambia indicaron que la mayoría de la actividad sexual entre los adolescentes está asociada con alguna forma de regalo o pago a la niña. De acuerdo con los hallazgos, de la mitad a dos tercios de los últimos actos sexuales reportados fueron remunerados. Muchos niños dijeron preferir sexo con niñas menores porque no exigen mucho dinero o regalos caros. Un grupo de niñas de 12 – 17 años en Misisi creó una lista de parejas sexuales potenciales y los pagos esperados, que se presentan a continuación.

NOVIO	PAGO ESPERADO
Kawalala (ladrón)	Kw 10,000
Kantemba (vendedor)	Loción, jabones, galletas, dulces
Desempleado (por amor)	Kw 2,000
Hule (prostituta)	Kw 70,000
Maestro	Notas aprobadas
Niños de la escuela	Respuestas a deberes o a exámenes
Jugadores de fútbol	Kw 5,000

Lista de parejas sexuales potenciales y pagos esperados compilada por un grupo de niñas de 12 – 17 años, en Misisi

El intercambio (remuneración) por sexo está profundamente arraigado en la cultura de estos adolescentes y ciertamente no se considera prostitución. Usualmente los niños se dan voluntariamente y las niñas aceptan la mayoría de los actos sexuales, pero el intercambio, que usualmente beneficia a la niña, está arraigado en la cultura debido a la desventaja económica y de poder de las niñas. El siguiente comentario muestra la forma indirecta en la que se anima a las niñas a intercambiar el sexo por dinero y muestra cómo las charlas de campo pueden brindar una profundidad de detalles a los análisis APA.

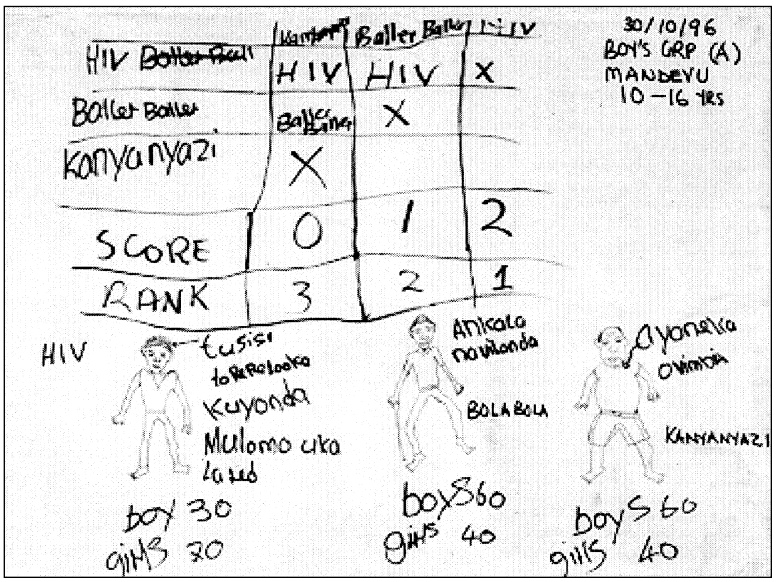
> Varios grupos de niños y niñas narraron cuando sus madres o abuelas les pedían a las niñas buscar parejas sexuales para que hubiera dinero en el hogar y tuvieran suficientes alimentos para comer. Sin embargo, se mencionó que las madres no decían directamente a las niñas que tuvieran sexo, pero sí hacían comentarios como: "sure ti gona nanjala na bakazi balipo pano" (¿Cómo podemos dormir con los estómagos vacíos si hay niñas en la casa?).

Extraído de las notas de campo de Thomas Moyo, M'tendere

Es útil animar, cuando sea posible, a los miembros del grupo a realizar ejercicios cuantificables. Los debates entre los grupos son útiles y se pueden validar los resultados día a día. Una gráfica fue dibujada por unas niñas adolescentes en el área peri-urbana de Livingstone durante un taller nacional de capacitación del APA dirigido por CARE. Estas niñas dibujaron una gráfica de líneas dando un número aproximado del número de niñas que pensaban que sufriría de un embarazo no deseado en una clase de 25 niñas. Mientras las niñas dibujaban las gráficas, se inició una charla durante la cual se explicaron que los altibajos eran como eventos importantes del ciclo de vida, tales como los exámenes o el deseo de contraer matrimonio. Ellas le dieron seguimiento a sus gráficas, con las recomendaciones de "corregir" los problemas.

Recomendaciones para corregir las tendencias:

- *Introducir la educación sexual en las escuelas.*
- *De 100 niñas, solamente el 10% de ellas pueden ser disciplinadas.*
- *La distribución de pastillas y condones a los alumnos en las escuelas. Para niñas entre los 13 y 14 años y para niños entre los 14 y 15 años. Solamente el 10% de los niños y niñas escolares pueden ser educados y tener respeto por sí mismos.*
- *Los niños no deberían jugar por la noche (1 – 19 años).*
- *Masak y Fairmount [bares locales] deberían tener puntos de distribución de condones.*



Algunos de los resultados producen más preguntas que respuestas. Este resultado visual muestra un análisis hecho por un grupo de niños de Mandevu, el cual se realizó como un estudio base para el Proyecto de Asocio para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (PALS) de CARE en Lusaka. En este resultado, los facilitadores usaron un ejercicio de clasificación "por pares" para obtener información sobre la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en esta comunidad. La clasificación de las ITS frecuentemente produjo resultados interesantes; por ejemplo, surgieron las enfermedades como tuberculosis. Este grupo de niños conocían tres ITS: VIH, "baller baller" (usualmente llamado bola bola) y "kanyanyazi". Es evidente que la ITS llamada kanyanyazi confundió a los facilitadores, por lo que pidieron a los niños que dibujaran los síntomas y la prevalencia asociada con cada ITS. La persona que tiene VIH tiene poco pelo, se adelgaza y sus labios se ponen muy rojos. Una persona con "baller baller" tiene testículos hinchados, nodos en el pene o linfa o lesiones dolorosas que les hace caminar con las piernas abiertas. Esa persona con la ITS "kanyanyazi" tiene el cuello hinchado y deforme. Parece que este grupo de niños piensa que las paperas es una ITS.

En cualquier situación de APA, los dibujos creados por los participantes son simplemente un punto de entrada para mayor diálogo. Aunque la información generada durante el proceso participativo está en debate, los resultados visuales continuarán evolucionando. Los buenos facilitadores pueden obtener información en poco tiempo y siempre tienen preparada una pregunta. Las notas de campo recolectadas diariamente, así como las reuniones que enfocan las preguntas de investigación y las sesiones al final de día, pueden ayudar a asegurar la calidad de los últimos reportes y asegurar que la información no sea redundante.

CONCLUSIONES

La investigación APA produce resultados relativamente rápidos y de bajo costo, los cuales son útiles para el diseño e implementación del programa. Durante la investigación de la que salieron estos ejemplos de dibujos, hablamos con miles de adolescentes sobre la sexualidad y salud reproductiva y les dimos la oportunidad de ver sus propias vidas (y las vidas de sus camaradas) e identificar las soluciones potenciales para sus propios problemas. Frecuentemente encontrábamos a adolescentes que nos esperaban en donde nos reuníamos y que deseaban participar y compartir con nosotros sus pensamientos y sentimientos. En CARE Zambia hemos usado esta investigación como un punto de entrada a un tema o comunidad y es el lugar del proyecto que parece funcionar mejor. Lo hemos usado para formar y cimentar asocios y comenzar el "proceso de crecimiento" necesario para los proyectos firmes y sostenibles. Es útil explorar los diveros temas (como la sexualidad y salud reproductiva de adolescentes), pero puede ser necesario elaborar otras herramientas para usar esta investigación para la evaluación y para medir la incidencia de los comportamientos específicos o factores de riesgo. Es evidente el potencial que tiene esta metodología, pero necesita tiempo, compromiso e innovación. CARE Zambia tiene planes de usar la metodología APA de otra forma, que incluye:

- Simplificar la lista de temas y variables potenciales para afinar y modernizar un ejercicio de APA para usarlo como herramienta de evaluación que mida la cobertura del proyecto y el impacto del proyecto en términos de comportamiento cambiado de la salud sexual y reproductiva.

- Sensibilizar a los médicos en las clínicas y hospitales y recolectar información sobre la calidad de atención y la cantidad de pacientes.

- Explorar la prevalencia e información existente en la comunidad sobre los temas específicos y delicados, como el aborto peligroso.

Es necesario la innovación y el éxito continuo de estos tipos de evaluación participativa y metodologías de investigación, para que estén bien documentadas y diseminadas. La diseminación nos permitirá el intercambio de ideas y la adaptación de las herramientas APA para satisfacer las necesidades especiales del proyecto relacionadas con más temas y poblaciones meta.

ALGUNAS REFLEXIONES CONCEPTUALES

Capítulo 1 Participación para el desarrollo: Evolución de una filosofía 2.1

Capítulo 2 Participación y el ciclo del proyecto: Un proceso interactivo 2.10

1. Introducción 2.10
2. Diagnóstico participativo de necesidades y diseño de proyecto 2.12
   - 2.1 El proceso de diagnóstico 2.15
   - 2.2 Diseño del proyecto 2.18
3. Participación en implementación, monitoreo y evaluación 2.23
   - 3.1 Comienzo del proyecto 2.23
   - 3.2 Información del proyecto 2.27
   - 3.3 Descentralización: Aprendizaje institucional, roles de negociación, asocios y separación a través del fortalecimiento de la capacidad institucional 2.32

Capítulo 3 Abriendo diferentes puertas: El uso de encuestas cuantitativas para complementar los hallazgos del APA 2.36

CAPÍTULO 1

PARTICIPACIÓN PARA EL DESARROLLO: EVOLUCIÓN DE UNA FILOSOFÍA

Carlos A. Pérez

Es una subestimación el decir que en los últimos 15 años la investigación participativa ha florecido. Las formas participativas de investigación son aceptadas ahora y bien integradas en la práctica del desarrollo, particularmente en el desarrollo internacional. Aunque esta transformación no se libra de sus controversias, representa un cambio de haber estado al margen de la corriente principal de la acción social e investigación de hace solamente una década. En este capítulo, brevemente presentaremos algunas de las formas actuales de investigación participativa, resumiremos las contribuciones y oportunidades que brindan para la práctica de desarrollo en general y hablaremos del rol que la investigación participativa puede tener para hacer un trabajo etnográfico riguroso. También detallaremos algunos de los retos que vienen delante para progresar en la investigación participativa como una herramienta para el desarrollo sostenible y el rol que puede desempeñar la antropología aplicada en este esfuerzo.

(*Practicing Anthropoloy* ha concedido permiso de sus derechos de autor.)

PANORAMA A VISTA DE PÁJARO

La investigación participativa no puede estar alineada a una fuente o evento. Al contrario, ésta refleja una evolución gradual del paradigma sobre el desarrollo. Este cambio de paradigma comenzó en los países subdesarrollados cuando los intelectuales y estudiantes nacionales expresan su exigencia de que ellos y las personas locales debían tener poder en las intervenciones de desarrollo. Vino una presión adicional para una participación en aumento de la presencia de los movimientos insurgentes activos desde 1960. Al mismo tiempo, las fundaciones (como la Ford y Rockefeller) respondieron a dichas preocupaciones y promovieron activamente la participación – y la incorporación de las ciencias sociales – en el pensamiento y acción de desarrollo. En resumen, al enfrentar las limitaciones obvias de los modelos tecnocráticos de desarrollo (de "etapas de crecimiento" a "la revolución novata") fundados en las recetas de expertos "externos", las agencias de desarrollo aceptaron (de mala gana) los enfoques de desarrollo de "abajo hacia arriba"; ej., mayores roles importantes para los participantes en la orientación e implementación de proyectos.

En los años 70, comenzó a aparecer literatura que documentaba la falta de participación en muchos proyectos de desarrollo y que apoyaba la corrección necesaria de esta falla (Cernea, Michael (Ed.), Colocando primero a las personas: Variables sociológicas en proyectos de desarrollo, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1985; Revisión de la participación en el desarrollo rural en los años 70 y 80, Universidad de Cornell; Oakley, Peter, David Marsden; Enfoques para la participación en el desarrollo rural, ILO, Génova, 1984). El cambio actual de apoyar la participación a generar las metodologías para incorporar las voces perspectivas y recursos de los desfavorecidos se llevó a cabo de varias maneras. Éstas incluían la Investigación Participativa, Investigación Participativa en Acción, Investigación

de Sistemas Agrícolas, Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido y Análisis de Ecosistemas Agrícolas, los cuales surgieron en los años 70 y 80, así como la Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo que se esparció en los años 90 (para una descripción detallada, vea Chambers, Roberto, Los orígenes y prácticas de la evaluación/diagnóstico rural participativo, Desarrollo Mundial, Tomo 22, Núm. 7: 953-969, Núm. 9:1253-1268 y Núm. 10:1437-1454).

La investigación participativa fue inspirada por el trabajo de Kurt Lewin (Investigación en acción y problemas de las minorías, Diario de Temas Sociales, Tomo 2, 34-46, 1946) y Paulo Freire (La pedagogía de los aprimidos, Seabury Press, Nueva York, 1968) que influyeron en el pensamiento de la educación para adultos. El trabajo de Lewin en la psicología social enfatizó la necesidad de grupos de definir los problemas comunes y trabajar juntos para superarlos a través de una espiral de pasos compuestos por las planeación, acción, observación y evaluación. Freire fue más radical. Él enfatizó que las personas pobres debían ser empoderadas para realizar el análisis de su propia realidad y así liberarse de la opresión a través de la "concientización". Ambos filósofos encontraron un eco en la Investigación Participativa y la Investigación Participativa en Acción, dos movimientos tan similares que frecuentemente no pueden ser diferenciados el uno del otro. La Investigación Participativa exhortó a los agricultores pobres del Asia y los Estados Unidos a analizar las estructuras de poder de la comunidad y los prejuicios urbanos (vea "Convergencia", el periódico trimestral del Consejo Internacional para la Educación de adultos y Gaventa, John y Helen Lwes, Educación Participativa y Desarrollo de Base; El Caso de la Apalachia Rural, Instituto Internacional para el Medio Ambiente y Desarrollo (IIED), Londres, 1991). La Investigación Participativa en Acción, por su parte, guió el cambio social al definir los planes de acción como un esfuerzo de grupo con todos los participantes involucrados. Los planes emergieron de una investigación basada en las reuniones de grupo, sociodramas, folklore, representaciones orales y visuales, donde las personas establecían el programa, participaban en la recolección y análisis de datos y ejercían control sobre los resultados y todo el proceso (Whyte, William F., Sage Publications, Newbury Park, CA, 1991; McTaggart, Robin, Principios para la investigación participativa en acción, Publicación Trimestral sobre Educación a Adultos, Tomo 41, Núm. 3, 1991).

Paralelamente, se comenzó un movimiento en los años 60 y 70, el cual trató de cambiar la forma en la que se realizaba la investigación agrícola. El reto era incrementar la probabilidad de que las tecnologías, producidas por investigadores en estaciones experimentales, podrían ser usadas por agricultores de los países subdesarrollados. Hasta entonces, la investigación agrícola incluía la investigación de cultivos y factores biofísicos bajo ambientes controlables, en formas que dejan a un lado a los agricultores y sus condiciones de ecología agrícola y socioeconómicas altamente variables, de pocos recursos y riesgosas, por lo que las tasas de adaptación a la tecnología fueron bajas. Los equipos interdisciplinarios de científicos biológicos, economistas, antropólogos y sociólogos rurales adoptaron la investigación agrícola como una alternativa a la investigación hecha exclusivamente en las estaciones experimentales de agricultura y el análisis de sistemas agrícolas en lugar del estudio de disposiciones ordenadas de mono-cultivo. Con el paso del tiempo, ISA progresó desde el uso de los campos y trabajo de los agricultores para realizar la investigación diseñada por científicos hasta la incorporación de los agricultores como evaluadores de la tecnología y a hacer partícipes a los agricultores en el diseño de sus propios experimentos (Shaner, W.W., P. Philipp y

W.R. Schmel, Investigación y desarrollo de sistemas agrícolas: Guías para los países subdesarrollados, Westview Press, Boulder, CO, 1982). La toma de decisiones, la experimentación y la adaptación de la tecnología, así como los sistemas de conocimiento indígena pronto se volvieron puntos focales legítimos para la investigación (Richards, Paul, Revolución indígena agrícola, Westview Press, Boulder, CO, 1985; Brokensha, David, D.M. Warren y O. Werner, Sistemas y desarrollo de conocimiento indígena, University Press of America, Lanham, MD, 1980). Las técnicas que usó ISA incluían las revisiones secundarias de datos, mapas, caminatas transversales, calendarios, entrevistas semi-estructuradas, cuestionarios, observación directa, experimentación agrícola, análisis de rendimiento económico y selección variada de agricultores y evaluación de tecnología. Por su parte, el análisis de los ecosistemas agrícolas – elaborados en los años 70 en el sudeste de Asia – enfatizó el pensamiento analítico ecológico y de sistemas expresado en los diagramas causales y los organigramas. Sus proponentes también utilizaron caminatas, mapeo informal, calendarios, gráficas de barras con fuentes relativas de ingresos, diagramas de decisiones, punteo y clasificación de innovaciones tecnológicas (Conway, Gordon, Análisis del ecosistema agrícola, Administración Agrícola, Tomo 20, 31-55, 1985).

Tanto el enfoque de ISA, como el del análisis del ecosistema agrícola influyeron en el desarrollo de la Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido en los años 70. En ese tiempo, los profesionales de desarrollo rural estaban tratando de superar las deficiencias de las metodologías prevalentes de la investigación rural/agrícola que enfatizaban enfoques a largo plazo (incluyendo etnográfico) y/o encuestas que frecuentemente no podían manejarse, exhaustivas y limitadas en su alcance de trabajo y que no necesariamente proveían datos confiables. La alternativa era el llamado "turismo de desarrollo" que se fundó en vistas parciales, que tendían a incluir solamente aquellas áreas cercanas a las carreteras y a las ciudades, a más hombres que mujeres, a más personas influyentes que aquellas privadas de sus derechos y las épocas del año más cómodas (verano e invierno). Durante más de una década, el DRR se incluyó en un enfoque sistemático de investigación basado en muchas de las técnicas que había usado el análisis de ISA y del ecosistema agrícola (revisión secundaria de datos, entrevistas semi-estructuradas, entrevistas clave a informantes, observación directa, mapeo informal, caminatas transversales, calendarios, diagramas de decisiones, punteo y clasificación de preferencias) al contribuir con la clasificación de riqueza, juegos analíticos, retratos e historias y talleres para el análisis participativo e interpretación de la información recolectada (McCracken, Jennifer A., Jules Pretty y Gordon R. Conway, Una introducción a la Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido para el desarrollo agrícola. IIED, Londres, 1988).

Un grupo de hombres jóvenes se concentran en su análisis visual. Bangladesh

Por medio de este vistazo se torna claro que aunque la Investigación de Sistemas Agrícolas, la evaluación/Diagnóstico Rural Rápido y el análisis de Ecosistemas Agrícolas se consideran enfoques metodológicos discretos, no se desarrollaron independientemente el uno del otro, sino tienen influencia entre sí, algunas veces se sobreponen, evolucionan a otras formas y se prestan y comparten técnicas, enfoques y hasta investigadores. De hecho, aquellos enfoques deben su identidad distintiva más a su afiliación con diferentes instituciones patrocinadoras que a las diferencias substanciales en el enfoque.

La ISA, el análisis de Ecosistemas Agrícolas y el DRR elaboraron técnicas de investigación que alteraron la forma en la que se realiza la investigación socioeconómica y de ecología agrícola. Sin embargo, estos enfoques fueron efectivos pero no necesariamente "participativos". Los programas de investigación aún estaban determinadas y controladas por los investigadores externos. En 1988, los practicantes de la Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido diferenciaron los DRR explorativas (con final abierto y que prueban hipótesis); DRR tópicos (que tratan temas específicos) y los DRR de Monitoreo (para la evaluación de impacto de desarrollo) del DRR Participativo ("para ayudar a involucrar a los hogares de agricultores en todas las etapas del trabajo de desarrollo") (McCracken, Jennifer A., Jules Pretty y Gordon R. Conway, Introducción a la Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido. IIED, Londres, 1988). La investigación participativa se hace mayor con la Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo (DRP).

El DRP fue desarrollado independientemente en Kenia (Universidad de Clark y la Secretaría Nacional del Medio Ambiente) y la India (Programa Aga Khan de Apoyo Rural) en 1988, como un diagnóstico participativo rural rápido preparado para facilitar a los miembros (personas pobres del área rural) a realizar su propio análisis para sus propios propósitos. Las semillas de la DRP fueron esparcidas por el Programa Sostenible de Agricultura en IIED a través de sus talleres, manuales y especialmente sus "Notas ERR" (llamado después "Notas APA") que son las referencias básicas para los practicantes de DRP junto con la circular "ILEIA Newsletter" del Centro para la Investigación e Intercambio de Información en Agricultura Ecológica de los Países Bajos. Desde ese entonces, miles de organizaciones han contribuido a hacer del DRP un enfoque establecido de investigación.

Aunque el DRP usa prácticamente todas las técnicas del DRR, está comúnmente asociada con las técnicas visuales, representativas y de actividad del DRR (mapeo social y modelaje, calendarios, mapas institucionales, diagramación, clasificación de riqueza, análisis de género y grupos sociales, matriz de punteo, caminatas). Típicamente, la investigación DRP incluye una serie de reuniones con personas locales, en las que se usan varias técnicas de grupo para producir información de que se hable colectivamente y se presenta gráficamente con materiales locales (piedras, frijoles, palos, maquetas). Esta información visual se presta para realizar la investigación entre grupos de personas analfabetas y semi-alfabetas. El DRP valora el conocimiento e ingenuidad de las comunidades locales y continúa siendo aplicado predominantemente en los contextos rurales de los países subdesarrollados, pero está ganando aceptación entre los investigadores que trabajan en las sociedades alfabetas y desarrolladas.

El DRP se emplea en el análisis de las instituciones comunitarias, patrones de medios de vida, salud, diferencia de género y distribución de riquezas. Ha sido usado para analizar el impacto del SIDA entre los grupos urbanos con bajos ingresos de los países subdesarrollados, la estructura de sociedades agrarias de los países nórdicos, así como en los ambientes laborales industrias urbanas. También se emplea en la definición de las prioridades identificadas por la comunidad, en la planeación de las actividades de desarrollo y en el ajuste de los servicios a las necesidades de los clientes. El DRP ha sido útil en el diseño y reorientación de la extensión agrícola, los sistemas de crédito, los servicios de planificación familiar y los grupos de apoyo a niños sin hogar. Se usa para mejorar la alfabetización técnica adulta y el programa de estudios de la educación ambiental. Ha facilitado el manejo de las áreas biodi-

versas de alto valor para las poblaciones locales. También está comenzando a ser usada para informar a quienes toman decisiones y delinean políticas de forma que representan los puntos de vista y realidades de las personas pobres y desválidas.

La antropología ha tenido una influencia importante en el desarrollo de la Investigación Participativa. Un número alto de aquellas metodologías utilizadas por los enfoques de investigación participativa descritos anteriormente fueron desarrolladas y usadas originalmente en el trabajo del campo etnológico, que corresponde en particular a la observación directa del participante, entrevistas con informantes clave, entrevistas semi-estructuradas, charlas de grupo, historias y biografías orales, revisiones de datos primarios, análisis de datos secundarios, verificación (ahora llamada "triangulación"), interpretación de mapas, mapeo informal, calendarios, asignación de tiempo, análisis de medios de vida, diagramas de decisiones, clasificación de innovaciones tecnológicas, clasificación de la riqueza, análisis de riesgo y análisis del rendimiento económico (Barlett, Peggy (Ed.) Toma de decisiones agrícolas, Academic Press, Orlando, FL, 1980; Ellen, R., Investigación etnográfica, Academic Press, Orlando, FL, 1984; Gross, Daniel, Asignación del tiempo: Una herramienta para el estudio del comportamiento cultural, Revisión Anual de Antropología, Tomo 13:519-558, 1984; Smith, Carol (Ed.) Análisis regional. Vol.1 Sistemas Económicos; Tomo 2 Sistemas sociales, Academic Press, Orlando, FL, 1976; Sylvermann, S, Un enfoque etnográfico a la estratificación social: Prestigio en una comunidad italiana, American Anthropologist Tomo 68: 899-906, 1966). Al mismo tiempo, los antropólogos aplicados participaron en los equipos interdisciplinarios de investigación y contribuyeron a los conceptos clave para la investigación participativa, tales como la distinción entre las representaciones "émicas y éticas", el valor del conocimiento y cultura indígenas y la importancia del establecimiento de un buen entendimiento entre los informantes.

La ISA, DRR y DRP, en cambio, han contribuido a la antropología al sistematizar, estandarizar y hacer más eficientes muchas técnicas etnológicas del campo. Como resultado, los antropólogos no tienen que inventar dichas técnicas cada vez que realicen su investigación en el campo. La ISA, DRR y DRP también han provisto a los antropólogos unas herramientas sólidas de investigación que fueron el resultado del trabajo interdisciplinario. A la fecha, un antropólogo agrícola no podía encontrar un mejor manual de investigación que el CIMMYT (De campos de trabajadores a recomendación agrónoma, México, 1984). La investigación participativa ha desafiado a los antropólogos a compartir su conocimiento y dominio de datos con las poblaciones locales con las que trabaja. De último, pero no por eso menos importante, tal y como Chambers alude, la investigación participativa ha contribuido a hacer del trabajo de campo algo divertido.

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA PUESTA EN PRÁCTICA

Han sido exitosos los esfuerzos para incorporar los enfoques IPA, IP, ISA, DRR, AA, particularmente por la tendencia existente a incorporarlos a las instituciones de desarrollo con financiamiento público o privado. Si continúan las tendencias actuales, no será el caso para el DRP. Ha habido entusiasmo sobre el DRP entre las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (tales como Action-Aid, Fundación Aga Khan, CARE, DFID, OXFAM, Save the Children, UNICEF, Winrock, World Neighbors y el Instituto Mundial de Recursos), los donantes (Danida, Fundación Ford, GTZ, IDRC, IFAD, ODA, SAREC, SIDA, entre otros) y algunas instituciones gubernamentales.

Sin embargo, todo esto no significa que la investigación participativa haya llegado a la nirvana. La meta de la investigación participativa ha sido permitir a las personas locales definir los programas de investigación al incorporar sus propios criterios y prioridades y al usar técnicas informales con eficacia de tiempo y costo y rigurosas. Los datos recolectados deberían contar con abundantes detalles y ser más confiables que aquellos recolectados en las encuestas formales. Se supone que la información debe recolectarse y probarse comunalmente. Para algunos, el incorporar los datos obtenidos a través de la investigación participativa debería asegurar que los proyectos y servicios de desarrollo sean pertinentes para las poblaciones locales. Para otros, el distintivo de la investigación participativa es que empodera a las comunidades locales para que la acción sea planificada e implementada por ellos mismos, y en todos estos conceptos, la investigación participativa necesita mayor trabajo.

Durante los últimos siete años, el DRP ha asumido un lugar central en la investigación participativa. Lo desafortunado es que se realiza cuando frecuentemente está siendo reducido a unas técnicas para la investigación "extractiva", más para el beneficio de las agencias de desarrollo que para el empoderamiento de las comunidades locales (lo que, paradójicamente, es la antítesis de lo que la investigación participativa intentaba ser). Mucho DRP se está haciendo actualmente como una aplicación precipitada, mecánica y singular de las herramientas y técnicas para describir las comunidades y sus necesidades de personas externas. A pesar de lo participativo que puede ser el proceso de recolección de datos – y aunque los facilitadores sean personal local – el énfasis primario está en la recolección de datos para que la agencia de desarrollo planifique proyectos de desarrollo y no necesariamente para la planificación y empoderamiento a nivel comunitario. En algunos caso el DRP está siendo utilizado simplemente para desarrollar y poner a prueba las metodologías. En otros casos, el DRP se usa para identificar las formas aceptables de "mercadear" los servicios a las poblaciones locales. En el peor de los casos, se usa el DRP para legitimar las estrategias de desarrollo concebidas, implementadas y monitoreadas desde afuera. Claramente, este tipo de DRP no necesariamente se traduce a una mayor consciencia y confianza entre las personas, una mejor habilidad para negociar ni un mayor control sobre el programa de trabajo de desarrollo.

Discusiones de grupo en progreso. Bangladesh

Indudablemente el DRP es muy importante como oportunidad para las personas externas (académicos, funcionarios gubernamentales, residentes urbanos de la clase media) a ser expuestas a las realidades de las personas pobres y desafiadas en sus suposiciones sobre el desarrollo y pobreza. En este contexto, el formar parte de un ejercicio de clasificación de riquezas es mucho más educativo que realizar encuestas o leer reportes. El capacitar a los administradores, técnicos y legisladores sobre el DRP es una tarea valiosa, pero su uso está muy lejos – parafraseando a Freire – como una práctica para la libertad de las personas locales. El reto es asegurar que las personas externas continúen escuchando y aprendiendo de las personas pobres, luego que la intensidad de su experiencia de campo se haya desvanecido, a fin de que no nos arriesguemos a sustituir el "turismo de desarrollo" con el "viaje de desarrollo".

La profundidad en el análisis de las dinámicas y complejidades sociales no es el punto fuerte del DRP. Esto se debe a la postura filosófica popular y empírica que adopta y su gran apoyo en las técnicas rápidas, públicas, visuales, oportunas y descriptivas. Todas las formas actuales de investigación participativa están basadas en una filosofía popular que se alegra ante la inventiva, ingenio y buena voluntad de los miembros comunitarios, pero que no acepta que dichos miembros comunitarios no sean una masa homogénea ni sin diferencias sociales. Esto, para no decir que el DRP no ve géneros ni se preocupa de las diferencias sociales (virtualmente, los ejercicios de DRP incluyen una información diferenciada según el género o clasificación de riquezas en la actualidad). En cambio, los practicantes de DRP suponen que son capaces de definir, a través de las técnicas participativas, una visión colectiva para los diversos grupos de que se constituye la comunidad, y no examinan críticamente que el consenso que ellos han separado por componente y documentado puede ser simplemente aparente, los diferentes conflictos entre, y enmascarar, los grupos de interés y programas políticos locales. No obstante, no es sorprendente que los miembros comunitarios no deseen clarificar públicamente a las personas externas que lo que se ha expresado en los ejercicios DRP solamente refleja el punto de vista de una parte de la comunidad. Algunas veces es cuestión de privacidad; otras veces es desconfianza de las agencias de desarrollo, miedo de venganza de los grupos internos y externos (que pueden ser muy violentos), intereses propios o simplemente el deseo de dejarlo todo en paz (Mosse, David, Autoridad, género y conocimiento: Reflexión teórica sobre la práctica de Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo, Desarrollo y Cambio, Tomo 25:497-526, 1996). Algunas veces, los miembros comunitarios han aprendido a ajustar sus respuestas de acuerdo a lo que quieran oír las agencias de desarrollo; o lo que muchas agencias quieren es una versión ordenada de una realidad social mucho más complicada. Esta información se corregirá una vez que se haya obtenido confianza a través de la interacción social entre los investigadores y los miembros comunitarios.

La historia muestra que el subdesarrollo es un tema de poder e impotencia entre los grupos sociales. Sin embargo, actualmente el DRP no está preparado metodológicamente para tratar con grupos de conflicto e interés. Las reuniones DRP no son suficientes para asegurar que las perspectivas e intereses de las personas pobres sean atendidas por las autoridades y élites locales, administradores de proyecto, donantes y cualquier otra persona que tenga la capacidad de influir en la sociedad y economía.

El empirismo es tanto una fortaleza como una debilidad del DRP. Como se planteó anteriormente, su orientación práctica ha sido extremadamente valorada en la recolección de información de la ecología agrícola, perfiles organizacionales y mecanismos de entrega de servicios de salud, para mencionar algunos. Sin embargo, y al mismo tiempo, muchos investigadores de DRP están más preocupados de recolectar "hechos" que interpretarlos en los contextos sociales que les dan significado. Tienen más deseo de aceptar una variabilidad extrema en los patrones de cultivos y productos entre los campos de agricultores en cierta área, que en la diversidad de metas, propósitos y negocios aceptables. En cambio, comienzan a recolectar "datos" en aquellos temas las personas externas, o han definido categorías discretas que parecen reflejar construcciones ideológicas capitalistas. Éste es el caso cuando la investigación en temas ambientales tiene como meta tratar las preocupaciones utilitarias en el uso de los recursos naturales.

LOS RETOS PARA EL FUTURO

Tal y como lo hemos indicado anteriormente, la participación activa de los antropólogos en la investigación participativa ha sido beneficiosa, tanto para la investigación participativa como para la antropología. Es enorme el potencial para una influencia mutua mucho más fructífera. Muchos de los logros de la teoría antropológica (y de las ciencias sociales, en general) aún no han sido explotados casi en la práctica de la investigación participativa. La investigación participativa podría fortalecerse en su capacidad para empoderar a las personas pobres, si evocara un entendimiento en la literatura económica política de las raíces locales, regionales y globales del subdesarrollo. La antropología reflexiva y cognoscitiva podría facilitar un entendimiento más profundo del rol de las personas internas y externas en la construcción social de algo que erróneamente consideramos una realidad "objetiva". El "desconstructivismo" y el tratado feminista podrían contribuir enormemente a fortalecer la comprensión de las estructuras de poder y cómo los grupos dominantes definen lo que se honra ideológicamente como normal y aceptable para la sociedad. Todo esto permite a los miembros comunitarios a estar en una mejor posición para re-negociar las distribuciones de poder dentro de sus hogares y comunidades, así como con autoridades y otras personas influyentes. También sería muy valioso para los profesionales de desarrollo el tener una visión mucho más crítica, tanto del rol que ellos y sus instituciones desempeñan en la vida de las personas pobres, así como de la "voluntad manifiesta" auto-asignada para ayudar a dichas personas que los practicantes de desarrollo parecen aceptar como un dado.

Por supuesto, esto requiere mayor esfuerzo por parte de los antropólogos aplicados de presentar una economía política, antropología cognoscitiva, conceptos feministas y desconstructivistas en formas más pertinentes y accesibles para una sociedad más amplia de investigadores. La responsabilidad de los antropólogos aplicados será el de ser tanto practicante como teóricos. La probabilidad de que esto suceda incrementará si los antropólogos se comprometen a un diálogo profundo con otras disciplinas y prácticas. Las metodologías que la investigación participativa ha podido recolectar a la fecha debe su riqueza al trabajo interdisciplinario en el que se han desafiado las suposiciones, conceptos y jergas de los profesionales a la luz de diferentes paradigmas, experiencias y metas. Al mismo tiempo, el incrementar la pertinencia de la teoría social a la investigación participativa aplicada requerirá un compromiso más activo de los científicos sociales en la tarea de contribuir a un desarrollo sostenible, equitativo y democrático; ej., aceptar que, como dijo Marx: "El asunto no es comprender la realidad, sino cambiarla."

La investigación participativa – incluyendo la antropología – debe ser una investigación orientada a los acciones y los problemas. Debe ser subversiva, en lugar de apoyar el estado existente; práctica en lugar de estar orientada a ganar prestigio académico; liberadora y creativa en lugar de ser reducida a técnicas y herramientas; teórica y no meramente "buscadora de hechos". Durante mucho tiempo, los investigadores se resistían a agregar el arte de la investigación participativa en los manuales, ya que se creía que esto paralizaría la inventiva y limitaría la adaptación flexible a las condiciones cambiantes. El sistematizar los métodos no es un problema; de hecho, es una contribución importante a una investigación más rigurosa.

Sin embargo, existe un problema al reducir los métodos a unos juegos de herramientas simplemente, así como en la investigación de "reproducción" (por la que se ha desarrollado un mercado grande y lucrativo) y en volverse enamorados de los enfoques mecánicos que algunas veces se convierten en un fin en sí mismos.

La investigación participativa no puede dejar de ser inventiva. Tiene que moverse más allá del diagnóstico comunitario y de una serie relativamente estrecha de metodologías para incluir el manejo colaborador de recursos, el desarrollo de la tecnología colaborativa con los agricultores, la resolución de conflicto, el diseño y monitoreo del proyecto, el fortalecimiento de las capacidades de instituciones locales y el permitir a los participantes aprender y actuar continuamente para obtener su propia libertad. Todos necesitamos más diagnósticos críticos de los logros y defectos de la investigación participativa encontrada en las "Notas APA" (ver sección anterior) y la "Red de Agricultura y Extensión" y "Red Rural de Desarrollo Forestal" del Instituto de Desarrollo Exterior.

CAPÍTULO 2

LA PARTICIPACIÓN Y EL CICLO DEL PROYECTO: UN PROCESO INTERACTIVO

Michael Drinkwater

1. Introducción

Aunque el concepto de participación se ha vuelto popular en las actividades de desarrollo durante los últimos años, y a pesar del hecho de que la "participación" como palabra sugiera el participar en una actividad con el paso del tiempo, en la mayoría de los casos dichas actividades descritas como participativas tienen una duración que curiosamente es limitada. Frecuentemente son ejercicios de diagnóstico de varios tipos los que adquieren ese nombre. Además de esto, si existe un énfasis en la participación comunitaria en el proceso de desarrollo, el resultado usualmente es un proyecto de desarrollo con un alcance o profundidad relativamente pequeño.

Existen tres razones principales para la falta de un proceso activamente participativo, en cualquier escala significativa a lo largo del ciclo de un proyecto.

- La participación, como un proceso activo a lo largo del ciclo del proyecto, atemoriza a los practicantes de desarrollo debido a su falta de comprensión sobre lo que esto conlleva; y la aparente pérdida de control sobre las actividades que esto parece implicar.

- La falta de entendimiento de lo que un proceso 'participativo' es proviene del hecho de que realmente es un término inapropiado. Es más exacto y útil hablar de un proceso 'interactivo', ya que el término 'interacción' exige que veamos los roles y responsabilidades de todas las partes en el proceso. El problema con el término 'participación' es que, por un lado, puede usarse para describir aquellas actividades donde el rol de los miembros comunitarios es manipulado o extremadamente pasivo, y si no es éste el caso, el rol del personal del proyecto se vuelve pasivo y acepta cualquier cosa que digan los miembros comunitarios. No obstante, en un proceso interactivo todos los participantes están necesariamente activos con roles claros, lo que hace que el proceso sea de diálogo, negociación y acuerdos continuos.

- La tercera razón por la falta de proyectos participativos en marcha en una escala razonable simplemente se debe a que, aunque lo deseen, los practicantes de desarrollo no saben cómo alcanzarlo. En parte, esto se debe a que el proceso es más complicado de lo que las personas se imaginan, pero más que todo porque las capacitaciones participativas que las personas reciben se enfocan en los métodos o herramientas. Este tipo de capacitación es útil solamente si los receptores realizarán el mismo proceso estereotipado y repetido – algún tipo de ejercicio de evaluación participativa. Si los practicantes quieren ir más allá de esto,

> lo que se precisa es entender los principios necesarios para que puedan ser facilitadores de un proceso interactivo y contribuir con insumos técnicos apropiados de formas adecuadas, cuando así se precise.

En una tipología de participación, mostrada en la siguiente tabla, Jules Pretty describe siete tipos de participación. Esta tipología es valiosa debido a que ayuda a ilustrar los temas anteriores y provee una guía sobre la naturaleza de la participación y la forma en la que necesita evolucionar a través del tiempo como un proceso participativo iterativo durante el ciclo del proyecto. Es muy fácil que durante el ciclo del proyecto la participación se encuadre en los tipos 3-5 de la siguiente tabla – 'participación por medio de consulta' (la consulta ocurre durante el diagnóstico y luego decidimos lo que debería ser el proyecto); 'participación por alicientes materiales' (proyectos de alimentos por trabajo, en los que los participantes deciden las prioridades de infraestructura); o 'participación funcional' (promovemos la formación de grupos comunitarios que ayudan a implementar las actividades decididas y manejadas por el proyecto). Las razones por las que aún los proyectos 'participativos' bien intencionados se encuadren en estas tres categorías es comprensible, y no necesariamente es la 'culpa' del proyecto el incrementar las exigencias del donante para mostrar los resultados y alcanzar los indicadores de desempeño necesarios en la planeación del marco lógico.

No obstante, si realmente deseamos mejorar el desempeño de los proyectos al utilizar las energías y aspiraciones de las personas al máximo posible, es importante que como gerentes y personal de campo de proyectos y programas, mejoremos nuestra autoconsciencia de lo que estamos haciendo, y por consiguiente, la naturaleza interactiva e iterativa de los procesos del proyecto. El propósito de este Capítulo es hablar de las ideas correspondientes a cómo lograr esto.

TABLA 1: TIPOLOGÍA DE PARTICIPACIÓN

TIPOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS DE CADA TIPO
1. Participación manipuladora	La participación es simplemente una excusa.
2. Participación pasiva	Las personas participan al decirles lo que se ha decidido o lo que ya ha pasado. La información compartida pertenece a los profesionales externos solamente.
3. Participación por medio de consulta	Las personas participan al ser consultadas o al contestar preguntas. El proceso no admite el compartir las tomas de decisiones y no tienen obligación de abordar los puntos de vista de las personas.
4. Participación por alicientes materiales	Las personas participan a cambio de alimentos, dinero u otros alicientes materiales. Las personas locales no tienen interés en prolongar las tecnologías o prácticas cuando acaban los alicientes.
5. Funcional	La participación vista por agencias externas como un medio para alcanzar las metas del proyecto participativo,especialmente costos reducidos. El personal puede participar al formar grupos para alcanzar unos objetivos predeterminados relacionados con el proyecto.
6. Participación interactiva	Las personas participan en el análisis conjunto, elaboracion de planes de acción y formación o fortalecimiento de grupos o instituciones locales. Las metodologías de aprendizaje son utilizadas para buscar perspectivas múltiples, y los grupos determinan cómo serán usados los recursos disponibles.
7. Auto-movilización (empoderamiento local	Las personas participan al tomar iniciativas independientemente de las instituciones externas para cambiar los sistemas. Entablan los contactos con las instituciones externas para los recursos y asesoría técnica que necesitan, pero retienen el control de cómo éstos serán usados.

Fuente: Pretty 1995b (en Pretty 1998)

* Empoderamiento comunitario o local organizacional es probablemente un término más pertinente para este último componente de la tipología.

2. Diagnóstico participativo de necesidades y diseño de proyecto

Las áreas en las que los practicantes de desarrollo usualmente tienen mayor experiencia de trabajo con una forma participativa son las etapas de diagnóstico de necesidades y, en menor grado, el diseño del proyecto. Es comparativamente fácil usar los métodos participativos para los propósitos de diagnóstico de necesidades, ya que el ejercicio usualmente es de menor duración, produce beneficios obvios al persuadir a los donantes que las necesidades que el proyecto trate son de prioridad para las poblaciones interesadas propuestas y no necesariamente perpetua el proyecto emergente para continuar trabajando de forma participativa. En resumen, los beneficios son claros, aunque el control global sobre las actividades del proyecto – y el proceso del diagnóstico de necesidades – no deben dejarse a un lado.

Sin embargo, si existe un compromiso genuino de incrementar el rol y responsabilidad de los interesados en el proceso del proyecto, es extremadamente importante la forma en la que el tono interactivo esté colocado al comienzo. Los procesos interactivos, o 'participación interactiva', como la llama Pretty, se tratan del empoderamiento mutuo para el personal del proyecto y los participantes directos del proyecto. Un proceso no comprometido, en el que brindamos una excusa al inicio de querer ser participativos, pero que luego recurrimos de nuevo a, por lo menos, una participación funcional, siempre será menos empoderante, ya que se guarda la toma de decisiones progresiva, no sólo por el proyecto, sino usualmente por una elite gerencial pequeña dentro del mismo.

Para que exista un compromiso total desde el principio para una iniciativa interactiva en marcha, debe haber entendimiento de y confianza en los principios a los que estará adherido el proyecto – aun, y tal vez especialmente, si existe la idea de que el proceso completo tomará algunos años para desarrollarse. Brinda un punto de partida para comprender estos principios la distinción que hace Chamber entre paradigmas de cosas y personas.

TABLA DOS: PARADIGMAS PARES – DE COSAS Y PERSONAS

PUNTO DE PARTIDA Y REFERENCIA	COSAS	PERSONAS
Modo	Anteproyecto	Proceso
Palabra clave	Planificación	Participación
Metas	Preestablecido, cerrado	Evolucionado, abierto
Toma de decisión	Centralizado	Descentralizado
Suposiciones analíticas	Reductor	Sistemático, holístico
Métodos, reglas	Estandarizado, universal	Diverso, local
Tecnología	Paquete invariable (table d'hote)	Canasta variada (a la carta)
Interacción de profesionales con personas locales	Instructiva, 'motivante'	Facilitadora, empoderante
Las personas locales son vistas como	Beneficiarios	Socios, actores
Flujo de poder	Provisiones – empuja	Exigencia - estira
Resultados	Infraestructura uniforme	Capacidades diversas
Planeación y acción	De arriba hacia abajo	De abajo hacia arriba

Fuente: Chambers 1997:37 (Adaptado de David Korten)

Si la metodología de un proyecto es proceder por las líneas interactivas, los principios presentados del lado derecho necesitan ser adoptados desde el comienzo – reconociendo que la negociación con los donantes sobre algunos de estos principios será inevitable. No obstante, como será mostrado posteriormente, un proyecto de proceso interactivo no significa que el marco lógico no pueda ser producido o no pueda ser cuantitativo, así como que las metas orientadas a la capacidad no sean alcanzadas durante el proyecto. La forma de estas medidas usualmente diferirán de un marco lógico convencional y relativamente numérico.

Un problema ético preocupante con que se enfrenta frecuentemente durante el trabajo de diagnóstico es el dilema de usar varios días del tiempo de las personas para participar en la evaluación/diagnóstico participativo y el proceso de diseño, cuando no necesariamente haya ningunas garantías de que un proyecto de retroalimentación sea financiado o iniciado. Como en muchos aspectos del trabajo con otros, el tema es el de la integridad del enfoque – en este caso, esencialmente, el ser honesto con respecto al propósito e intenciones del ejercicio.

A manera de ilustrar cómo los ejercicios de evaluación/diagnóstico participativo y diseño pueden realizarse en formas que establecen, desde su comienzo, una comprensión con las comunidades sobre los principios clave en los que el proyecto de seguimiento se construirá, se presenta a continuación un diálogo donde hacen referencia a dos ejemplos de caso de Zambia y Malawi.

CASO 1:
PROYECTO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LIVINGSTONE, CARE ZAMBIA

El Proyecto de Seguridad Alimentaria de Livingstone comenzó como una iniciativa de emergencia de ayuda humanitaria ante una sequía en las áreas de Livingstone y Kalomo del sudeste de Zambia en 1995. Junto con el esquema de la ayuda alimentaria, se estableció un esquema piloto de préstamos de semillas con 330 agricultores, por lo que su relación con CARE no fue solamente basada en la ayuda. Durante esta época, se realizaron una serie de ejercicios DRP en tres áreas como base para el rediseño de un proyecto de seguridad alimentaria de mayor plazo. Estos ejercicios concluyeron con una variedad de semillas tolerantes a las sequías, las que se concibieron como una prioridad; así como acuerdos sobre los componentes clave de una estrategia de proyecto en las tres áreas DRP. Durante las reuniones llevadas a cabo con una mayor gama de comunidades para hablar, validar y afinar la estrategia del proyecto, particularmente para el esquema inicial de semillas, se les pidió a las comunidades que deseaban participar en este esquema durante la siguiente temporada que organizaran los comités comunitarios e inscribieran a los miembros que deseaban participar. También se les pidió tener a una mujer miembro del comité en el comité de tres personas para asegurar la participación de las mujeres. Durante la primera temporada del esquema, se formaron 180 CAC y se distribuyó semillas a 6.800 agricultores; el siguiente año esto aumentó a 230 CAC y 9.600 agricultores. Desde ese entonces, los CAC han emprendido una gama de actividades, y en las últimas dos temporadas, han comenzado a formarse en comités de área, con la capacidad de desarrollar sus propios enlaces externos. Una de las principales razones del éxito del proyecto es que las comunidades saben desde el principio que para participar, ellos tienen que tener su propia estructura organizacional. Varios CAC han sido formados y capacitados en comunidades independientemente del proyecto.

CASO 2:
DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS DE LOS MEDIOS DE VIDA EN LA REGIÓN CENTRAL DE MALAWI

En junio de 1997, tres ejercicios de diagnóstico participativo de los medios de vida se realizaron en los distritos de Lilongwe y Dedza de la Región Central de Malawi, como parte del proceso de planeación de un programa de CARE en Malawi. Debido a que CARE aún no había establecido presencia en el país, era importante que la información detallada a nivel comunitario fuera incluida en el diseño, aunque CARE no estaba en posición de garantizar a dichas comunidades que sería capaz de implementar un programa de retroalimentación. Esto se explicó en el primer ejercicio a un grupo de aproximadamente 700 personas, quienes participaron en las actividades de análisis comunitario del primer día. Sin embargo, la participación continuó siendo alta durante el ejercicio, y a la reunión de síntesis al finalizar el día también participaron casi 700 personas. Nuevamente, se indicó que su trabajo ayudaría a CARE para convencer a los donantes sobre sus necesidades y tipos de estrategias necesarias para mejorar la seguridad alimentaria, pero que esto no garantizaba que hubiera financiamiento en el futuro. Cuando se preguntó a las personas si tenían preguntas, uno simplemente dijo "Como pueden ver, estamos hambrientos y esperamos que vuelvan pronto".

2.1 El proceso de diagnóstico

Metodológicamente, el ejercicio de Malawi también ilustra la naturaleza iterativa del diagnóstico participativo y proceso de diseño, en este caso, usando un marco lógico de la seguridad de los medios de vida del hogar. Los ejercicios de campo del diagnóstico fueron realizados en tres diferentes ubicaciones, y para cada ejercicio, se utilizaron la metodología genérica descrita en la Tabla 3 y el cuadro siguiente. Se usó a un equipo de 10 personas para el primer ejercicio, el cual funcionó como un evento de capacitación, y luego de estos 10, ocho fueron divididos en 2 equipos de cuatro para los siguientes dos ejercicios llevados a cabo simultáneamente. Seis de las últimas ocho personas eran de Malawi, y tenían poca experiencia en los métodos participativos, pero no habían trabajado en CARE. La pre-capacitación y preparación fue limitada a dos días, debido a problemas con los límites de tiempo.

Cada ejercicio comenzó con una reunión a nivel de área, preparada con anticipación a través del jefe de la comunidad. Durante esta reunión, se construyó un entendimiento general de las actividades económicas, uso y cambio de recursos ambientales y tendencias y temas históricos, a través de una serie de actividades realizadas con diferentes grupos. En el segundo día, el equipo de encuestas trabajó en dos comunidades para realizar los análisis más específicos en los medios de vida y en las diferencias sociales. A estas reuniones se siguió una serie de estudios de caso, los que permitieron una buena comprensión de los temas y tendencias de los medios de vida, a desarrollarse entre las diferentes categorías de los medios de vida, y ayudaron a confirmar los niveles globales de pobreza y vulnerabilidad. Estos tres días de actividades iniciales analíticas concluyeron la primera iteración del proceso de diagnóstico. El último día se dedicó a una reunión de otro nivel de área[3], durante la cual se reunieron los resultados del análisis en una síntesis de los temas clasificados según prioridad, las relaciones de causa-efecto y los enlaces entre los problemas y las oportunidades potenciales para su progreso.

TABLA 3: MÉTODOS UTILIZADOS E INFORMACIÓN CLAVE REUNIDA

NIVEL DE ANÁLISIS	MÉTODOS	INFORMACIÓN CLAVE REUNIDA
Análisis económico y ambiental a nivel comunitario	Mapeo de recursos y charlas de grupos focales sobre el mapa de recursos	Infraestructura, servicios clave, uso de la tierra, sistemas agricolas, tenencia de tierra, fundamentos, disponibilidad, acceso, calidad de recursos naturales, cambios históricos.
	Cronología histórica	Análisis históricos, cambios, tendencias, esfuerzos pasados.
	Calendarios	Actividades agrícolas temporada, ingresos, gastos, períodos de tensión, estrategias de lucha y adaptación.
	Diagrama de Venn	Identificación institucional, operación, interacción, nivel de servicio, desempeño.
	Clasificación de matrices	Actividades económicas, prioridades, desempeño, tendencias, diferencias de género.
Análisis social a nivel de hogar	Identificación de indicadores de los medios de vida	Criterios económicos, sociales y ambientales usados para clasificar los hogares según el bienestar.
	Identificación de categorías de los medios de vida	Diferencia de género.
	Perfiles de las categorías de los medios de vida	Ubicación y nombres de hogares.
	Mapeo social	Consideración proporcional de los medios de vida.
	Estudio de caso y entrevistas a hogares	Vulnerabilidad, conmoción, estrés, comportamiento de lucha y adaptación.
		Oportunidades potenciales.
		Validación.
Establecer prioridades de problemas, análisis e identificación de oportunidades (síntesis)	Análisis de identificación de problemas	Problemas clasificados según prioridad por género. Enlaces de problemas, causas y efectos.
	Análisis de causa-efecto	Esfuerzos previos, éxitos, fracasos.
	Análisis de oportunidades	Roles y responsabilidades.
		Oportunidades potenciales y estrategias.

CUADRO 3

DÍA 1[4]

El ejercicio del primer día se realizó a nivel comunitario (asistieron personas de varias comunidades del área). Se presentó el equipo APA a la comunidad y se explicaron los objetivos del ejercicio, así como las actividades del día siguiente. La comunidad se dividió en pequeños subgrupos, los cuales, a su vez, se dividieron en grupos de hombres y mujeres. Los diferentes grupos realizaron entonces un ejercicio de mapeo de recursos, un análisis histórico y de tendencias, un análisis de temporadas o un análisis de tendencias institucionales. Al final del día, cuando todos los grupos habían terminado, un representante de cada grupo explicó los resultados de la actividad de su grupo al grupo entero. Antes de irse, los líderes locales ayudaron al equipo del APA a seleccionar a unos miembros comunitarios para las actividades de los siguientes dos días.

DÍA 2

Los equipos regresaron a las comunidades seleccionadas para realizar el análisis social de las comunidades. De nuevo, el grupo comunitario se dividió en grupos de hombres y mujeres. Primero, se pidió a los grupos que se identificara una lista de indicadores que podría usarse para diferenciar cada hogar. Se les pidió identificar las diferentes categorías de medios de vida en su comunidad. Los grupos identificaron los perfiles para cada categoría de los medios de vida según la lista de indicadores que habían elaborado anteriormente. Los mapas sociales fueron dibujados como el medio para clasificar los hogares según las diferentes categorías de medios de vida. Se entablaron diálogos sobre los asuntos que afectan las diferentes categorías de medios de vida según la conmoción, estrés y vulnerabilidad. Por último, antes de irse de la comunidad, se seleccionaron varios hogares de cada categoría de medios de vida para ser entrevistados al dia siguiente.

DÍA 3

Se visitó y entrevistó a los hogares de cada categoría de medios de vida para validar y comprender a fondo la naturaleza de las diferentes categorías de los medios de vida. Se hizo un esfuerzo para consolidar la comprensión de los temas y tendencias específicos y obtener ejemplos específicos de las conmociones, estrés y estrategias específicas de luchas y adaptación para cada categoría.

DÍA 4

El ejercicio del último día fue realizado nuevamente a nivel comunitario. El equipo APA presentó al grupo comunitario los hallazgos de los días anteriores. El grupo comunitario se dividió en grupos pequeños de hombres y mujeres. Se pidió a los grupos, individualmente, que identificaran los problemas. Luego se clasificaron éstos por el método de clasificación de modelos "por pares". Luego se pidió a los grupos que identificaran los enlaces específicos entre su lista de problemas y luego elaborar un análisis al identificar la relación causa-efecto entre los problemas. Por último, se pidió a los grupos que identificaran las oportunidades potenciales y estrategias que podrían abordar y resolver los problemas identificados anteriormente. Cuando todos los grupos terminaron, un representante de cada grupo explicó los resultados de la actividad de su grupo al grupo entero. Las diferencias en el análisis de causa-efecto y en el asentar prioridades a los problemas no precisaron de ninguna solución en ese momento. Quizá la diferencia principal fuera que las mujeres enfatizaban más que los hombres un interés en los negocios pequeños (los AGI fuera del campo), mientras que los hombres se enfocaban más en la agricultura (tierra seca y dimba). Esta diferencia de intereses se incorporó en la síntesis del análisis de causa-efecto elaborado por el equipo de encuesta (en el capítulo) y en nuestra estrategia (que enfatiza tanto agricultura como los AGI). Antes de irse, se agradeció a la comunidad por su participación y entusiasmo y se explicó a la comunidad cuáles son las siguientes etapas del proceso de CARE y se les preguntó si querían hacer preguntas.

Fuente: Nick Osborne (ed) Ejercicio del Diagnóstico Participativo de los medios de vida en Malawi (Reporte de Síntesis), julio de 1998, CARE Malawi.

La información en el cuadro de la página 2.17 delinea claramente el flujo del proceso durante los cuatro días y las dos iteraciones del ejercicio. Para que este tipo de proceso sea factible, es imprescindible que todos los miembros del equipo de campo estén al tanto de lo que está ocurriendo. No es necesario que las personas tengan mucha capacitación para poder hacerlo; lo esencial es que se adhieran al principio de seguir un ritmo diario durante el ejercicio. En este ritmo, el equipo planea y se prepara para el trabajo de campo; luego va al campo a realizar su trabajo antes de regresar a documentar los resultados y el proceso del día. Una vez que se hayan completado las notas, todo el trabajo se presenta en una sesión plenaria, en la que se habla de lo que se ha aprendido durante el día, antes de establecer los objetivos y el programa para el día siguiente. El establecer objetivos diarios y globales para el trabajo de campo ayuda a recordar a los miembros del equipo del tipo de comprensión que están tratando de elaborar, así como a mejorar la necesidad de ser flexibles en las herramientas que usan durante el día.

Una vez que se complete la documentación del APA, se puede iniciar la tercera iteración del diseño de proyecto o programa. Esto de por sí es un evento complejo, que probablemente consiste en varios ciclos o iteraciones. Para concluir esta sección, continuaré refiriéndome a los ejemplos de Livingstone y Malawi.

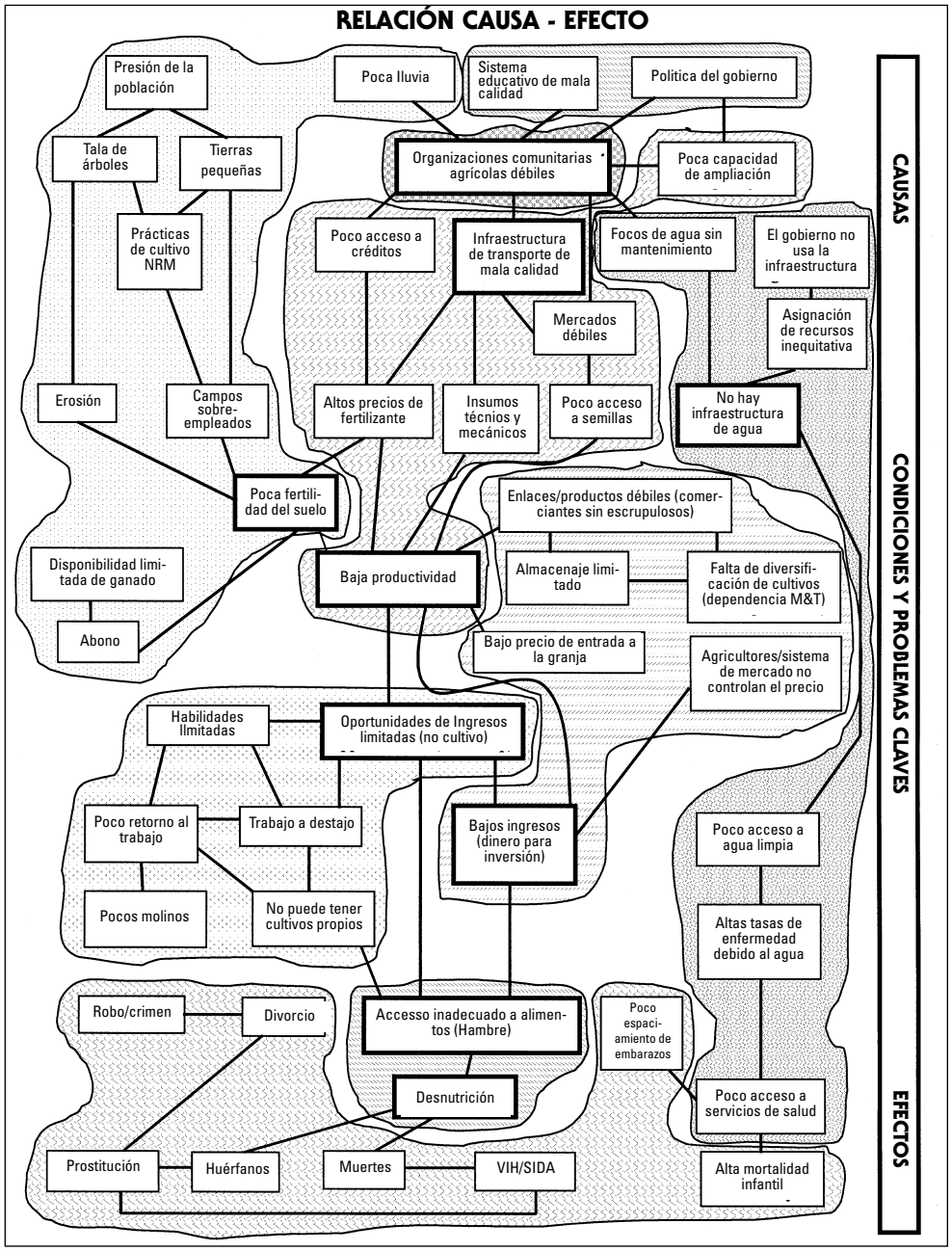
2.2 Diseño de proyecto

Uno de los dilemas comunes con que se enfrentan los gerentes de programa es el grado en el que los participantes potenciales en un proyecto deberían participar en el diseño del mismo. Frecuentemente se siente que una vez que se haya realizado el diagnóstico participativo, deberíamos simplemente diseñar el proyecto, ya que sabemos mejor cuáles son los donantes potenciales que tienen interés y que aceptarán. Sin embargo, si se quiere que el proyecto permanezca participativo durante su implementación, ayudará si los participantes comprenden no sólo cómo surgieron las actividades eventuales del proyecto, sino cómo participar en la toma de decisiones de éstas. Esto no debería solamente mejorar la idoneidad de las actividades, sino asegurar que existe mayor entusiasmo y sentimiento de dominio entre ellos. Por supuesto, el diseño es más que asentar en un papel las prioridades claves generadas en un ejercicio de diagnóstico, ya que hay otros factores que se deben tomar en cuenta – ciertamente los intereses de los donantes, otra información disponible, las capacidades y puntos fuertes de la organización que implementa el proyecto y la costo-efectividad de la estrategia propuesta. El principio prioritario debe ser diseñar un programa que tiene la probabilidad de tener éxito. Para maximizar la posibilidad de que esto ocurra una vez que el proyecto sea operacional, debe seguir habiendo participación, la que involucra varios factores.

Primero, al terminar el diagnóstico, el equipo de diseño necesita juntar una síntesis global de los problemas, prioridades y oportunidades. Esto también puede tomar en cuenta aquella información adicional disponible a la reunida en el campo. En Malawi, el equipo de APA construyó un diagrama de enlace que mostraba las relaciones de causa-efecto entre los diferentes problemas identificados durante el trabajo de campo. Este diagrama se conoce como el diagrama 'IMAP', en referencia a lo que un miembro del equipo denominó la 'diversidad interactiva para acentuar los problemas' con que se enfrentan las personas (Figura 1). El agrupar los problemas permitió al equipo identificar un número discreto de áreas claves de problemas, con los problemas centrales de cada uno resaltados y ubicados dentro de

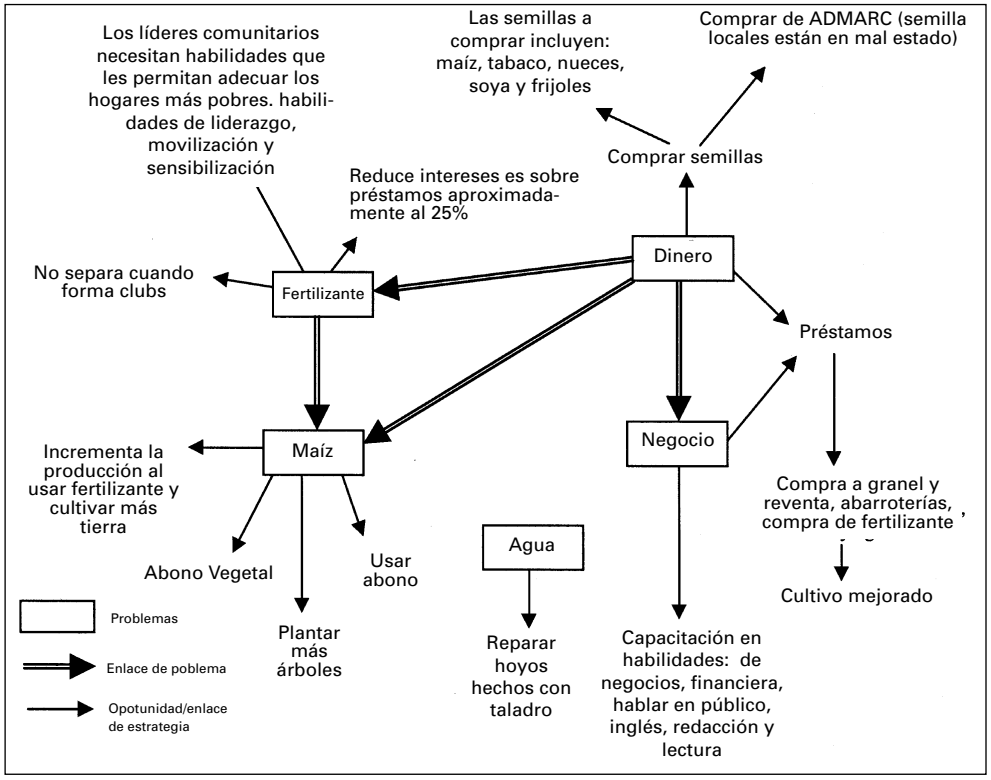
una columna central. Al convertirse estas áreas en la estrategia inicial, fueron extremadamente importantes tanto el análisis de causa-efecto como el de oportunidad desarrollados a nivel comunitario y validados por el equipo de diagnóstico para seleccionar cuáles iban a abordarse por el proyecto y la posible forma en que se iban a abordar. En términos generales, el proyecto debería estar tratando las causas más vitales de circunstancias y no meramente los síntomas; debería generar sinergia y comenzar con actividades donde existe una confianza relativa para generar los éxitos. El análisis de la oportunidad es de particular importancia con respecto al último, lo que puede ilustrarse al referirse a la Figura 2, uno de los análisis de oportunidad emprendido durante el ejercicio en Malawi.

FIGURA 1: DIAGRAM DE IMAP DE MALAWI



Fuente – "Programa Centro-regional de seguridad de medios de vida". CARE, octubre 1998

FIGURA 2: OPORTUNIDAD/ANÁLISIS DE ESTRATEGIA, MUJERES DE CHITUKULA



Fuente: Nick Osborne (ed) 1998

Segundo, una vez que la estrategia delineada se haya producido, se deben delinear ampliamente las 'líneas de acción' que podrá seguir el proyecto, de lo que puede conversar detalladamente con los participantes para pulir el marco lógico y comenzar la delineación de una estrategia operacional. Usualmente es un proceso prolongado, que puede comenzar antes de que el financiamiento del proyecto esté asegurado, y ciertamente continuará durante la fase de comienzo cuando se desarrolla un diseño más detallado.

Tercero, la etapa de diseño, antes y después del financiamiento, provee al personal del proyecto la oportunidad de introducir criterios relacionados con la participación en el proyecto. Esto puede incluir el tipo de grupos meta con quienes el proyecto querrá trabajar principalmente; los tipos de organizaciones con las que el proyecto trabajará (ya sea si son estructuras existentes o nuevas); si existen condiciones con relación a estas organizaciones, como en la participación de las mujeres; o si el proyecto simplemente depende de la auto-organización o movilización de los participantes.

Tales criterios pueden ser de naturaleza flexibles y formar parte del proceso de negociación a nivel comunitario, pero son importantes para asegurar que el proyecto tenga la máxima costo-efectividad posible en sus actividades y tenga más capacidad de proponer y fomentar las energías y capacidades organizacionales locales. La organización, y una clara estrategia para las formas en las que las personas participan en un proyecto, son esenciales para asegurar que el proyecto podrá ampliarse progresivamente, una vez que el enfoque global del proyecto haya evolucionado exitosamente. Se expresará más sobre la participación en la implementación, monitoreo y evaluación en estas *Guías*.

Ilustrar los puntos anteriores puede ser provista por Zambia y Madagascar. El detalle del proceso de diagnóstico, diseño y comienzo del Proyecto de seguridad Alimentaria de Livingstone está descrito en el Caso 1 (página 2.14), que muestra cómo las comunidades estuvieron involucradas en este proceso, de forma que aseguraban que no sólo durante las primeras etapas del proyecto se trataban las prioridades dominantes de las personas (semillas tolerantes a sequías y suplemento de agua para los fines familiares y agrícolas), sino que se negociaba una estructura organizacional con las comunidades, la cual permitía una gran ampliación del proyecto en sólo dos años. Era extremadamente importante animar a las mujeres a participar plenamente en el esquema, al pedir que se incluyeran en el comité administrativo comunitario no obstante su condición secundaria en la cultura tradicional local, que, como resultado, ha dado lugar a un diálogo importante en algunas comunidades sobre el rol de las mujeres y su condición, como reconocimiento de que si las mantienen subordinadas, se socava su habilidad de contribuir a la seguridad alimentaria del hogar.

Un segundo proyecto de Zambia, anteriormente PUSH (Auto-Ayuda Peri-Urbana) y ahora denominado proyecto PROSPECT (Programa de Apoyo para la Erradicación de la Pobreza y la Transformación Comunitaria), que trabaja en las áreas urbanas de Lusaka y Livingstone, está ahora en su tercera fase. Durante la primera fase de dos años, el proyecto era puramente una actividad de alimentos por trabajo. El diseño para la fase dos visualizaba un movimiento hacia un proceso más participativo, con actividades de desarrollo de infraestructura a manejarse a través de los Comités de Desarrollo Comunitario – existentes en teoría y no en la práctica durante esta etapa. Como resultado, en el primer año de la fase dos se establecieron estos comités de desarrollo comunitario y se realizó un proceso de evaluación participativa y diagnóstico de necesidades (EPDN) que proveería las bases para un plan detallado de implementación de proyecto. Cuando fuera acordado, el proyecto entregaría una solicitud a DFID para una tercera fase, en cuya etapa la solicitud tendría que ser más detallada y someterse a las evaluaciones técnicas rigurosas, comparadas con la naturaleza esquelética de la propuesta de la segunda fase y la falta de evaluación. Sin embargo, la naturaleza del proceso se ha mantenido – un proceso de selección de estructuras comunitarias representativas y realización de un ejercicio PANA, lo que permanece en la fase inicial en cuya nueva área urbana a la que se extiende el proyecto. La naturaleza mucho más detallada de la tercera fase de la propuesta refleja las lecciones aprendidas por CARE y el donante durante la fase anterior, el tamaño incrementado de la población meta (250,000 a 600,000) y presupuesto ($3 a $16 millones) a ser gastado durante cinco años, así como el rol que se anticipa que desempeñe el proyecto en el futuro del desarrollo de la política de desarrollo urbano en Zambia.

El nuevo proyecto de medios de vida urbanos en Madagascar provee el ejemplo final, que se denomina Magalache de Mahavita. Como un proyecto de Título II financiado por Alimentos para la Paz/Food for Peace de USAID, se debía entregar una propuesta detallada y estructurada, cuya preparación normalmente es un proceso prolongado. No obstante, se preparó el DAP de Madagascar, se envió y se aprobó en tres meses. El apoyo de la misión local de USAID fue esencial, pero lo que también ayudó fue que de un pequeño ejercicio de diagnóstico participativo de los medios de vida fue posible proveer una comprensión de los medios de vida

de los pobres del área urbana de que no se disponía anteriormente. Alguna información, como el documento de diagnóstico de pobreza del Banco Mundial, existía, la cual fue validada por el estudio, y que ayudó a validar el mismo, pero no proveía ninguna explicación completa y coherente de los medios de vida. Este breve análisis participativo ayudó de dos formas para el diseño del proyecto. Primero, proveyó una justificación racional de los elementos claves de la propuesta. Segundo, también proveyó un marco lógico – en todo el sentido de la palabra – para establecer los indicadores claves del resultado e impacto de una manera que no solamente satisfaga la lista genérica que USAID tiene para los proyectos Título II, sino que puede ser acordada participativamente en la posteridad. Esto se muestra a través del extracto de un perfil de medios de vida generado durante el ejercicio, el cual se presenta a continuación. Se hace referencia a los indicadores de la tabla y al marco lógico por medio del cual se finalizarán una vez que comience el proyecto, en el marco lógico del proyecto y en el plan de monitoreo y evaluación.

TABLA 4: INDICADORES DE LA CONDICIÓN DE LOS MEDIOS DE VIDA

	MUY POBRE	POBRE	EN MEJOR SITUACIÓN	RICO
VIVIENDA	Refugio hecho de cajas de cartón, o vive en la calle	Paredes hechas de barro seco o ladrillos crudos Techo de cañas secas	Casa pequeña de 2 ó 3 habitaciones Baño y letrina exterior Sin electrigidad	Casa grande de dos pisos Agua y electrigidad
SEGURIDAD ALIMEN-TARIA	Come solamente cuando hay alimentos disponibles y tiene dinero para comprar Algunas veces no come en todo el dia	2 comidas al dia, una con arroz y una con mandioca o sopa de arroz	3 comidas diarias, 2 con arroz y desayuno con pan y té	Come todo tipo de alimentos Número indefinido de comidas
SALUD	Continuamente de mala salud No tiene acceso a atención de salud	Usa centros de salud públicos o dispensario religioso	Usa centros de salud privado posibles de pagar o centros de salud posibles de pagar por el trabajo	Usualmente manda a llamar al médico para que llegue a su casa Puede comprar medicinas
ESTADO FINANCIERO	Pide limosna o roba por dinero	Los ingresos diarios los gasta el mismo dia	Gana un salario al final del mes, pero no es suficiente para todos los gastos mensuales Frecuentemente en deudas No ahorra	No tiene problemas financieros Tiene cuenta bancaria

Fuente: CARE Madagascar, 'Programa de seguridad de los medios de vida y alimentos en hogares urbanos de Antananarivo', septiembre de 1997.

3. Participación en la Implementación, Monitoreo y Evaluación

Si un proceso interactivo participativo se continúa desde el diagnóstico hasta la etapa de diseño de un proyecto, debería ser factible que este proceso se continúe en lo sucesivo aunque haya un retraso entre el diseño y la aprobación. Obviamente existe una diferencia si alguna forma de actividad puede llevarse a cabo en el período interpuesto, como en Livingstone, donde funcionó un plan de ayuda de alimentos y un plan de piloto de semillas durante la temporada, lo que adelantó el comienzo del proyecto de seguridad alimentaria más grande. Los asuntos necesarios para mantener el proceso interactivo durante el comienzo e implementación del proyecto, si hay o no una actividad anterior, se presentan en esta sección.

3.1 Inicio del proyecto

El período entre el diseño y el inicio y la naturaleza del proceso intermedio puede variar considerablemente. En el caso de Mahavita en Antananarivo, debido a los retrasos en la monetización de alimentos que proveen financiamiento al proyecto, hubo una diferencia eventual de 18 meses entre el ejercicio de evaluación/ diagnóstico y el inicio del proyecto en específicas comunidades. No obstante, CARE ha ingeniado la manera de tener una presencia progresiva en la evaluación/diagnóstico de las comunidades a través del proyecto urbano de salud, TOUCH 2000. Bajo otras circunstancias, puede ser factible simplemente entregar las actualizaciones periódicas del progreso hecho en el aseguramiento de fondos a aquellas personas más implicados en la etapa de evaluación/diagnóstico y diseño.

La complicación en aquellos casos en que alguna forma de actividad ya está realizándose es si la metodología de las intervenciones anteriores choca con las nuevas intenciones. Por ejemplo, el proyecto Mahavita tratará de trabajar a nivel comunitario con mayor creatividad y tendrá diferentes objetivos y actividades, pero al establecer esto, se recurrirá a la experiencia del personal de campo de TOUCH para documentar la nueva estrategia. Ciertamente, lo que se ha decidido es amalgamar la anterior con la nueva en un sólo programa urbano, el cual, con la terminación de TOUCH al otro año, permitirá una continuación sin mayor problema hacia una estrategia evolutiva. Sin embargo, debido a que Mahavita introducirá diferentes formas de trabajar el proceso de inicio en las comunidades – fokontany – para Mahavita será regresar al diagnóstico original y regenerarlo con las comunidades fokontany, para validarlo y actualizarlo y comenzar a elaborar un plan detallado de implementación.

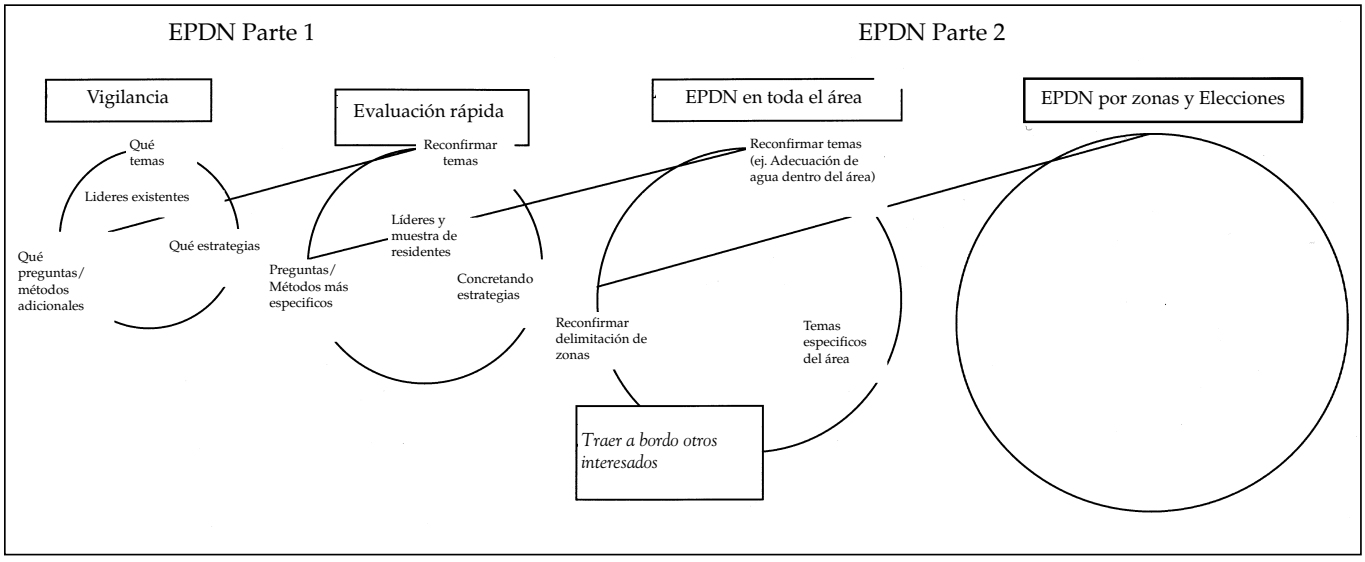
El proceso que utilizará Mahavita se derivará de las lecciones aprendidas del análisis participativo y diagnóstico de necesidades realizados por el proyecto PUSH/PROSPECT en Zambia, como un evento de inicio a nivel comunitario. Este tipo de actividad participativa de inicio, ilustrado por el gerente del proyecto PROSPECT en el siguiente diagrama, tiene varias metas.

Primeramente, y tal vez lo más crucial, es que es una estrategia para establecer los mecanismos institucionales a nivel comunitario por medio de los cuales trabajará el proyecto. Existen dos grupos de asuntos aquí: (a) si existen estructuras institucionales con las que el proyecto podría trabajar y (b) su adecuación en términos de

cuán representativos son los grupos específicos de interés del proyecto – mujeres, hogares pobres, jóvenes. Si las organizaciones existentes no son representativas de los grupos de interés con los que el proyecto pretende trabajar, se debe elaborar paso por paso un proceso estratégico de selección para decidir sobre una estructura apropiada. Esto significa buscar la manera de establecer las estructuras nuevas o modificadas, y por ello el dilema – cuando un proyecto crea sus 'propias' estructuras que se vuelven dependientes del proyecto y no sobreviven después de su duración.

Sin embargo, si estamos comprometidos con una declaración de misión de llegar a aquellos que son los más pobres y tienen mayores necesidades, precisa de buscar estimular apropiadamente las formas representativas. La clave aquí es la adherencia a dos principios. Primero, dicho proceso debe ser parte de un debate social interno y probablemente, un debate más amplio también con el gobierno. Segundo, desde el comienzo, el sentido de dominio tiene que estar presente en los sectores apropiados de la comunidad. He aquí unos ejemplos rápidos. En el Proyecto de Seguridad Alimentaria de Livingstone, dependía la participación de los agricultores en el enfoque inicial de multiplicación de la semilla del proyecto, elección de unos comités administrativos comunitarios y su inscripción de los participantes interesados como grupos de semilla. El proyecto también precisaba de que hubiera una mujer en el comité, para asegurar que los intereses de las mujeres fueran atendidos. Desde 1995, se han formado casi 250 de estos grupos, con diversas implicaciones. Por ejemplo, con la coalición de CAC en los comités administrativos del área, las comunidades están comenzando a desarrollar las estructuras representativas que pueden tratar en nombre propio con las instituciones externas con mucho más éxito. Por otro lado, en muchos casos, las mujeres y los hombres jóvenes participan en la toma de decisiones comunitaria, al seguir los procesos de debate interno, cuyo valor se ha acordado, y por lo tanto, se ha buscado la adaptación de las nuevas estructuras con la autoridad tradicional de linaje de los mayores. En resumen, los CAC se han vuelto integrales a un proceso de debate social e innovación en las comunidades rurales conservadoras, donde los derechos de las mujeres no son representados, lo que intensifica su vulnerabilidad y la de sus hijos.

FIGURA 3: EVALUACIÓN PARTICIPATIVA Y PROCESO DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DEL PROGRAMA PROSPECT



Lo mismo ha pasado con el proyecto urbano PUSH/PROSPECT en Lusaka y Livingstone. Un compromiso bastante indefinido del gobierno nacional y municipal de que las comunidades (urbanas, de bajos ingresos) deberían ser representadas por los Comités de Desarrollo Comunitario, se ha convertido en una forma institucional viable e incorporada. Los CDC tienen ahora un respaldo constitucional, elaborado trabajosamente y convenido a nivel del Consejo Municipal y son reconocidos formalmente como la fila más baja del gobierno local, con su relación negociada con los concejales municipales, algo que previamente era un círculo de intenso conflicto.

En los casos de LFSP y PROSPECT, las estructuras organizacionales iniciales promovidas por el proyecto – los CAC y CDC – se han vuelto parte de las estructuras más amplias y más federadas, y debido a que está claro que existe dominio íntegro de sus miembros sobre la figura institucional, se ha logrado su aceptación como una estructura comunitaria viable y representativa por parte de una gama de instituciones externas.

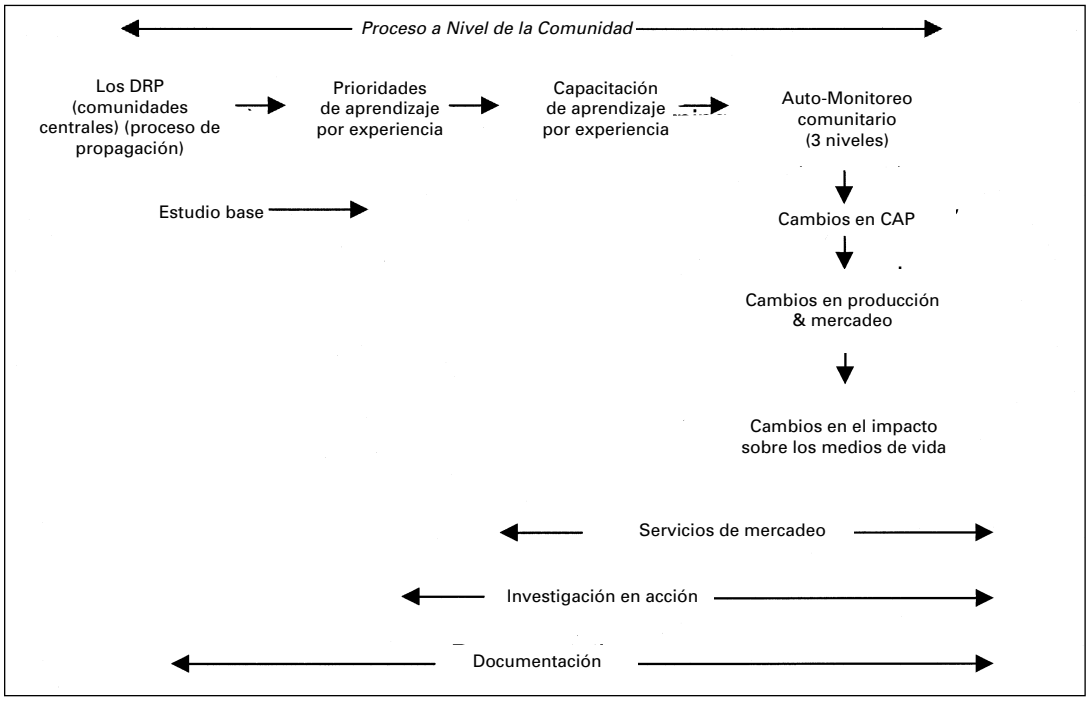
El segundo rol del proceso de inicio es validar con mayor amplitud las necesidades originales y el proceso estratégico de identificación para luego llevarlo a la elaboración de una estrategia inicial de implementación para el proyecto, con actividades, tiempo aproximado y roles y responsabilidades. Debido a que este proceso frecuentemente crea la actividad alrededor de la cual emerge la forma institucional del proyecto, puede realizarse en un plazo de meses. La capacitación del personal, facilitadores comunitarios y líderes en el análisis participativo y metodologías estratégicas es otro requisito esencial del proceso. Por lo tanto, este período del proyecto es una fase de aprendizaje intenso por necesidad. Un número creciente de personas, como personal y miembros de las comunidades participantes y organizaciones colaboradoras, se ponen en contacto con el proyecto por primera vez y luchan por comprender cómo afectará sus vidas. Por supuesto, es también una decisión de cuán interesados están en comprometerse con esta nueva intrusión y lo que perciben como los beneficios potenciales. Por lo tanto, esta fase inicial establece una identidad en las mentes de aquellos con que se están poniendo en contacto, y si se establece una imagen fuera de lugar, puede tomar un esfuerzo importante y bastante tiempo después para remediarlo satisfactoriamente.

Lo que es absolutamente crucial en esta etapa es establecer el tono interactivo del proyecto; no hacer las cosas absolutamente correctas. De todas formas, lo segundo sería imposible. Habrá una tremenda cantidad de aprendizaje, ocurrirán conflictos y las estrategias surgirán en períodos mayores o menores de tiempo. Pero la naturaleza de los primeros contactos ha influido en las actitudes hacia los niveles de compromiso y la creencia en el valor potencial del proyecto. Por supuesto, si el diagnóstico original y el proceso de diseño se ha realizado interactivamente, por lo menos algunos de los participantes cruciales deberían esperar que sucede, pero para la mayoría esto será su primer contacto. En los proyectos, como en el proyecto TEAM de Lesotho, este proceso de inicio, cuando se haya manejado con las intenciones correctas, no se llevó a cabo de forma eficiente durante la primera temporada. Se pretendió de forma optimista que una pequeña evaluación/diagnóstico participativo y proceso de planeación de dos días en las comunidades centrales resultara en unas prioridades de acción comunitaria y en algún tipo de estudio base de los hogares. En ese tiempo, el proyecto trabajaba con mucho

personal nuevo y de poca experiencia, que no comprendía adecuadamente el proceso de retroalimentación en las comunidades ni estaba acostumbrado a que se anticipaba que pensara de forma crítica y creativa sobre su trabajo. Como resultado, se terminó con casi 30 ejercicios participativos relativamente rápido, antes de que se diera cuenta de que no se había provisto un entendimiento suficientemente detallado de las actividades claves del uso de la tierra y las necesidades prioritarias asociadas con éstas, precisadas para desarrollar la estrategia experimental de la extensión de aprendizaje de que se conformaría la siguiente etapa del proyecto.

El ver esto nos llevó a unos cambios significativos en la estructura interna del proyecto. En particular, se promovió un trabajo en equipo mucho más efectivo al establecer diversos equipos multisectorales que trataban con diferentes temas del trabajo del proyecto que precisaban de que el personal, sin importar sus posiciones formales, tomaran roles de liderazgo más activos y fueran aprendices activos. Se realizó un esfuerzo más consciente y explícito para delinear y luego desarrollar un proceso secuencial a nivel comunitario; y en esto se ha enfocado la fase piloto de dos años. El modelo del proceso se ilustra a continuación.

FIGURA 4: PROCESO DEL PROYECTO TEAM (CAPACITACIÓN EN MANEJO AMBIENTAL Y AGRÍCOLA), LESOTHO



La tercera necesidad del proceso de inicio es entablar las relaciones institucionales con las principales organizaciones interesadas. Existen dos puntos esenciales aquí. Uno es que la forma en la que percibimos el hacer partícipes, y buscamos, a los interesados (potenciales) dice mucho de nuestra propia experiencia política y sobre nuestro nivel de ambición como una institución. El actuar por nosotros mismos es actuar en pequeño. El hacer partícipes a diversos interesados potenciales desde el principio no significa que todos se hagan partícipes inmediatamente, sino que estamos anunciando las intenciones del proyecto y estamos informando a las organizaciones y convidándolas cómo y cuándo sea

apropiado. Para los socios pertinentes como el gobierno o las ONG, esto significa hacer los partícipes en el proceso del diseño inicial tanto como deseen, para que, como las comunidades o grupos participantes, se incremente su propio sentido de participación y el posible valor de la misma.

El involucrar con anticipación a otras instituciones de esta manera puede implicar dificultades. Habrá problemas sobre el grado de participación y el tiempo necesario; el nivel de las contribuciones de los socios y sus roles en la toma de decisiones, así como el ritmo y naturaleza del proceso global del proyecto. Se deberá hablar de todos estos problemas y negociarse, y se debe tomar decisiones apropiadas según las circunstancias, y se hablará de esto en detalle en la última sección del capítulo.

3.2 Información del proyecto

El último requisito para el proceso de inicio es establecer la base del sistema de información del proyecto. Un marco debería estar ya establecido durante los procesos de la evaluación/diagnóstico participativo y de diseño y estar registrado en la preparación del marco lógico u otra herramienta esquemática. Una de las suposiciones erróneas hechas frecuentemente sobre los enfoques del proceso es que necesariamente tienen un final abierto y excluyen la medición efectiva, o que donde se realice la medición, deberá ser cualitativaante todo. Esto no es necesario. La medición puede ser altamente cuantitativa. Sin embargo, existen dos características de esta medición que no son parte de los mecanismos convencionales de diagnóstico. Primero, la información reunida debería moverse progresivamente hacia las metodologías de auto-diagnóstico y segundo, toda la información debería ponerse en su contexto.

Trataré de describir estos puntos con más detalle por un de ejemplo. La necesidad más importante durante el proceso de diseño e inicio del proyecto es desarrollar un sentido de coherencia para el sistema de información como algo íntegro – cómo las diferentes piezas se relacionan unas con otras y cómo son las mínimas posibles. Lo ideal es que, así como el marco lógico, precisa de una acomodación de los tipos de información y también ocurrirá en la forma en la que los sistemas de información se establecen. Por ejemplo, con el proyecto TEAM de Lesotho, se está estableciendo a nivel comunitario un proceso participativo de monitoreo de tres niveles.

En el primer nivel, se monitoreará la actividad de cambio de nivel que resulte de la capacitación de aprendizaje por experiencia, a través de los indicadores CAP (conocimiento, actitud y práctica) establecidos conjuntamente con la comunidad. De tal manera, quedó convenido en la etapa de planeación que las prácticas de manejo de la tierra y el agua necesitan mejorarse (o las prácticas equivalentes en otros contextos), y también los resultados en algunas listas de prácticas existentes y los tipos de cambios que esperan alcanzar los participantes. El desarrollar indicadores CAP amplia y facilita este concepto.

El segundo nivel del monitoreo del progreso en TEAM ocurrirá a través del diagnóstico de cómo los cambios de CAP influyen en los cambios de los sistemas de producción y mercado como un todo (nivel de producción), todo lo que será desarrollado como una sola metodología comunitaria de monitoreo. Existen más temas a explorar aquí, los cuales pueden abordarse inmediatamente. Basta anotar algunos comentarios. Uno es el sentimiento obvio que, una vez más, lo que hacemos es

simplemente imponer nuestros requisitos en las comunidades. Esto debe ser la verdad hasta cierto grado, pero ya que los donantes tienen justificado el pedirnos que les mostremos los beneficios de su inversión, también es necesaria una parte aceptable de nuestra negociación con las comunidades. El segundo paso es promover el uso de la información para los propósitos administrativos dentro de la misma comunidad – por las organizaciones e individuos. De hecho, cuando se hicieron las preguntas validadas (considerando el poco tiempo en el que se desarrolló) sobre el desarrollo de un sistema participativo de monitoreo de los medios de vida con el proyecto VIDA de la providencia de Nampula, Mozambique, se llevó a cabo un ejercicio sencillo con los dos grupos pilotos, que les permitió ver los cambios que habían ocurrido en las proporciones de los hogares donde la mujer o el hombre estaban encargados del hogar en las diferentes categorías de medios de vida a partir del momento unos años antes en que llegó a su fin la guerra civil. Inmediatamente se percataron ciertos aspectos. La situación de muchos hogares donde el hombre era la cabeza del hogar, frecuentemente sin recursos al final de la guerra, había mejorado gradualmente, pero los hogares donde la mujer era la cabeza del hogar habían sufrido una tendencia diferente. Habían incrementado y había una proporción mayor en la categoría más pobre, lo que sugería una migración de mujeres en esta categoría y un alto nivel de vulnerabilidad.

Fue un concepto fascinante para los presentes el mostrar cómo la comunidad podía monitorear su propio progreso de esta forma, y ellos obtuvieron apoyo inmediato para la metodología, aun cuando su naturaleza 'interactiva' todavía no estaba garantizada. En el Proyecto de Seguridad Alimentaria de Livingstone, se había elaborado más extensivamente una metodología similar a través de unos talleres de monitoreo a nivel comunitario de dos ó tres días. Los facilitadores y líderes comunitarios fueron introducidos al tema de monitoreo en éstos y luego polemizaron abiertamente el valor potencial de la información sobre las actividades comunitarias (y del proyecto) para ellos mismos. Luego de esto, definieron la información particular que sería de valor (tema), cómo se podría reunir (indicadores), por cuáles medios (método) y quiénes lo harían. Como en el proyecto TEAM, esta información puede ser de valor tanto para los hogares participantes como para las organizaciones comunitarias.

No hay duda de que la elaboración de dichas metodologías de auto-diagnóstico toman su tiempo. Para comenzar, se precisan de una cantidad significante de capacitaciones e interacción entre el personal y el facilitador comunitario para poder generar un entendimiento (relativamente) común del porqué estamos trabajando de esta forma y el valor potencial para todos los interesados. Esto significa que se pueden utilizar más enfoques formales en la etapa de estudio base del proyecto para asegurar que se termine esta tarea. Sin embargo, cuanto más cómodo se sienta el personal del proyecto en el establecimiento del estudio base de forma participativa, será más fácil y tendrá mayor probabilidad de enlazarse con futuras formas de recolección de información, que tendrá valor a largo plazo.

En un taller de un día sobre la Seguridad de los Medios de Vida del Hogar (SMVH) facilitado en 1997 en Zambia, surgió un diálogo sobre el tema de la coherencia de los sistemas de información. Se pidió a tres grupos del personal del programa de CARE Zambia que seleccionaran un tema clave de intervención de su programa en particular y mostraran cómo se habían realizado los temas durante cada etapa del

proceso del programa. Un primer punto a anotar es que aunque la tarea dada a los grupos fue relativamente abstracta, dos de los tres grupos pudo interpretarla muy bien y produjeron resultados significativos. Esto se atribuye en parte al valor intrínseco de un marco holístico como el SMVH, pero, más que todo, a su uso dentro del contexto de una filosofía programática participativa, en la que los enfoques altamente interactivos se usan en las relaciones con las comunidades y socios de programas y dentro de los mismos proyectos/programas. En conclusión, el personal comprende el conjunto dentro del cual se sitúan sus roles particulares.

Uno de los tres grupos fue un grupo combinado de dos proyectos del sector de salud. Ellos optaron por ilustrar un tema que había sido identificado durante el trabajo de un proyecto en marcha que había sido utilizado para diseñar una intervención totalmente nueva en el proyecto. En el proceso, un proyecto de salud infantil se iba reduciendo progresivamente y evolucionó a un proyecto de salud reproductiva con enfoque en los adolescentes (PALS – Salud Participativa Reproductiva y Sexual en Adolescentes). El título en sí, 'empoderamiento de adolescentes', indica una perspectiva más amplia que aquella de muchas intervenciones sectoriales de salud – y otros. Esta perspectiva había surgido del trabajo de diagnóstico APA realizado en Chawama y otras comunidades de Lusaka y Livingstone. El trabajo de diagnóstico realizado por el sector de salud de huérfanos, que utilizaba un marco lógico del hogar, había mostrado que las niñas adolescentes eran un grupo meta extremamente vulnerable en los ayuntamientos urbanos debido a su nivel de exclusión de los servicios educativos y de salud y su 'negligencia' social y cultural comparativa. Este enfoque del hogar, que ha ayudado a identificar a las niñas adolescentes como un grupo meta, fue realizado luego a través del trabajo analítico llevado a cabo en Chawama y en otros sitios, lo que ayudó a contextualizar las situaciones de las niñas y mostró claramente cómo las niñas de familias pobres tenían más probabilidad de ser las víctimas más vulnerables del sexo sin protección, por la combinación de su pobreza y falta de acceso a los servicios de educación y salud. Las consecuencias para ellas – las ITS, abortos, volverse madres solteras – obran para arruinar sus vidas y probabilidades de tener un porvenir mejor. Los roles respectivos de las familias y la estructura social e institucional de la que formaban parte, se mostraron claramente e influyeron en los resultados del diseño del proyecto PALS[5] .

Esto explica los tres sub-temas indicados en el siguiente cuadro, además del tema de la salud reproductiva – empoderamiento, fortalecimiento de habilidades e ingresos. Lo importante es que los tres son esenciales para mejorar exitosamente la condición de la salud reproductiva entre los adolescentes. No quiere decir que el proyecto PALS ha estado comprometido directa y particularmente en las actividades de mejora de ingresos, aunque, donde ha sido posible lo que ha hecho es asociarse con las actividades CARE SEAD en las mismas ubicaciones geográficas, con la provisión de la capacitación administrativa de negocios a los proveedores de los servicios de salud e inclusión de las habilidades administrativas financieras básicas en el plan de estudios de las niñas. Un sistema de monitoreo apropiado necesitaría mostrar las tendencias en todas las áreas sub-tema, ya que aun cuando el proyecto no pueda responsabilizarse de las tendencias de ingresos para los adolescentes, tendrían una orientación en la interpretación de las tendencias de salud reproductiva.

CUADRO 4: TEMA DE INTERVENCIÓN DEL SECTOR SALUD: EMPODERAMIENTO DE ADOLESCENTES

(1) ***PELP*** - Lecciones aprendidas y metas

(2) Revisión de literatura y retroalimentación comunitaria

(3) APA (Chawama) para hacer el borrador de la propuesta
- Desarrollar indicadores y seleccionar sub-tema (Salud Reproductiva)
  1. Cambio de comportamiento
  2. incremento de conocimiento de consecuencias
  3. Incremento de asistencia a clínicas
  4. Cambio de actitudes de proveedores de servicios
- Propuesta enviada y aceptada

(4) Estudio base usando enfoque APA más encuesta a hogares (en Lusaka, Copperbelt, Livingstone), más el uso cuantitativo tradicional (para validar) en Lusaka

(5) ***Monitoreo:*** en los APA e Investigación Operativa, elaboramos un sistema con indicadores para sub-temas (Salud Reproductiva, Empoderamiento, Fortalecimiento de Habilidades e Ingresos)

(6) ***Evaluación:*** usará tanto el APA como la Evaluación participativa

Enlaces a SMVH:

- A nivel del tema principal y sub-temas, en cada una de las etapas anteriores
- Fortalecimiento de capacidades a nivel de adolescentes, hogares y proveedores de servicios
- Incrementar y mantener asistencia a nivel de consumo

Esta ilustración de cómo la interpretación de tendencias de salud reproductiva en los APA dependerá de las tendencias en las áreas de otros indicadores, nos lleva de regreso al comentario al comienzo de esta sub-sección de la necesidad de que se presenta toda la información de acuerdo con su contexto. Un reto para todos los procesos iterativos y participativos es cesar de ser intervenciones estrechamente definidas e incluir holísticamente a los individuos y organizaciones participantes. Esto no significa, como puede suponerse, el incluir todos los problemas y necesidades, sino significa tratar a las personas íntegramente y comprender (y ayudarlos a comprender) los enlaces en sus propias vidas. El divulgar dicho enlace es una pre-condición esencial de cualquier estrategia llamada de empoderamiento y un resultado será que podrá interpretarse la (mayoría) información reunida en términos de las tendencias y su efecto en estos enlaces.

Un tema relacionado, y el último, en esta sección es el de la atribución. Comúnmente se cree que aunque desarrollemos bien un sistema sistemático de información, será extremadamente difícil atribuir un cambio a nivel de resultado a un cambio a nivel de meta del proyecto. Puesto de otra forma, ¿cómo mostramos lo que realmente ha afectado los cambios en las vidas de las personas (o cambios dentro de las instituciones que conforman)? Un proceso participativo trata de hacerlo de forma sencilla; como parte de las metodologías de auto-diagnóstico, se pide a las personas que indiquen no sólo qué cambios han ocurrido en sus vidas, sino que atribuyan las razones de las mismas. Los medios metodológicos para hacer esto pueden realizarse, pero es difícil negar que los resultados sean extremadamente poderosos sin importar con qué sencillez se han alcanzado.

TABLA 5: ESTUDIO DE CASO DE HOGAR MEJORADO, PROYECTO PUSH
SEÑORA AKUFUNA DE LUSAKA

Movimiento ascendente de categoría 4 (muy pobre) a categoría 3 (pobre)

INDICADOR	ANTES Capacitación de empoderamiento personal (CEP)/ Capacitación para mejorar los medios de vida (CMMV)	AHORA
Categoría de medios de vida	4	3
Tamaño de la familia	6 – abuela, madre, 2 hermanas, ella y su hijo	2 – ella y su hijo
Número de niños en la escuela	0	1
Consumo de alimentos	2 comidas al día carne 1 vez a la semana pescado 1 vez a la semana frijoles 2 veces a la semana vegetales a diario "nshima" con cada comida	3 comidas diarias + té carne 3 veces a la semana pescado 2 veces a la semana vegetales a diario "nshima" con cada comida desayuno = té, pan/arroz avena con leche.
Tenencia	La casa pertenece a la abuela 3 cuartos ladrillos de barro/techo de planchas de hierro	Ha cambiado - ahora alquila su propia casa por K6,000 ($5)/mensuales 1 cuarto ladrillos de barro/techo de planchas de hierro.
Actividad individual para el sustento	Ninguna	Vende cacahuates, vegetales y alimentos empacados para el hogar. Le ayuda su hermano menor.
Actividad del esposo para el sustento	Viuda	Viuda
Bienes	Ninguno (sus parientes se llevaron todos sus haberes cuando murió el esposo)	Cama, colchón, mesa con 2 sillas y un radio
Ahorros	Ninguno	Abrió una cuenta en el banco en septiembre de 1995 - ha ahorrado K45,000
		Pertenece a un grupo "chilimba", ha ahorrado K50,000 con el grupo, contribuyendo k500 cada semana desde noviembre de 1995.

NOTA: Cuando su esposo murió y le quitaron sus bienes, la señora Akafuna se volvió dependiente de su madre. Sin embargo, luego de unirse a PUSH y de asistir al curso (CEP/CMMV) ella trabajó fuerte y salió de la casa de su abuela. Ahora alquila un cuarto donde vive con su hijo. Ella también comenzó su propia AGI y abrió una cuenta bancaria donde deposita sus ahorros cada dos meses. Ella dice que ha mejorado su vida.

3.3. Descentralización: Aprendizaje institucional, roles de negociación, asocios y separación a través del fortalecimiento de la capacidad institucional

El último tema de este capítulo incluye varios aspectos diferentes, pero todos vienen a dar a una sola habilidad: la de poder desarrollar estructuras de administración e implementación que no dependan de nosotros como gerentes u organización. Esto es extremadamente difícil para nosotros, como individuos y como la organización de CARE. Las dos están relacionadas; confiamos en nuestras habilidades como gerentes y como organización que implementa los proyectos y programas en formas que creemos resultarán en unas actividades de alta calidad. Eso es extremadamente importante para nosotros, ya que como organización estamos particularmente orgullosos de esta habilidad de implementación. Sin embargo, dicha actitud al final puede limitar lo que dejamos en herencia personalmente y como organización. Lo que hagamos solos necesariamente estará limitado por el tiempo y espacio, ya que no puede tener continuidad. De esta forma, nuestra mayor impresión depende de nuestra habilidad para desarrollar las habilidades individuales y organizacionales para la descentralización.

Los dos aspectos están relacionados, ya que dentro de la estructura administrativa centralizada es extremadamente difícil desarrollar asocios viables y duraderos, ya que aquellos que necesiten estar activos en su desarrollo tienden a no estar suficientemente capacitados, confiados o empoderados para hacerlo. Es necesario hacer una distinción aquí, ya que esto no es completamente verdadero. En varias circunstancias, he visto proyectos con el personal de campo en que se ha hecho un trabajo admirable al trabajar con estructuras comunitarias en formas participativas, adaptables y empoderantes. Sin embargo, frecuentemente no se documentan las lecciones aprendidas de esta experiencia, y debido a que no se recurre a la estructura administrativa más amplia del proyecto, raramente se utilizan para ayudar a guiar la dirección global del proyecto.

Esto es un tema complejo. En un nivel, el vacio puede ser la falta del proyecto de no internalizar la metodología participativa adoptada a nivel comunitario: específicamente, les hace falta a los gerentes la confianza y la habilidad de abstenerse del control administrativo. Esto no es sorprendente. Como organización, tenemos que comprender la necesidad de este tipo de capacitación administrativa orientada al aprendizaje y adoptarla, aun si es un corolario lógico de los enfoques de proyecto más participativos y orientados al asocio. No obstante, aun si quisiéramos movernos más hacia esta dirección, permanece la limitación de las capacidades básicas. Por ejemplo, ya que la mayoría del personal de campo provee mejor lo verbal que lo escrito de sus actividades, ellos mismos no pondrán en el papel la riqueza de sus experiencias, sino que se divulga durante los diálogos.

Una de las consecuencias de lo anterior es que el área en la que obramos mejor en asocio es el fortalecimiento de la capacidad institucional comunitaria, donde la relación es aún bastante asimétrica – por lo menos para la mayor parte del proceso del proyecto. También estamos acostumbrados a las relaciones asimétricas, ya sea del fortalecimiento de la capacidad, donde es difícil evitar un paternalismo benevolente, o de naturaleza servicial con los donantes, donde nosotros mismos somos el socio desigual y nos sentimos obligados a no desafiar sus deseos por miedo de

perder las oportunidades de financiamiento. Un enfoque participativo interactivo forzosamente precisa de una relación que no sea unilateral, aún si existe una asimetría (inevitable) en las relaciones de poder implicadas. Más bien, de esta forma, podemos tratar de abordar a los donantes con un poco más de confianza con nuestro conocimiento, habilidades y experiencia de la realidad de la pobreza en el ambiente en que trabajamos. Nuestra propia dignidad también está en riesgo, tal como mostramos el respeto por la dignidad de las comunidades más pobres al mejorar la naturaleza interactiva de nuestra relación con ellos.

Los recientes esfuerzos de CARE en Sudáfrica para establecer un programa de fortalecimiento institucional han sido ventajosos en este respecto, y ciertamente ofrecen una experiencia diferente de la acumulada en muchos otros países de Sudáfrica. La mayoría de las ONG de Sudáfrica tienen sus orígenes como organizaciones de 'lucha' durante los últimos años de la segregación racial, y como resultado, aun si tienen una capacidad y experiencia limitada, todavía un trato de respeto e igualdad democrática – ej., que sus puntos de vista se escuchen y se tomen en cuenta al negociar las relaciones y para las actividades comunes de diseño. Lo que implica es comenzar un proceso de decisiones en asocio con una relación interactiva y no de una sola vía que es lo tradicionalmente usábamos. Por ejemplo, raramente proveemos a los socios potenciales tanta información sobre nuestra información como la que les pedimos a ellos o rara es la vez que permitimos una negociación tan abierta en nuestros roles como la de ellos.

A pesar de todo, la relación que es más gratificante y perdurable es la en que el socio viene a nosotros y nos dice – con base en nuestras conversaciones anteriores y en lo que creemos que ustedes pueden ofrecer – quisiéramos trabajar con ustedes en estas áreas, si podemos llegar a un acuerdo que es mutuamente aceptable. En los enfoques pasados, nuestra meta frecuentemente era descubrir si una organización era lo 'suficientemente buena' para trabajar con nosotros, por supuesto que la inquietud principal es la justificable de capacidad – si el socio tiene suficiente compromiso desde el principio para que nuestro trabajo conjunto no sea en vano y muestre beneficios reales. Pero aun si una organización tiene capacidad, sin un compromiso substancial hecho voluntariamente, probablemente se incrementará un beneficio limitado con la relación. Además, con el compromiso, la capacidad frecuentemente se desarrolla rápidamente. Así que como base para establecer un asocio, se puede argumentar que el compromiso es un valor más importante que la capacidad.

Ampliemos un poco más este argumento. Cada vez comprendemos más nuestra preocupación global en los procesos del programa diseñados para mejorar la pobreza y vulnerabilidad para que sean de empoderamiento para todos los partícipes. Esto forma parte del entendimiento creciente de que la antigua visión marxista del poder es un juego de suma cero (el opresor y el oprimido) que se limita a una sola dimensión. No obstante, lo que debemos a aquellos como Paolo Freire es que el poder no se esparce sin un proceso que eleve la conciencia. En nuestro lenguaje contemporáneo, esto puede ser definido como un entendimiento mutuo intensificado de los medios de vida de las personas y los medios organizacionales e individuales por medio de los cuales éstos pueden ser más seguros, elásticos y duraderos. Con esta base podemos diseñar, en colaboración con las comunidades y otros socios potenciales, unas estrategias de programa que desarrollarán las habilidades y capacidades que nos conducirán hacia esta resistencia. Y como último, necesitamos asegurar nos de que nuestros propios principios organizacionales administrativos del programa sean igualmente sustentadores.

En el trabajo de evaluación/diagnóstico participativo recientemente realizado en los barrios de Maputo, Mozambique, la interpretación de la nueva democracia del país es que ahora el sistema es de 'cada uno por sí mismo'. Con el decaimiento de las previas estructuras de mayor alcance y regulativas del partido político, se ha originado un vacío institucional, ya que el país aún tiene el concepto y cultura de una sociedad civil extremadamente limitados. En este caso, el proceso de descentralización de un estado centralizado está inhibido por la falta de una cultura más amplia de fortalecimiento del trabajo en equipo o de alcanzar voluntariamente un compromiso para la cooperación a través de una creencia de que puede haber un beneficio mutuo. El desarrollar trabajo en equipo a todos los niveles es un requisito necesario de antemano para ser capaz de establecer una estrategia de separación a través del fortalecimiento y federación de la capacidad institucional.

El Proyecto de Seguridad Alimentaria de Livingstone ya lleva unos años comprometido a un proceso de animar a los comités administrativos comunitarios a confederarse a nivel de área. En las áreas operativas originales el personal del proyecto toma más tiempo tratando la capacidad de planeación y administración de los comités de área, y mucho menos tiempo manejando los temas técnicos a nivel comunitario que son la responsabilidad de los facilitadores locales. Luego, al fortalecer los comités de área sus enlaces con el mercado externo, gobierno y otras estructuras, en teoría el proyecto se va reduciendo paulatinamente, brindando únicamente un rol de asesoría y monitoreo de los sistemas de información. Sin embargo, durante algún tiempo el mayor reto del proyecto ha sido permanecer en un contacto relativo con el porcentaje y naturaleza del aprendizaje que ha estado dándose a nivel comunitario.

Por ejemplo, hace dos años una de las mujeres expertas del personal de campo estaba en una reunión, en que los hombres acusaban a sus esposas de 'robar' los cultivos de los campos. Lo que ella descubrió fue que debido a que una vez que llegara la cosecha de granos a los graneros su venta era controlada por los hombres, las mujeres estaban vendiendo algunos directamente del campo para obtener un beneficio directo. Principalmente los hombres volvían a invertir las ganancias en ganado y en la sociedad patrilocal, lo que daba a las esposas una condición de menos seguridad. De tal forma que de esta experiencia, la trabajadora de campo, que asumió una mayor responsabilidad de género en el proyecto, comenzó a explorar entre los hombres y mujeres aquellas formas en que se podían acomodar mejor los intereses de las mujeres para el beneficio de todos. No obstante, el proyecto aún enfrenta el reto de desarrollar una capacidad (y estructura) para incorporar unas ideas esenciales de este tipo, ya que el poder facilitar la negociación de tales temas localmente es esencial para lo que puede dejar en herencia el proyecto. De forma similar ha surgido otro debate en algunas comunidades sobre la necesidad de los líderes tradicionales y mayores de crear un espacio de liderazgo para los hombres (y mujeres) jóvenes representados en las estructuras administrativas comunitarias. Al facilitar este tipo de negociación interna de roles y responsabilidades necesarios para producir una mayor mejora en las vidas de los diferentes grupos interesados, a través de unas estructuras locales más representativas, podrá ir separándose paulatinamente el proyecto.

Sin embargo, la separación a nivel local por sí misma no es suficiente. Por lo tanto, la advertencia aquí es que también necesitamos tener que haber desarrollado unas relaciones, a mayor o menor grado, con otras organizaciones que brindan enlaces de mercadeo y apoyo técnico. Aquellas organizaciones con que hemos tenido que trabajar más para establecer los mecanismos por medio de los cuales ellos puedan continuar proveyendo los servicios necesarios en forma viable – tales como los ahorros y crédito – serán socios cruciales para el proyecto, ya que su rol continuado será el segundo nivel de lo que deja en herencia el proyecto. El último nivel de lo que deja en herencia el proyecto será el nivel de influencia alcanzado dentro de la estructura política del gobierno, donantes y otras instituciones a nivel nacional y de mayor extensión.

CAPÍTULO TRES

ABRIENDO DIFERENTES PUERTAS: EL USO DE LAS ENCUESTAS CUANTITATIVAS PARA COMPLEMENTAR LOS HALLAZGOS DEL APA

Tamara Fetters

Nota del editor: *La señorita Fetters es una líder de equipo de la Unidad de Investigación de Operaciones (IO) de CARE Zambia, y durante los últimos tres años ha trabajado extensivamente en la adopción de las herramientas participativas de la metodología IO. Con el financiamiento y apoyo técnico del Consejo de Población, CARE Zambia ha colaborado con dos organizaciones locales no-gubernamentales en montar un estudio IO[6] para probar la efectividad de una serie de intervenciones para reducir los comportamientos sexuales y reproductivos de alto riesgo entre los adolescentes del área peri-urbana. Los resultados de este estudio han sido documentados extensivamente y pueden pedirse al coordinador del Sector Salud en CARE Zambia. Los editores pidieron a Tamara que comentara sobre sus experiencias con el uso de las herramientas cuantitativas dentro de un marco lógico participativo y que brindara consejos a otros que puedan estar interesados en iniciar unos estudios de IO en sus propias Oficinas de País. Para más detalles sobre la experiencia de CARE Zambia con el estudio de IO, vea Kambou (1999).*

Criterios para la toma de decisiones: La decisión de usar una encuesta como complemento a los hallazgos del APA debería comenzar con una vista crítica de los objetivos e indicadores del programa, recursos disponibles (tanto humanos como financieros) y el ambiente político. Como con cualquier actividad de monitoreo, siempre es necesario determinar el equilibrio apropiado entre costo, cantidad y precisión. Pregúntese si la información adicional es realmente necesaria para la implementación del proyecto y si la utilizarán la comunidad, socios locales o agencias de desarrollo. Si la utilidad de los datos es incierta, no necesita hacer ningún esfuerzo extra con la encuesta cuantitativa. Aun si usted puede usar los datos cuantitativos necesita decidir si vale la pena el riesgo de quitar la atención de los datos recolectados con las herramientas participativas y re-enfocarla en los sencillos indicadores cuantitativos que se obtienen de los datos generados por muestras problemáticas. Desde un punto de vista metodológico, existe una pregunta fundamental: ¿su muestra (ej., el grupo meta que usted identifica a través de los medios participativos) le dará suficiente poder para prestarle suficiente credibilidad a sus resultados? Si no es así, como John Maynard Keynes dijo una vez: "Es mejor estar aproximadamente correcto que precisamente equivocado".

Muestreo: En CARE Zambia hemos utilizado un muestreo de encuestas para suplementar los datos cualitativos generados por los proyectos, en cuanto a los huérfanos con SIDA, la salud reproductiva y sexual entre los adolescentes, el agua y saneamiento, la seguridad alimentaria y los medios de vida. Las razones para reunir los datos suplementarios han variado, pero generalmente reflejan lo siguiente:

- La necesidad de proveer a los donantes los porcentajes de prevalencia de algunos indicadores específicos, tales como el uso de condones o contraceptivos o el número de parejas sexuales;
- El deseo de monitorear varios indicadores de los medios de vida según la población, tales como el promedio de producción de cereal por acre; y
- El deseo de seguir un grupo de personas u hogares para comprender la evolución de sus necesidades y el efecto de las actividades del proyecto en el individuo u hogar.

Las necesidades y diseños del muestreo han variado de proyecto en proyecto. En CARE Zambia se han utilizado los siguientes diseños de muestreo:

- Muestreo deliberado que estratifica las poblaciones según características socio-demográficas claves que definen al grupo meta general y sus subgrupos, tales como género, y si una persona está en la escuela o la abandonó.
- Muestreo de grupos que identifica a los "grupos" importantes de la población a través de un ejercicio preliminar de mapeo; estos grupos se incluyen intencionadamente para crear una muestra lo más representativa posible del grupo meta. Por ejemplo, una muestra representativa de los adolescentes de un área peri-urbana debería incluir a los jóvenes que viven en los hogares ubicados cerca de un bar o mercado, en nuevas secciones de una comunidad, dentro de enclaves de inmigrantes, etc.

Es importante notar que rara vez ha usado CARE Zambia un muestreo al azar y, cuando lo ha usado, ha sido solamente de forma limitada. Los costos asociados con este tipo de muestreo, así como el nivel de habilidades necesarias para reemplazar efectivamente los casos extraviados en el campo, dificultan la justificación de su uso.

(Nota del editor: Tal y como Tamara lo indica, el costo de dicha encuesta está más allá de lo que los presupuestos de la mayoría de los proyectos pueden apoyar. Un par de proyectos de salud reproductiva de CARE en África han considerado la posibilidad de enlazar sus encuestas de estudio base con una Encuesta de Demografía y Salud (EDS) para obtener los datos del estudio base sobre los indicadores críticos de impacto, como la prevalencia de anticonceptivos. En este tipo de situación, CARE organiza, en conjunto con la EDS, hacer de nuevo un muestreo en sus áreas de captación para que tenga una muestra adecuada para analizar.)

Detalles de nuestra experiencia de campo: CARE Zambia reúne su experiencia en la "Investigación Operativa Participativa" de un estudio que explora el impacto de las intervenciones de salud reproductiva y sexual entre los adolescentes en las comunidades urbanas. En este caso en particular, CARE Zambia y sus socios de investigación optaron por introducir unas encuestas cortas y sencillas que fueron implementadas durante dos días, luego que se realizaron los diagnósticos participativos en las mismas comunidades. Basamos nuestra decisión de usar una encuesta cuantitativa en los tres elementos que se enumeran a continuación:

- Primero, las autoridades de salud de Zambia estaban conscientes de las metodologías DRP y APA, pero se sentían más cómodos con los resultados de la investigación cuantitativa.
- Segundo, los donantes también estaban buscando resultados cuantificables que son fácilmente verificados y que pueden justificarse en una sola oración o dentro de un marco lógico.
- Tercero, dado que nuestro diseño del estudio era complicado y que nuestros investigadores no tenían experiencia con las herramientas participativas, sentimos que una encuesta cuantitativa se justificaba para validar aun más los resultados del estudio.

En nuestro caso, las encuestas cuantitativas proveyeron datos suplementarios y útiles con que se sumó profundidad a los diálogos internos del grupo, y dieron alas a los debates sobre las políticas. Los datos cuantitativos nos permitieron notar los temas que se habían pasado por alto por nosotros durante los ejercicios participativos, y nos obligaron a cuestionar los hallazgos contenciosos. A veces, los resultados de la encuesta mostraron unas inconsistencias que precisaban de su clarificación con un estudio adicional. Otras veces, los resultados de la encuesta dieron validez a los hallazgos que no fueron enteramente verificados durante el ejercicio participativo.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo los datos cuantitativos clarificaron más los datos cualitativos de forma más detallada. Durante los diagnósticos participativos, la juventud decía continuamente que las niñas que abandonaban la escuela tenían más actividad sexual que las niñas que asistían a la escuela. (Refiérase a la tabla a continuación con los datos representativos reunidos de un grupo de 21 niñas que asisten al 7° grado en la Comunidad de M'tendere.) Durante los diagnósticos participativos, los adolescentes dieron varias razones que apoyaban esta percepción, en particular, que las niñas en la escuela tienen miedo de tener que abandonarla, usualmente se les enseña los peligros del sexo y las niñas en la escuela están más ocupadas que aquellas fuera de ésta. Se enseñó a las niñas fuera de la escuela a tener sexo antes que todos los otros grupos, ya que necesitaban dinero, querían parejas estables, tenían más tiempo libre y frecuentemente se portaban "mal". Contrariamente a la creencia de que el estar fuera de la escuela incrementa los niveles de actividad sexual y disminuye la edad de iniciación sexual, los datos cuantitativos han demostrado que la mayoría de los jóvenes inician sus actividades sexuales antes de finalizar la escuela primaria. (Refiérase a la tabla que se presenta a continuación, la cual presenta datos cuantitativos reunidos en cuatro comunidades peri-urbanas de Lusaka; estos datos reflejan la experiencia de niños y niñas.)

	NIÑAS (14 – 16 AÑOS)				**NIÑOS (14 – 16 AÑOS)**	
	Proporción (Distribución)	**Sexual-mente activas**	**Embara-zadas**	**Abortaron**	**Proporción (Distribución)**	**Sexual-mente activos**
En la escuela	40	20	7	5	70	50
Fuera de la escuela	60	40	15	10	30	10
Total	100	60	22	15	100	60

De un ejercicio APA realizado en M'tendere, Lusaka, Zambia con 21 niñas del 7º grado.

NÚMERO DE JOVENES QUE IINFORMAN HABER TENIDO SEXO POR PRIMERA VEZ CUANDO ASISTÍAN A LA ESCUELA

	N'gombe (n=281)	M'tendere (n=308)	Kanyama (n-293)	Misisi (n=296)
Sí	212 (75%)	247 (80%)	238 (81%)	220 (74%)

Los datos muestran que más del 75% de los adolescentes estaban en la escuela cuando iniciaron sus actividades sexuales. Las proporciones son más altas en M'tendere y Kanyama, en donde existe un porcentaje de más jóvenes que asisten a la escuela durante más años. Aunque la escuela puede no ser la causante de que las personas inicien su actividad sexual, estos datos indican que puede que la escuela no esté actuando como un freno a la actividad sexual, lo que aumenta las consideraciones importantes sobre las políticas y programaciones para las intervenciones que tienen como meta la juventud en la escuela y fuera de ella.

Como resultado de estos datos cuantitativos, nuestro equipo regresó a nuestros análisis APA y comenzó a prestar atención a las opiniones discrepantes. Generalmente, ésas eran de aquellas niñas que no creían que hubiera diferencia, aunque estas voces eran una minoría.

> No hay ningún cambio en el comportamiento entre los jóvenes dentro y fuera de la escuela. Es aún peor para las niñas dentro de la escuela, ya que quieren más dinero para muchas cosas. A ellas hasta las recogen en los carros de los novios.

De los diálogos con la niñas de entre los 13 y los 14 años, del 8º grado en N'gombe

Conclusión: La investigación APA produce resultados relativamente rápido y de bajo costo, útiles para el diseño e implementación del programa. En CARE Zambia, usualmente hemos usado este tipo de metodología de investigación como un punto de partida para un tema o para una comunidad para construir los asocios necesarios para una actividad sostenible del proyecto. Las encuestas cuantitativas tienen el potencial de enriquecer y enfocar los hallazgos APA. Podemos mejorar nuestro uso de encuestas. ¿Cómo?

- al elaborar cuestionarios con la participación de los miembros de la población meta;
- al crear instrumentos que también brinden un foro a las personas para hacer escuchar sus opiniones en los temas relacionados;
- al hacer que los resultados sean manejables y comprensibles a las personas con quienes trabaja; y,
- al hacer partícipes a las personas en la recolección y análisis de los datos.

El proceso de hacer su investigación más inventiva y participativa también puede extenderse a los instrumentos que son más "tradicionales" y extractivos, y este proceso es tan importante como los resultados de la investigación. Nuestra experiencia nos dice que estas herramientas (tanto participativas como cuantitativas/tradicionales) pueden ser adaptadas aun para usarse en la evaluación y medición de la incidencia de los comportamientos específicos o factores de riesgo[7]. Es necesario que la innovación y el éxito continuo de estos tipos de evaluación participativa y metodologías de investigación se documenten bien y se compartan a través de los foros como estas *Guías*.

GUÍA DE CAMPO PASO A PASO HACIA LAS HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

(El índice se halla en la siguiente página)

Capítulo 1 Aprendizaje participativo y acción (APA): Generalidades 3.1
1.1 Definición y antecedentes 3.1
1.2 Principios clave del APA 3.2
1.3 Menú de métodos APA 3.4
1.4 La importancia de 'secuenciar' 3.4
1.5 Estableciendo los objetivos para una evaluación/diagnóstico participativo 3.5
1.6 Preparando una lista de verificación de temas a cubrir 3.6
1.7 Composición del equipo facilitador 3.9
1.8 Asignando roles para todos los facilitadores 3.10
1.9 Selección del lugar 3.10
1.10 Material necesario 3.11
1.11 Duración 3.12
1.12 La rutina diaria 3.12
1.13 Monitoreando la calidad y promoviendo la innovación 3.13
1.14 Puntos que vale la pena recordar en el campo 3.14
1.15 Reportándose a la comunidad 3.17
1.16 Preguntas frecuentes sobre el APA 3.17
1.17 Algunos problemas y retos 3.20

Capítulo 2 Guía paso a paso hacia las herramientas y técnicas populares del APA .3.24
2.1 Mapas sociales 3.24
2.2 Mapeo de censo 3.26
2.3 Caminatas transversales 3.28
2.4 Clasificación de riqueza y bienestar 3.29
2.5 Mapas corporales 3.35
2.6 Diagramas de Venn 3.36
2.7 Clasificación y punteo 3.38
2.8 Análisis de causa-impacto (organigramas) 3.49
2.9 Análisis de prácticas diarias 3.52
2.10 Análisis de temporada 3.53
2.11 Análisis de tendencias 3.55
2.12 Censo participativo sobre el sexo 3.56
2.13 Historias ilustradas / Dibujos animados 3.63
2.14 Entrevistas semi-estructuradas (ESE) 3.68
2.15 Charlas de grupos focales (DGF) 3.69
2.16 Estudios de caso, historias e impresiones 3.70
2.17 Interpretación de papeles desempeñados 3.71

Capítulo 3 Abordando la documentación, análisis, síntesis y redacción del reporte .3.72
3.1 El reto de documentar un proceso participativo 3.72
3.2 Las tres etapas de la documentación 3.73
3.3 Comparir los resultados 3.77

CAPÍTULO 1

APRENDIZAJE PARTICIPATIVO EN ACCIÓN (APA): GENERALIDADES[8]

Meera Kaul Shah

1.1 Definición y antecedentes

El APA está definido como una familia creciente de métodos y enfoques que permiten a las personas locales analizar, compartir e incrementar su conocimiento de la vida y condiciones, así como planear, fijar prioridades, actuar, monitorear y evaluar (Absalom et al., 1995; Chambers, 1997). Esta metodología también se conoce por otros nombres, entre los cuales el más común es Evaluación/Diagnóstico Rural Participativo (DRP).

La metodología DRP evolucionó en los años 80 como respuesta a la necesidad de hallar formas por medio de las cuales las personas locales pudieran desempeñar un rol más activo en los proyectos de desarrollo implementados en sus comunidades. Esta respuesta provino del creciente descontento con las prácticas existentes y formas en las que los practicantes e investigadores de desarrollo reunían información y la usaban para la planeación, manejo, monitoreo y evaluación de los proyectos de desarrollo rural.

El DRP ha evolucionado de y se deriva de varias fuentes y tradiciones. Cinco corrientes que han influido en esta evolución son (Chambers, 1997):

- Investigación participativa activista
- Análisis de ecosistemas agrícolas
- Antropología aplicada
- Investigación de campo en sistemas agrícolas
- Evaluación/Diagnóstico Rural Rápido (DRR).

El DRR ha estado allegado al DRP, pues emergió en los años 70 en busca de una forma mejor para las personas externas de aprender sobre la vida y condiciones rurales. Tiene tres orígenes principales (Chambers, 1997):

- descontento con la discriminación del "turismo de desarrollo rural"[9];
- desilusión con las encuestas que consumen mucho tiempo y tienen cuestionarios costosos, y que tienden a reunir grandes cantidades de información irrelevante y que también son difíciles de analizar y usar; y
- mayor aceptación del hecho de que las personas rurales tienen conocimiento valioso y práctico que pueden aprovechar los profesionales de desarrollo.

¡Todo el mundo tiene algo que decir! Un grupo de niñas escolares preparan una historia ilustrativa. Zambia.

Esto llevó a los profesionales de desarrollo hacia la investigación de métodos menos costosos y más rápidos para la recolección de datos. Aunque muchos métodos y técnicas utilizados en el DRP son los mismos que se utilizan en el DRR, existe una diferencia fundamental entre ambos. Mientras que en el DRR fue el profesional externo quien aplicó y controló el uso de estos métodos para los datos, el DRP permite a la comunidad local a usar estos métodos por ellos mismos para analizar su situación y preparar sus propios planes. El cambio ha sido de información "extractiva" a un permitir a la comunidad encargarse del proceso de analizar sus condiciones y planear e implementar las actividades de desarrollo.

El nombre del DRP continúa siendo el más usado en la literatura del tema. Sin embargo, en los últimos años se ha visto que el término es muy restrictivo con su énfasis en 'rural' y 'evaluación/diagnóstico'. Esta metodología tiene sus raíces en el campo de desarrollo rural, pero durante los últimos tres ó cuatro años ha sido adaptado para usarlo en las áreas urbanas, donde continua extendiéndose a los campos nuevos. Se ha considerado que la palabra 'evaluación/diagnóstico' indica un límite falso del uso de la metodología en las etapas subsiguientes del ciclo del proyecto. El Aprendizaje Participativo y Acción (APA) es un nombre más apropiado para la metodología de su forma actual. El 'APA' es aplicable a los contextos rurales y urbanos e indica su uso continuo durante las fases de 'acción' o implementación del ciclo del proyecto.

1.2 Principios clave del APA

Chambers (1997: 156-157) describe los siguientes principios clave del APA[10] .

- ***Un cambio de papeles del aprendizaje:*** Aprenda directamente de la comunidad local, de su conocimiento local físico, técnico y social.
- ***Aprender rápida y progresivamente:*** Aprenda con la exploración consciente, uso flexible de métodos, maximización de oportunidades, improvisación, iteración y verificación, sin seguir un programa diseñado sino adaptándose a un proceso de aprendizaje.
- ***Contrarrestar los prejuicios:*** Contrarreste los prejuicios, especialmente aquellos del turismo de desarrollo rural, al estar relajado y no apresurado, al escuchar y no sermonear, sondear en lugar de pasar al siguiente tema, no imponerse y buscar a los grupos marginados dentro de la comunidad (las personas más pobres, minorías, niños y mujeres) y aprender de sus preocupaciones y prioridades.

El facilitador se sienta a un lado y permite que los participantes realicen su análisis sin interrupción. Zambia.

- ***Optimizar los trueques:*** Relacione los costos de aprender con la verdad útil de la información con trueques entre cantidad, relevancia, exactitud y puntualidad. Esto incluye los principios de ignorancia optima – no aprender más de lo necesario, y de la imprecisión apropiada – no medir lo que es necesario medir, o medir con más exactitud que la necesaria.
- ***Triangulación:*** Aprenda de varios (frecuentemente tres) métodos, disciplinas, individuos o grupos, ubicaciones y/o tipos de información, para comprobar, comparar y verificar. La verificación también involucra hacer diferentes preguntas durante una misma conversación para sondear un tema o asunto más.

- ***Buscar diversidad:*** Busque y facilite la expresión y análisis de información y juicios complejos y diversos, lo que incluye buscar y aprender de las excepciones, disidentes y absentistas en cualquier distribución. Esto va más allá de la comprobación de la triangulación, ya que definido ampliamente, deliberadamente busca, percata e investiga las contradicciones, anomalías y diferencias.
- ***Pasar la batuta (o lapicero o yeso):*** Las personas locales facilitan el análisis de su información y hacen presentaciones para que ellos mismos generen y sean dueños de los resultados y así aprendan. Para esto, se necesita la confianza de que 'ellos lo pueden hacer', que las personas locales pueden hacer mapas, modelos, clasificaciones, punteos, diagramas, análisis, prioridades, planes y acciones. El facilitador puede iniciar el proceso de análisis y presentación, pero luego se sienta y observa mientras que las personas se encargan del proceso.
- ***Consciencia auto-crítica:*** Los facilitadores necesitan examinar continuamente su comportamiento y buscar mejorarse. Esto incluye aceptar el error – aceptarlo como una oportunidad para aprender; enfrentar positivamente el fracaso; corregir el comportamiento dominante y estar críticamente consciente de lo que se ve y no se ve, lo que se muestra y no se muestra y lo que se dice y no se dice.
- ***Compartir:*** Las ideas e información son compartidas entre las personas locales, entre las personas locales y los facilitadores y los de experiencias entre diferentes comunidades y organizaciones.

Los tres pilares o principios básicos del APA son (Chambers, 1997: 105 – 106):

- El comportamiento y las actitudes de las personas externas, quienes facilitan y no dominan;
- Los métodos[11] que cambian el equilibrio normal de cerrado a abierto, de individuo a grupo, de verbal a visual[12] y de medir a comparar;
- Asocio y compartir información y experiencia entre las personas internas y externas y las entre las organizaciones.

1.3 Menú de métodos APA

En el APA[13] se utilizan diversos métodos visuales y verbales (explicados en la Parte 3, Capítulo 2). A continuación figura una lista de algunos de los métodos claves que pueden usarse para el análisis de la salud reproductiva con una comunidad. No obstante, es importante recordar que los nuevos métodos continúan siendo innovados y diseñados para satisfacer las necesidades específicas de un contexto en particular. Por lo tanto, esta lista no está completa.

Mapeo social	Mapeo de censo
Mapeo corporal	Mapeo ilusión
Caminatas transversales	Cronogramas
Análisis de tendencias	Análisis de temporada
Análisis de uso diario	Clasificación y punteo
Clasificación de riqueza / bienestar	Análisis de medios de vida
Censo de sexo	Historietas / dibujos animados
Diagramas de Venn (análisis institucional)	Análisis de causa-impacto (organigramas)
Entrevistas semi-estructuradas (ESE)	Charlas de grupos focales (DGF)
Estudios de caso, historias e impresiones	Juego de roles

1.4 La importancia de 'secuenciar'

Secuenciar el uso de métodos genera mucha ansiedad entre los principiantes[14]. Muchos quieren saber "¿qué método utilizo primero?" o "¿cuál método debería seguir a cuál?" No existen reglas fijas. Usualmente es mejor comenzar con una conversación y análisis de naturaleza general.

El mapeo participativo[15] usualmente es un buen punto de partida. Se pueden poner a prueba los diferentes tipos de mapa, como los sociales o de censo. Los participantes hallan que los mapas son fáciles de preparar y les ayudan a los facilitadores a tener una idea general sobre la comunidad. Esto puede seguirse con una caminata transversal en el área. La caminata nos ayuda a observar las condiciones de vida de las personas en el área y comprender el diseño del asentamiento. También provee una excelente oportunidad para encontrarnos con muchas personas en el camino, hablar de y explicar el objetivo de evaluarlos, invitarlos a unirse a la caminata y convidar a más personas a los diálogos. Los facilitadores también pueden decidir primero tomar una caminata y luego facilitar la preparación del mapa social. Los cronogramas también son un buen método para usar al comienzo. Ayuda como un rompehielos. Siempre es más fácil comenzar el proceso con conversaciones y análisis más generales (como hablar del área y sus características, utilizando mapas sociales o caminatas, los cambios que han ocurrido en el área, utilizando el cronograma o método de análisis de tendencias, etc.), y solamente cuando la conversación se avive y los facilitadores sean capaces de entrar en armonía con los miembros de la comunidad, se debería hablar de la información más específica e individual (como clasificación de bienestar, clasificación y punteo, diagrama de Venn, censo de sexo, etc.)

El mapa o las caminatas transversales deberían producir el diálogo entre los participantes. Según los temas que surjan, los facilitadores pueden decidir qué método será el más apropiado para analizar el tema. Es importante no ser guiados por los métodos utilizados en la comunidad; no permita que las herramientas impulsen los procesos. Es importante aclarar los temas a hablarse y seleccionar un método que permita un mejor análisis de esos temas.

NO PERMITA QUE LAS HERRAMIENTAS IMPULSEN EL PROCESO

Miembros del equipo APA hacen una caminata transversal en una comunidad rural de Ruanda.

En esencia, el APA es un proceso creciente. El dialogar sobre un tema en particular debería llevar a otro, así como el análisis con un grupo debería proveer una guía para comenzar el diálogo con otros grupos en la comunidad.

1.5 Estableciendo los objetivos para una evaluación/ diagnóstico participativo

La primera cosa en la que necesitamos trabajar antes de comenzar un proceso de evaluación/diagnóstico participativo es el objetivo global del ejercicio. Debemos tener claro lo que esperamos alcanzar con el proceso y lo que pretendemos hacer con la información generada de la interacción inicial con la comunidad.

En el caso del proyecto PALS en Zambia, lo que estaba claro desde el principio[16] era que queríamos trabajar con los adolescentes de las áreas peri-urbanas. Debido a que estabamos entrando en un campo relativamente desconocido, queríamos tener una comprensión completa de sus conocimientos, actitudes y comportamientos con respecto a la salud reproductiva y sexual. Al tener esto en mente, se decidió fijar los siguientes objetivos para el APA:

- Aprender sobre el conocimiento, actitud y comportamiento de varones y mujeres adolescentes, su conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el embarazo, sus fuentes de información, sus actitudes ante estos temas y sus patrones de comportamiento sexual.
- Aprender sobre género y relaciones generacionales entre los adolescentes, ej., cómo interactúan los compañeros con respecto a la actividad sexual y, específicamente, prevención de las ITS o el embarazo; y cómo interactúan las parejas de las generaciones cruzadas; cuáles son los patrones de interacciones sociales para los adolescentes y a dónde buscan la ayuda y apoyo durante las crisis de sus vidas.
- Identificar los obstáculos para la alta utilización de los servicios de salud reproductiva por parte de los adolescentes en las clínicas del sector público y determinar los puntos potenciales para la intervención.

Fuente: Shah y Nakhama, 1996, Sarah Degnan Kambou.

Dado el aprendizaje creciente que ocurre durante un proceso APA, se recomienda que el equipo facilitador estudie el proceso y reflexione sobre los hallazgos a realizarse por la evaluación, para que, si fuera necesario, se puedan modificar los objetivos.

1.6 Preparando una lista de verificación de temas a cubrir

Una vez que se hayan establecido los objetivos, es útil preparar una lista tentativa de los asuntos y temas que necesitan explorarse durante la evaluación participativa. El equipo facilitador puede preparar esta lista antes de comenzar el trabajo de campo. Es útil celebrar una sesión de lluvia de ideas con todos los facilitadores para generar esta lista. Si no están presentes todos los facilitadores al preparar esta lista, es importante que les hable de la lista antes de iniciar la evaluación. Sin embargo, se debe indicar que es solamente una lista indicativa y tentativa que puede modificarse y cambiarse durante el proceso de evaluación. Podemos comenzar con una lista de temas que nosotros (los facilitadores) creemos importantes y que se deben cubrir, pero es muy difícil predeterminar todos los temas y preocupaciones que plantearán los miembros comunitarios participantes durante la evaluación. Por consiguiente, el proceso debe ser flexible para incorporar todas las modificaciones necesarias. Se debe advertir que esta lista de verificación no debería usarse como un anteproyecto o como la base de un cuestionario que debe hacerse en el campo. Esta lista de verificación solamente debería ayudar a los facilitadores a registrar el proceso y revisar su progreso. En el caso de que el equipo facilitador sea grande y trabaje como subequipo en el campo, esta lista de verificación también ayuda a asegurar que existe, por lo menos, algún área en común cubierta por todos los equipos y que el proceso no se encamina en diferentes rumbos con base en los intereses específicos de los facilitadores.

Para cada uno de los temas incluidos en la lista de verificación, se puede proveer un 'menú' de métodos, lo que ayuda a los facilitadores a ganar confianza en la selección de métodos apropiados para analizar los temas específicos.

El siguiente modelo da un ejemplo de una lista de verificación detallada de aquellos temas que pueden ser cubiertos al facilitar las evaluaciones participativas en la salud reproductiva y sexual entre los adolescentes, junto con un 'menú' de métodos APA que pueden usarse para explorar y analizar cada uno de los temas (esta lista ha sido elaborado de la experiencia de CARE Zambia).

LISTA DE VERIFICACIÓN ILUSTRATIVA DE TEMAS Y MÉTODOS A USARSE EN DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIV

	HERRAMIENT					
TEMAS DE EJEMPLO	Mapas sociales	Mapeo de censo	Caminatas trans-versales	Clasificación de riqueza y bienestar	Mapas corporales	Dia
información/Conocimiento						
¿De qué fuentes obtienen los adolescentes información sobre el sexo, salud reproductiva y contraceptivos?						X
Tipo de conocimiento que poseen y profundidad de información sobre: sistema de salud reproductiva, embarazo,, contraceptivos, las ITS y su tratamiento					X	
Necesidades expresadas para otra información					X	X
¿Con quién se siente libre para hablar de sus problemas de salud y temores?						X
Actitudes						
¿Cuál es la edad ideal para casarse?					X	
¿Cuál es la edad ideal para tener hijos?					X	
Puntos de vista del uso de contraceptivos					X	
Condiciones bajo las cuales se usan contraceptivos						
Condiciones bajo las cuales no se usan contraceptivos						
¿Padecen más de las ITS las niñas o los niños?						
En caso de embarazo, ¿quién asume la responsabilidad?						
¿Es aceptable tener sexo con un pariente cercano (cuáles parientes y por qué)?						X
¿Por qué tener sexo?						
¿Por qué no tener sexo?						
Proporción de niños y niñas que se abstienen del sexo						
Comportamiento						
Edad a la que tuvo sexo por primera vez					X	
Brecha entre la primera y segunda vez que tuvo sexo						
Número de parejas y razones				X		
Pago por sexo - ¿qué y cuánto?						
Preferencias de parejas sexuales: tipo, edad, riqueza/bienestar, relación		X		X		
¿En qué lugares tienen sexo los adolescentes?	X		X			
¿Qué hacen cuando padecen de una ITS?						
¿Qué hacen cuando quedan embarazadas o embarazan a una niña?						
Proporción de niñas que quedan embarazadas						
Proporción de embarazos que terminan en abortos (con razones para el mismo)						
¿Quién decide si usar los contraceptivos o qué tipo usar?						
¿Quién obtiene los contraceptivos?						
Preferencias para diferentes tipos de contraceptivos						
Uso de condones, proporción de parejas que usan condones						
¿Dónde obtienen los condones?	X		X			
¿Se dispone de los condones fácilmente?						
¿Qué problemas hay para incrementar el uso de condones?						
Impacto de actividad sexual en adolescentes						
Condiciones de vida y relaciones sexuales						
¿Distribución conforme al acomodamiento de vivienda (con quién viven)?	X	X	X			
Acomodamiento de vivienda más preferido						
Relación entre el nivel de actividad sexual y el acomodamiento de vivienda				X		
Frecuencia de relaciones sexuales con parientes cercanos				X		X
Circunstancias bajo las cuales la actividad sexual se da (forzado o voluntario)				X		X
Tendencias						
Cambios generacionales con respecto a: edad de iniciación sexual, niveles de actividad sexual, fuentes de información, tradiciones/creencias, métodos de planificación familiar, número de parejas sexuales, práctica de sexo seguro, tipos y tratamiento de las ITS						
Uso de la clinica						
Proporción de adolescentes que usan la clinica	X	X				X
Razones por las que los adolescentes usan la clinica						
¿Puede incrementarse el uso de los servicios clinicos - cómo?						
Información si los servicios se proveen gratis en la clinica						
Sugerencias de adolescentes						
Relacionado con mejorar los servicios clínicos						
Relacionado con mejorar la salud reproductiva y sexual					X	

RTICIPATIVOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENTRE ADOLESCENTES

HERRAMIENTAS Y ACTIVIDADES PARA EL APRENDIZAJE COMPARTIDO

...de y bienestar	Mapas corporales	Diagramas de venn	Listado, clasificación & punteo	Análisis de Causa-impacto (organigrama)	Análisis de uso diario	Análisis de tempo-rada	Análisis de tendencias	Censo participativo sobre sexo	Historias ilustradas	Entrevistas semi-estructuradas	Charlas con grupos focales	Estudios de caso, his-torias e impresiones	Juego de roles
	X	X					X	X	X	X	X	X
X		X	X		X			X	X	X	X	X
X	X	X									X	
	X	X					X	X	X	X	X	X
X		X	X			X		X	X	X		
X		X	X			X		X	X	X		
X		X	X			X		X	X	X		
		X	X					X	X	X		
		X	X									
		X	X			X	X					
		X	X			X	X	X	X	X		
	X	X					X	X	X	X		
		X	X			X	X	X	X	X	X	X
		X	X			X	X	X	X	X	X	X
		X					X					
X		X				X	X	X	X	X	X	X
		X					X	X	X	X		
		X	X	X			X	X	X	X	X	X
		X	X	X			X	X	X	X	X	X
		X	X				X			X		X
		X							X		X		
			X						X	X	X	X	
			X						X	X	X	X	X
		X	X			X	X	X			X		
		X	X			X	X	X			X		
		X	X						X	X	X	X	X
		X	X						X	X	X	X	X
		X	X								X		
		X									X		
		X							X		X		
											X		
		X	X						X		X		
		X	X						X		X	X	X
		X		X									
		X											
		X	X	X				X	X		X	X	X
	X	X		X				X		X	X		
	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X
		X				X	X				X		
		X	X								X		
		X	X								X		
		X	X								X		
											X		
		X	X								X		
X		X	X								X		

Fuente: Shah, 1999

Parte 3

1.7 Composición del equipo facilitador

Las evaluaciones participativas son mejor facilitadas por equipos de tres ó cuatro miembros. En caso de que el tamaño del equipo sea de más de cinco, es mejor subdividirlo en grupos más pequeños. En cualquier caso, se debe tener cuidado de *que los facilitadores no excedan en número a los miembros comunitarios participantes*.

Es importante que el equipo de facilitadores incluya algunos miembros de la comunidad (ej., residentes locales), organizaciones socias (ej., clínicas, MSP, etc.) y otras ONG locales. El tener residentes locales en el equipo incrementa la aceptación del proceso por parte de la comunidad y provee un enfoque práctico para generar los asocios duraderos e importantes con las comunidades y agencias socias. De esta forma, el dominio del proceso, y posteriormente del Proyecto, se comparte con la comunidad. Durante las evaluaciones participativas entre los adolescentes en Zambia, los equipos facilitadores incluían a los médicos, miembros de los Comités Comunitarios de Salud (CCS) comprendidos por residentes locales y representantes de otras ONG.

Se recomienda un buen equilibrio de género dentro del equipo facilitador. En general, los equipos mixtos de facilitadores funcionan bien en el campo. Sin embargo, para facilitar el análisis de los temas delicados, puede ser necesario tener un grupo separado de facilitadores mujeres que interactua con las mujeres y otro de los facilitadores varones que interactua con los miembros comunitarios varones. Durante las evaluaciones de PALS, usamos ambos – equipos de facilitadores por género y mixtos. Aunque los facilitadores mujeres no tuvieron ningún problema al interactuar con los niños y niñas, algunos de los facilitadores varones tuvieron dificultades con las niñas al facilitar las charlas sobre los temas delicados y personales.

> Los facilitadores realizaban entrevistas semi-estructuradas separadas con algunos adolescentes en Kanyama cuando una niña se acercó a una facilitadora mayor. La niña le mencionó que ella ya había hablado con otra facilitadora (más joven), pero que no le había dicho todo. Al hacerla sentir cómoda, la facilitadora comenzó a hablar con la niña, quien le informó que ella no había podido decirle a la otra facilitadora que había sido violada por una pandilla hace algún tiempo.
>
> Luego de una larga conversación, la niña le dijo a la facilitadora que se sentía más cómoda por haber compartido su historia con ella.

De las notas de campo de Betty Muleya, Kanyama, Lusaka, Zambia.

Existen otras características que deberían considerarse cuando se crea un equipo facilitador. La edad puede ser un factor delicado, especialmente cuando se facilitan los diálogos sobre la salud reproductiva con los hombres y mujeres mayores. En otros lugares, la etnia y el idioma pueden ser características importantes.

1.8 Asignando roles para todos los facilitadores

Un aspecto importante al prepararse para el trabajo de campo es hablar con los facilitadores y prepararlos para los diferentes roles que desempeñarán durante la evaluación. Los tres roles principales son los de:

- facilitador (que da orientación al diálogo);
- documentador y observador; y
- coordinador de logística

Un equipo facilitador debería tener por lo menos dos miembros, uno para facilitar los diálogos y hacer el análisis y otro para documentar el proceso. Los facilitadores pueden turnarse en estos roles diferentes.

La persona que da orientación a la facilitación debería tener la confianza de poder manejar los diálogos, facilitar el uso de los métodos visuales y hacer preguntas de sondeo. Él/ella también debería estar preparado para manejar las introducciones con la comunidad, lo que incluirá la explicación del propósito de la evaluación. Esto debe repetirse varias veces durante el transcurso de la evaluación, al estar reuniéndonos con nuevos grupos e individuos.

El documentador debe hacer acta de todo el diálogo, así como el análisis realizado por los participantes en el campo. Se comentará más sobre el proceso de documentación en la Parte 3, Capítulo 3. Si el equipo facilitador está compuesto de más de dos miembros, todos ellos, sin incluir al facilitador, deberían tomar notas y documentar el proceso. El observador debe observar el proceso y puede apoyar al facilitador y al documentador en sus roles. El observador debería poder dar retroalimentación del proceso a sus compañeros del equipo.

También es necesaria que una persona sea responsable de la logística (ej., llevar materiales necesarios para los efectos visuales, como yeso, marcadores, papel, contadores [semillas, frijoles, piedras, etc.] y de llevar a cabo el conteo).

1.9 Selección del lugar; informar a la comunidad y reunir datos secundarios

Como parte de la preparación antes del trabajo de campo es importante haber seleccionado el lugar o comunidad con que se realizará la evaluación. Al seleccionar el lugar, debería tenerse presente que se debe dar retroalimentación a la evaluación con las actividades de apoyo a la comunidad. Es necesario seleccionar lugares donde será posible apoyar e implementar algunas actividades o algún proyecto. Las evaluaciones participativas no deberían realizarse si no hay intención de darles la retroalimentación.

Una vez que se haya seleccionado el lugar/comunidad, reúna la información secundaria que esté disponible sobre esta comunidad, que podría incluir datos de censo, un mapa del área, estadísticas de EDS, registros clínicos, cualquier reporte, estudio o análisis situacional pertinente, etc.

Al haberse seleccionado el lugar, es importante que, por lo menos, algunos de los residentes sean informados sobre la evaluación propuesta. Se les debe informar del propósito y duración de la evaluación y de que no será posible sin la participación activa de las personas locales. Es mejor si la cronología de la evaluación se complete con los residentes, para que ellos participen en decidir sobre la mejor cronología para ellos. En el caso del proyecto PALS en Zambia, esta información se dio a la clínica en la comunidad y a los miembros de los Comités Comunitarios de Salud (CCS). A su vez, se les pidió a ellos que dieran la información a otros residentes del área.

1.10 Material necesario

Al realizar cualquier análisis visual con los participantes, es mejor usar todor material disponible en esa localidad. Las hojas, palos, semillas, cajetillas vacías de cigarros, cajita de fósforos, piedras, etc. son muy eficaces y fáciles de usar. Sin embargo, a la mayoría de los facilitadores también les gusta ir acompañado de los materiales. Es útil tener lo siguiente a mano:

- ❑ Hojas grandes de papel
- ❑ Marcadores (de diferentes colores)
- ❑ Cinta adhesiva
- ❑ Gomas de bandos o hilos (usados en papeles enrollados)
- ❑ Tiza de colores
- ❑ Semillas y/o frijoles (usados para contar)
- ❑ Papel tamaño A-4
- ❑ Tijeras
- ❑ Lápiz
- ❑ Borrador
- ❑ Goma
- ❑ Cuadernos pequeños para tomar notas (para que los facilitadores lleven sus notas)
- ❑ Bolsas plásticas (son muy útiles para llevar los materiales mencionados antes)

Aunque los facilitadores pueden llevar todos estos materiales, es importante permitir a los participantes que primero preparen su análisis visual en el suelo y con cualquier material disponible en esa localidad. Si no es posible usar el suelo, se puede usar papel, que puede usarse después para hacer acta del análisis visual realizado.

1.11 Duración

No es posible recomendar una duración estándar para una evaluación participativa. El tiempo necesario puede variar de un par de días a varias semanas, que dependerá del tema analizado, el tamaño de la comunidad, sus dinámicas internas, la diversidad dentro de la comunidad y el tamaño del equipo facilitador. Las comunidades urbanas tienden a ser muy grandes, por lo que se necesita más tiempo comparado con las comunidades rurales.

Durante las evaluaciones participativas con los adolescentes en Zambia, tuvimos unos equipos grandes de facilitadores, de entre 12 a 20 miembros en una comunidad. Por lo tanto, fue posible dividir el equipo en sub-equipos de 3-4 miembros cada uno, lo que nos posibilitó cubrir varios temas en relativamente poco tiempo. Normalmente usabamos de cinco a siete días en una comunidad.

Puede que las primeras evaluaciones participativas precisen de más tiempo. Al acumular experiencia en el manejo de la metodología y del proceso, es posible que los facilitadores faciliten el mismo proceso en menos tiempo en las evaluaciones posteriores.

Al planificar las evaluaciones participativas, es importante incluir en el presupuesto algunos días al final para redactar los reportes. Durante las evaluaciones participativas realizadas con los adolescentes en Zambia, alocamos dos días en cada comunidad para terminar el reporte. Se precisa de casi una semana entera para preparar la síntesis del reporte para las siete comunidades en Lusaka.

1.12 La rutina diaria (17)

Por necesidad, un diagnóstico participativo debe realizarse donde hay personas disponibles para participar. Por lo tanto, el equipo debe reunirse temprano para que se pueda hacer un repaso del programa del día y se reuna el material antes de salir. Un ejemplo de un programa bastante típico es trabajar en la comunidad de cinco a seis horas sin tomar un descanso, ej., desde las 8:00 de la mañana hasta la 1:00 ó 1:30 de la tarde. Es posible que el equipo de facilitadores pase un tiempo con un grupo de personas en la comunidad, pero se fatigará, y frecuentemente es difícil para las personas estar 4-5 horas en un solo lugar. Por lo tanto, es común que los facilitadores se reúnan y conversen con varios grupos de personas en la comunidad durante una mañana. Los equipos se desconectan lentamente de la actividad comunitaria, hablando de los miembros comunitarios sobre si deberían reunirse para continuar los diálogos al siguiente día (algunas veces puede ser necesario seguir con los diálogos en la tarde del mismo día) y luego agradecen a las personas por su tiempo y esfuerzo. Los equipos regresan al punto central de la reunión para un pequeño descanso y almuerzo.

Luego del almuerzo, cada equipo reúne a sus miembros y comienza a escudriñar y hacer acta de los datos generados durante las sesiones de la mañana; como equipo, sacan los principales hallazgos y resultados. Por la tarde, a las 4:00 aproximadamente, cada uno de los equipos presenta brevemente los resultados del día a todo el grupo, incluyendo la presentación de los efectos visuales preparados por la comunidad. Una vez que todos los equipos han hecho su presentación, los datos se comparan y se contrastan sistemáticamente para identificar los hallazgos simi-

lares y las variaciones y para determinar: 1) si los hallazgos han sido comprobados adecuadamente por varios grupos en la comunidad y 2) si se precisa de más diálogo y análisis con grupos específicos o diferentes grupos para triangular los hallazgos. Los miembros del equipo deben tomar apuntes sobre los debates para incluirlos en el diario del equipo (Parte 3, Capítulo 3), el cual se radacta en la noche.

El proceso de comparar y contrastar los datos ayuda a los equipos a redactar el programa y plan del siguiente día (ej., temas o preguntas a realizar con la comunidad). La otra actividad diaria para los líderes del equipo es repasar el progreso contra los objetivos originales de la investigación, para así asegurar que todos los temas se traten o sean tratados. Según la complejidad y riqueza del proceso del día en el campo, es posible que el trabajo del día no termine sino hasta la noche. La actividad final del día es escribir el diario de campo.

UN EJEMPLO DEL PROGRAMO DIARIO UTILIZADO DURANTE UN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA EN GITARAMA, RUANDA

7:15 de la mañana	Reunión en el punto de reunión y conducir al campo
8:30 de la mañana	Recoger materiales en la oficina de CARE Gitarama e ir al campo
9:00 de la mañana	Comienzan los ejercicios participativos
1:30 de la mañana	Terminan los ejercicios participativos y volver a CARE Gitarama
2:00 de la mañana	Almuerzo en la oficina de campo; los equipos repasan los datos y preparan la presentación
3:30 de la mañana	Presentación de equipos (15 minutos por equipo)
5:00 de la mañana	Volver a Kigali
6:00 de la mañana	Los líderes de equipo planean el programa para el dia siguiente

Fuente: Kambou (1999)

1.13 Monitoreando la calidad y promoviendo la innovación

Es importante recordar que no hay ninguna forma 'fija' de facilitar un proceso de evaluación participativa. Debido a que el proceso es flexible e iterativo, cada contexto presenta una situación única, lo que presenta retos para el facilitador, ya que deben adaptarse e innovarse continuamente en el campo. Debería exhortarse a los facilitadores a 'usar siempre su propio juicio' y probar cualesquiera nuevas ideas o adaptación de métodos existentes. La metodología APA es joven y aún está evolucionándose, y todas sus innovaciones principales se han llevado a cabo en el campo.

La flexibilidad y la abertura de la vigencia de esta metodología presenta otro reto – el de asegurar la calidad. Debido a que no existen procedimientos estándares o formatos de hacer acta o reporte, es muy importante que los facilitadores, y especialmente los supervisores, hagan un esfuerzo consciente de monitorear la calidad, que puede hacerse de varias formas. Primero, asegurar que los facilita-

dores están capacitados e informados sobre el proceso. Debido a que existen varios facilitadores que trabajan a la vez, necesitan una comprensión compartida del proceso. Segundo, es crucial hacer un repaso diario del proceso para medir el progreso. El repaso y reflexión permiten a los facilitadores y supervisores a evaluar si el análisis que se está realizando es detallado y claro. También permite a los facilitadores aprender los unos de los otros. Tercero, la mala e inadecuada documentación es otro factor que puede afectar la calidad de los diagnósticos. Por último, y tal vez lo más importante, es ser riguroso sobre la triangulación.

1.14 Puntos que vale la pena recordar en el campo

1.14.1 No pierda de vista los objetivos

El punto más importante a recordar como facilitador de una evaluación participativa es no perder de vista los objetivos de la evaluación. Es muy fácil dejarse llevar por la cantidad de información generada durante dicho proceso. Los facilitadores deben tener cuidado al asegurar la calidad y profundidad del análisis, en lugar de hablar de muchos temas, sin que entren en detalle acerca de lo que comprenden ellos. El reflexionarse es un aspecto importante de este proceso.

1.14.2 Establecer un 'Contrato de Grupo' para los facilitadores

También son muy importantes la coordinación y el buen entendimiento entre los facilitadores. Esto ayuda a hablar del comportamiento y actitudes individuales (de los facilitadores) antes de ir al campo. Para muchos facilitadores, es útil preparar un 'contrato de grupo' convenido comúnmente antes de ir al campo. Este contrato comprende una serie de normas de comportamiento decididas colectivamente por el equipo de facilitadores, en relación a cómo se relacionarán durante el trabajo de campo, así como con los miembros de la comunidad. Dicho contrato actúa como un recordatorio cuando estamos en el campo. También ayuda a dar retroalimentación a los facilitadores colegas y a los miembros de los equipos, así como a meditar sobre nuestra experiencia. A continuación se encuentra un ejemplo de un contrato de grupo usado por el equipo al facilitar las evaluaciones participativas con los adolescentes en Lusaka.

CONTRATO DE EQUIPO

Acordamos:

- ~ practicar el escuchar activamente [18];
- ~ ser puntuales;
- ~ respetar a los miembros comunitarios;
- ~ no discriminar contra ningún individuo o grupo;
- ~ tratar de dar el mejor esfuerzo y trabajar duro; y
- ~ no discutir entre nosotros frente a miembros comunitarios.

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah, Chawama, Lusaka, Zambia.

El dar retroalimentación los unos a los otros es una buena forma para que se haga memoria del contrato de grupo.

1.14.3 Cómo hacer las preguntas

La facilitación comprensiva es la clave de una evaluación participativa de éxito. Los facilitadores deben escuchar bien. Otros atributos necesarios para una buena facilitación son: paciencia, habilidad de trabajar en equipo, buenas habilidades de comunicación y sensibilización cultural. Los facilitadores también deberían saber cómo hacer preguntas abiertas y cómo abstenerse de hacer las preguntas cerradas. El uso de los siguientes siete puntos de ayuda puede permitir a los facilitadores a hacer preguntas de sondeo abiertas:

¿Qué?
¿Por qué?
¿Cuándo?
¿Quién?
¿Dónde?
¿Cómo?
¿Cuánto?[19]

1.14.4 Verifique y triangule los resultados

Los facilitadores también deben recordarse constantemente a triangular la información generada de todo análisis. Es importante asegurar que los puntos de vista y preocupaciones de los diferentes grupos dentro de la comunidad hayan sido escuchados y analizados. La diversidad dentro de una comunidad puede ser a causa de las jerarquías sociales, categorías económicas o de bienestar, género, edad, ubicación (especialmente en los asentamientos urbanos), etc. Durante las evaluaciones con los adolescentes en Zambia, también incluimos diferencias, de acuerdo con aquellos que asistían a la escuela y aquellos que no.

1.14.5 Buscar terminología y definiciones locales

Es importante tener clara la terminología y las definiciones utilizadas por las personas locales. Frecuentemente lo que tomamos como supuesto es un significado estándar de un término y puede que no lo sea en dicha zona, lo que puede causar confusión y una interpretación errónea de los datos. Se debe tratar de comprender desde el inicio la terminología local y cómo son definidas las palabras antes de usarlas en la evaluación.

GANGSTERS, WENGES Y YOOS:

Wenge se refiere a aquellos niños/hombres que se visten de pantalones con una cintura bastante alta. Este término fue creado a partir del mismo nombre de una banda de Zaire, la cual se conoce por usar estos pantalones de cintura alta, casi hasta el pecho.

Yoos son aquellos niños que se visten de pantalones abombados, de cintura baja, casi a la mitad de las caderas.

Ambos estilos de pantalón se consideran de moda, lo que hace que las niñas los vean muy atractivos. Usualmente estos niños 'bien vestidos' también tienen más dinero.

Gángster es otra terminología que se usa para referirse a los niños y hombres muy bien vestidos (y podría incluir a Wenges y Yoos), quienes pueden ser identificados por su buen parecido, su estilo particular de caminar, usualmente llevan bastante dinero y pueden encontrarse con una camisa de cuadros y pantalones de lona. También se visten "pasa montañas" (gorras de lana). Gángster no tiene nada que ver con el niño involucrado en una pandilla o involucrado en violencia, como habíamos malentendido al principio.

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah, Chipulukusu, Ndola, Zambia

1.14.6 Introducciones claras y transparentes

Una pregunta que preocupa a la mayoría de los facilitadores principiantes es '¿cómo comienzo?' No existen reglas fijas, aunque es mejor comenzar toda conversación con presentarse y con explicaciones del propósito de la evaluación a los individuos o grupos. La transparencia es muy importante para un buen entendimiento. Ayuda a no generar las expectativas falsas. Siempre es mejor declarar claramente la intención y los posibles resultados.

Durante las evaluaciones participativas con los adolescentes en Zambia, el presentarse con los grupos o individuos incluían:

- introducciones por nombre (facilitadores y adolescentes)
- explicación del propósito de la evaluación; que sería algo así:

"Somos de CARE y estamos aquí para comprender los problemas e intereses de los adolescentes en esta comunidad, especialmente los problemas relacionados con la salud reproductiva y sexual. Esta semana hemos hablado con diferentes grupos de adolescentes y algunas personas mayores en esta comunidad. Primero, queremos hablar con ustedes y descubrir con qué clase de problemas se enfrentan para saber cómo CARE puede proveer apoyo en el futuro. No estamos seguros del resultado de este proceso o qué tipo de proyecto se realizará, pero si es necesario un proyecto, quisiéramos ultimarlo después de hablar de estos problemas con los adolescentes, sus padres y tutores, los miembros de CCS y el personal de las clínicas. Tendremos charlas en grupos y hablaremos con algunos de ustedes a solas. Pedimos que se sientan libres de hablar de cualquier tema e inviten a más amigos y vecinos a estos charlas. Si no desea hablar en un grupo, puede rehusarse libremente."

1.15 Reportándose a la comunidad

Una parte importante del proceso de evaluación participativa es reportarse a la comunidad, lo que incluye compartir y presentar los hallazgos de la evaluación con la comunidad. Debido a que los equipos facilitadores incluyen a algunos representantes locales, es mejor que manejen las presentaciones para sus colegas comunitarios. Este compartir información ayuda no sólo en la triangulación y verificación de resultados, sino también lleva el proceso al siguiente paso – ej., el de preparar el plan de acción de la comunidad.

Aunque es relativamente fácil manejar este proceso de reporte en una comunidad rural, puede ser necesario celebrar varias reuniones para hacer lo mismo en una comunidad urbana grande.

1.16 Preguntas frecuentes sobre el APA

1.16.1 ¿Dónde y cuántos APA?

Una de las preguntas hechas frecuentemente es si es necesario facilitar las evaluaciones participativas con el grupo meta (ej., adolescentes, mujeres y hombres en edad reproductiva o mujeres y hombres sexualmente activos) en todas las comunidades en las que el proyecto tiene planes de trabajar, o si es suficiente cubrir una ó dos zonas del área de captación.

El primer paso en un proceso participativo de desarrollo es hacer partícipe a la comunidad en la identificación de sus necesidades. Este proceso constituye un entendimiento con la comunidad y también involucra a la comunidad, como un interesado importante, en el proceso de su propio desarrollo. Los resultados de las evaluaciones participativas pueden ser similares o comunes para varias comunidades/grupos, aunque no fue el caso en Zambia (véase el cuadro siguiente), pero al no hacer una evaluación participativa con la comunidad, perdemos un primer paso importante en el proceso. Asimismo el proceso luego tiende a volverse de arriba hacia abajo e impuesto desde afuera en lugar de ser iniciado por la comunidad. El aspecto importante es establecer el entendimiento y crear el asocio y dominio de la actividad, como resultado de la evaluación participativa.

Hubo algunas diferencias que observamos en el CAP de los adolescentes, en relación con su salud reproductiva y sexual en algunas de las comunidades del área peri-urbana de Zambia. Mientras que en la mayoría de los casos encontramos un nivel relativamente alto de actividad sexual entre los adolescentes de entre los 8 y los 14 años, en un par de comunidades éste no era el caso. Lo mismo ocurrió en el caso de la edad de iniciación sexual. Esto era mayor en un par de comunidades, comparadas con las demás. Estas variaciones podrían depender de uno o todos los factores siguientes:

- diferencias en el bienestar económico y general de las comunidades;
- diferencias en el tamaño y diseño de los terrenos residenciales (mientras las casas están más cerca las unas de las otras y mientras el área está densamente poblada, hay mayor probabilidad de que los adolescentes comiencen sus actividades sexuales anticipadamente);
- diferencias en la proporción de niños y niñas que asisten a la escuela;
- diferencias en la ubicación de la comunidad – cuán cerca está del centro; y
- discriminaciones y triangulación inadecuada por parte del facilitador.

Es importante comprender estas diferencias, ya que tienen una interrelación en el diseño y actividades del proyecto que pueden darse en las comunidades.

Como una parte importante del proceso participativo, es esencial que las evaluaciones se realicen con personas locales en cada comunidad con la que el proyecto desea trabajar. Ya que los asentamientos urbanos tienden a ser grandes y extenderse, puede ser más fácil facilitar unas evaluaciones por separado en las diferentes secciones/áreas de la misma comunidad.

Las evaluaciones participativas pueden realizarse aun después de que un proyecto haya comenzado a funcionar. Sin embargo, tal paso puede tomarse solamente si el proyecto tiene flexibilidad y deseo de realizar cambios en su enfoque o planes, en caso de que los resultados de las evaluaciones participativas muestren la necesidad de dicho cambio.

1.16.2 ¿Cuánto cuesta un diagnóstico participativo?

La mayoría de los principiantes quieren saber cuánto cuesta un diagnóstico participativo para hacer las previsiones presupuestarias y disponer de los recursos necesarios para realizarlo. No es posible dar una cifra aproximada, ya que varían los contextos y condiciones; lo que puede ser un gasto necesario en un lugar puede no serlo en otro. Otras variaciones pueden deberse a la duración de la evaluación, el tamaño de la comunidad, el tamaño del equipo facilitador, etc. En muchos casos, el costo de realizar una evaluación participativa es bajo, como cuando una agencia tiene sus propios vehículos y suficiente personal. Los gastos usuales incluyen lo siguiente:

Material y útiles (detallados en la Sección 1.10);
Vehículos y gasolina;
Tiempo del personal;
Máquina fotográfica y carrete/cintas
(si se usan fotografías, diapositivas y/o video); y
Refrigerios y meriendas (si se proveen).

Los viáticos para los participantes locales también pueden incluirse, si es parte de la política local de la Oficina de País de CARE. Los costos de un consultor/capacitador también deben incluirse en la lista, en caso de que se invite a alguien a apoyar el proceso. En el siguiente cuadro se presenta el costo aproximado de realizar una evaluación participativa con los adolescentes en una comunidad de Zambia.

COSTOS APROXIMADOS DE REALIZAR UNA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA EN UNA COMUNIDAD:

Las evaluaciones participativas se realizaron durante siete días en una comunidad. Cada día se sirvieron refrigerios en la clínica, antes de que el equipo saliera al campo. También se proveyó almuerzo para todos los miembros del equipo facilitador, incluyendo los representantes locales, médicos y miembros de CCS que formaron parte del proceso para las dinámicas de grupo. También se proveyó una cuota de transporte para los facilitadores que no eran de CARE y que tenían que llegar a la comunidad. El desglose es el siguiente.

	US$
Cuota de transporte para socios	500
Refrigerios/almuerzo	440
Útiles	177
Gasolina para vehiculo	140
Total	**1257**

Los costos anteriores no incluyen el tiempo que el personal pasó en esta actividad, ni tampoco incluye el costo de contratar a un consultor que capacitó a los facilitadores, apoyó el proceso de evaluación en algunas comunidades, proveyó el apoyo para sintetizar la información y redactar los reportes y también ayudó con la iniciación de algunas actividades con los adolescentes durante la fase de implementación del proyecto.

Fuente: PALS, CARE Zambia, citado en Shah (1999)

El costo de las evaluaciones participativas debería considerarse dentro del contexto mayor de la implementación del proyecto. Aunque los procesos participativos por naturaleza precisan de una interacción intensa con la comunidad, el tiempo y recursos necesarios en las primeras etapas del proyecto tienden a dejar de funcionar al ganar ímpetu más las actividades, y la comunidad se encarga de implementarlas. Los costos de apoyo externo son bastante bajos, relativamente hablando, en las últimas etapas del proyecto. Los costos también deben evaluarse al tener en mente la sostenibilidad a largo plazo de la iniciativa propuesta. Aunque puede costar menos implementar una actividad desde arriba hacia abajo, es más probable que no sea sostenible y, lo más importante, que no tenga dominio la comunidad.

1.16.3 El diálogo cualitativo vs. cuantitativo

Otro tema que frecuentemente surge a debate es si necesitamos una evaluación participativa con la recolección de datos cuantitativos (ej., aquellos reunidos por encuestas de cuestionario). Consideramos que esto no es necesario. Aunque muchos pueden creer que no es posible reunir información cuantitativa durante un análisis cualitativo, nosotros creemos lo contrario. Es posible reunir datos cuantitativos de una forma cualitativa, tal y como fue posible al desarrollar y usar los métodos como el 'Censo Participativo de Sexo' (ver Sección 2.12 en la página 3.56) durante las evaluaciones participativas realizadas con los adolescentes en Zambia. El reto es innovar y buscar formas por medio de las cuales los participantes reúnan y analicen datos cuantificables de forma sistemática y participativa. No obstante, es importante estar consciente de este reto desde el principio y estar preparado a facilitar un análisis cuantitativo durante las evaluaciones participativas. La mayoría de los miembros comunitarios no tienen dificultad en cuantificar su análisis; en la mayoría de los casos puede realizarse fácil y rápidamente con la participación de la comunidad, comparado con las encuestas tediosas de los cuestionarios. Sin embargo, al tratar los temas delicados, como es el comportamiento sexual, y que son de naturaleza personal, se necesita cuidado con la facilitación de estos diálogos en un grupo grande. Se habla de tales temas fácilmente en los grupos pequeños o individualmente, y sólo cuando los participantes estén listos para hacerlo.

Si es necesario reunir datos cuantitativos a través de las encuestas, es mejor basar su diseño en los resultados de los diagnósticos participativos y cualitativos, lo que ayuda a asegurar que se hacen las preguntas apropiadas y que existe complementariedad de la información generada.

1.17 Algunos problemas y retos

1.17.1 De comportamiento y actitud

Es fácil aprender y comprender el uso de los métodos APA. Es más difícil desarrollar las actitudes personales y apropiadas y comportamientos necesarios para facilitar el uso de estos métodos. Para aquellos facilitadores que no tienen la habilidad y la paciencia para escuchar a la comunidad, ni tampoco el deseo de aprender de ellos, estos métodos son de poca utilidad.

A muchos facilitadores se les dificulta "pasar la batuta" (o marcadores o yeso o cualquier material que se esté usando) para permitir a la comunidad realizar su propio análisis. Es importante alejarse de ser dominante y extractivo y acercarse a permitir que la comunidad tome un rol activo en el proceso de la toma de decisiones. Comunmente este cambio de actitud es la parte más difícil. Las actitudes no pueden cambiarse en un día. Sin embargo, es importante que los facilitadores estén conscientes de cómo se comportan y se presentan (ej., el lenguaje corporal, la forma en la que hacemos preguntas, la clase de respuestas que damos, cómo escuchamos, etc.) para que puedan identificarse algunas de las actitudes negativas que se podrán revertir con el paso del tiempo.

Necesitamos recordarnos constantemente que en el APA se trata de cambios de papeles – de nuestras actitudes, de la forma con que percibimos el rol de la comunidad en su proceso de desarrollo y de cómo les permitimos encargarse de lo que hemos entendido, por mucho tiempo, como nuestro rol (Chambers, 1997).

1.17.2 Metodológico

Uno de los mayores problemas enfrentados por los facilitadores de un proceso de evaluación participativa es su indecisión de usar o no los métodos visuales de análisis. A aquellos que no han usado los métodos visuales anteriormente, se les dificulta presentarse en las charlas con la comunidad. Se sienten más cómodos quedándose con el modo verbal de análisis. Esto se debe, en parte, a la falta de confianza de ser capaces de facilitar un análisis visual y en la habilidad de los participantes de usarlos. Esta confianza viene solamente de la práctica. El único consejo que se puede dar a un principiante es que use los efectos visuales desde el comienzo.

La duda que los facilitadores tienen en la selección de métodos a usar para analizar un tema específico está relacionada con la falta de confianza con el uso de los efectos visuales. Frecuentemente los facilitadores son guiados por su 'fijación de métodos', ej., la urgencia de tratar los diferentes métodos en el campo. Este enfoque puede conllevar a la frustración cuando los métodos se usan sin ningún propósito. Los facilitadores deben aprender cómo usar los diferentes métodos como un medio y no verlos como un fin en sí mismos. El identificar los temas para análisis antes y durante las charlas con las personas locales, así como secuenciar el análisis, debería ser la consideración principal. El facilitador debería introducir un método apropiado para el análisis, solamente cuando un tema de diálogo se entiende claramente. Nuevamente, la práctica es la única forma en la que los facilitadores adquieren esta habilidad.

También es muy fácil dejarse llevar durante una evaluación participativa. Aquellos que nunca han facilitado el uso de los métodos visuales de forma participativa pueden asombrarse por la calidad de los efectos visuales y por la profundidad del análisis generado por las personas locales. Es importante recordar que el obtener un mapa grande y detallado hecho por la comunidad no es un fin; lo importante es lo que el mapa signifique para los miembros comunitarios que lo elaboraron, lo que se hace con el mapa y cómo se usará durante las siguientes etapas del proceso de evaluación.

A muchos facilitadores se les dificultó innovar y adaptar los métodos para tratar los diferentes temas y situaciones. Frecuentemente los facilitadores solamente siguen aquellos ejemplos que vieron durante su capacitación. Tuvimos que enfrentar este problema repetidamente durante las evaluaciones APA cuando, día tras día, los facilitadores usaban continuamente unos cuantos métodos de la misma forma. La aplicación innovadora de estos métodos es una habilidad que también se desarrolla con la práctica.

1.17.3 Analítico

Para el éxito de la evaluación participativa es crucial un análisis apropiado de la información (también en el monitoreo de las actividades de implementación durante la fase de implementación). El análisis debe entenderse como un proceso continuo de repasar información, clasificarla y verificarla antes de sacar cualquier conclusión. El primer nivel de análisis es con la comunidad. Frecuentemente no se sondean los resultados visuales preparados por la comunidad. Los resultados deben 'entrevistarse'. A una presentación visual se le debe seguir la polémica.

La información dada por un solo grupo o persona nunca debería considerarse la correspondiente a la comunidad de manera general. La triangulación es muy importante antes de concluir cualquier resultado.

Es importante recordar que una evaluación participativa es un proceso creciente. Los resultados de una serie de análisis deben enlazarse a los análisis realizados con anterioridad y que serán facilitados en las siguientes etapas. El rol de los facilitadores es importante durante este segundo nivel de análisis. Aunque la mayoría de los facilitadores pueden llegar a dominar el uso de los métodos en el campo y la facilitación de las evaluaciones participativas por medio de la práctica, a muchos se les dificulta analizar la gran cantidad de información que dicho proceso puede generar.

1.17.4 Relacionado con el proceso

Un grupo de niñas trabajando en un análisis visual. Zambia

Con mucha frecuencia se entiende que el APA es un sinónimo para 'rápido'. Esto es un mito; el proceso participativo toma su tiempo en desarrollarse y evolucionarse. La preparación de un ejercicio de mapeo o clasificación de modelos puede tomarle menos de una hora a la comunidad, pero solamente es un pequeño paso hacia el desarrollo de un proceso participativo.

Otra equivocación común es la de alcanzar un proceso participativo simplemente por facilitar una evaluación participativa con una comunidad. Se ha mencionado varias veces que la evaluación participativa es solamente el comienzo de un proceso participativo. El proceso está a medias si no se da la retroalimentación a la evaluación con la preparación de un plan comunitario que se implemente de forma participativa. Los métodos, como volvemos a repetir, solamente son el medio para facilitar un proceso participativo.

1.17.5 Institucional

El mayor peligro que corre el tener éxito o no con una facilitación del proceso participativo es la falta de entendimiento del apoyo que necesita dicho proceso con el transcurso del tiempo. Para apoyar un proceso participativo de desarrollo, es necesario tener el deseo y capacidad institucional para:

- ser lo suficientemente flexibles para permitir a la comunidad a fijar las prioridades de sus propias necesidades y planear su propia acción;
- tener un marco de tiempo flexible (los procesos participativos usualmente toman más tiempo para comenzar);
- tener acceso a un financiamiento flexible (el plan de financiamiento usualmente ya está decidido mucho antes de que los primeros diálogos se hagan con la comunidad, lo que puede no corresponder con los planes y prioridades de la comunidad);
- poder apoyar el proceso iniciado con la comunidad (especialmente al momento que la evaluación se traduce a la preparación de los planes y su implementación), y
- poder negociar con los donantes para obtener el apoyo para el proceso.

Las evaluaciones participativas no deberían iniciarse si no se ha asegurado lo anterior.

Durante los últimos años se ha generado mucho interés el utilizar el APA dentro del desarrollo comunitario. Aunque esto crea la posibilidad de mejorar en gran medida la forma en que los proyectos de desarrollo son diseñados e implementados, existe un peligro implícito. Se ha vuelto muy de moda poder decir 'usamos el APA', y los donantes están colocando el uso de APA como una condición para el financiamiento. En la búsqueda de poder unirse a los ganadores, se entrega mucho trabajo de mala calidad como trabajo APA. Para muchas evaluaciones participativas nunca se hace la retroalimentación ni se traducen a acción; tampoco se siguen por la planeación e implementación convencionales de arriba hacia abajo y las actividades de desarrollo. El reto yace en asegurar una comprensión apropiada del proceso y su implementación.

CARE siempre ha mantenido un grado de excelencia en la programación, por lo que le beneficia al personal de campo de CARE practicar las metodologías participativas con integridad.

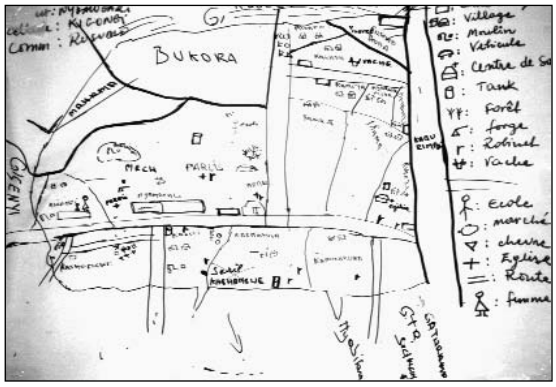
CAPÍTULO 2

GUÍA PASO A PASO HACIA LAS HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS POPULARES DEL APA[20]

Meera Kaul Shah

Este capítulo enumera y describe algunas de las herramientas/métodos principales que pueden usarse durante las evaluaciones participativas en la salud reproductiva[21]. Cada uno de los métodos se describe aquí, junto con algunos consejos, cómo facilitar su uso en el campo y el material necesario. Los ejemplos dados son muestras de las formas en las que la herramienta puede adaptarse y usarse en diferentes contextos[22]. Vale la pena recordar que las herramientas son un medio de análisis y no un fin en sí. Es importante tener claro cuál es tema que se analiza y, por consiguiente, seleccionar una herramienta, en lugar de hacerlo al revés.

2.1 Mapas sociales



Un mapa de Rusumo, de la prefectura de Kibungo hecho por un grupo de hombres de la comunidad. Rwanda

Un mapa social es una presentación visual del área residencial. Provee un límite del poblado, la infraestructura social (carreteras, suministros de agua, escuelas, zonas de recreo, iglesias, clínicas y otros lugares públicos) y el patrón de vivienda – con todas las casas en el área delineadas en el mapa.

Éste es uno de los métodos más fáciles de utilizar y puede ser introducido en las primeras etapas de la interacción con la comunidad. El mapeo genera mucho entusiasmo entre las personas locales y sirve como buen 'rompehielos'.

Los mapas se preparan mejor en el suelo, y se usa cualquier material disponible localmente (palos, hojas, semillas, frijoles, piedras, etc. o simplemente dibujar en la tierra con un palo)[23]. Es mejor copiar el mapa cuidadosamente en un papel tan pronto como esté en el suelo. El tener una copia en el papel asegura que se conserva, y puede usarse para el análisis y referencia en las etapas posteriores.

Prefectura de Kibungo, Ruanda. Una joven dibuja su mapa comunitario mientras los demás ven cómo lo hace.

Como con cualquier método visual de análisis, debería haber un diálogo de avivamiento sobre el poblado, el área, infraestructura y servicios disponibles antes de que se pida a los participantes presentar la información en forma de mapa. El mapeo, como la mayoría de los métodos participativos, se realiza mejor en grupo que individualmente.

PASOS

1. Seleccionar un espacio abierto donde pueda prepararse el mapa en el suelo.
2. Pedir a las personas locales preparar una presentación visual de su poblado que puede ayudarnos a comprender su comunidad.
3. Pedir al grupo mostrar todas las características del poblado.
4. Dejar al grupo preparar el mapa y observar el proceso.
5. Pueden usarse etiquetas o símbolos para identificar diferentes servicios, características o infraestructura (permita a los participantes seleccionar los símbolos)
6. Cualquier información adicional de que deseen hablar los facilitadores debería presentarse solamente al final, luego de que los grupos hayan terminado de preparar su mapa.
7. Una vez que el mapa esté listo, 'entreviste el resultado' al hacer preguntas.

Los mapas sociales pueden guiarnos a dialogar sobre la diversidad dentro del área y las diferencias entre las diferentes partes del poblado. Algunas veces se puede presentar en las charlas algunos conflictos sociales, económicos o políticos dentro de la comunidad, para hablar de las soluciones posibles.

Durante las evaluaciones participativas con los adolescentes en las comunidades urbanas de Zambia, tuvimos que utilizar el mapeo social por etapas y secuencias. El primer día, cuando tuvimos una sesión de interrogación en la clínica, se pidió a los miembros CCS y a los médicos que participban en las evaluaciones que prepararan un mapa de la comunidad. Debido a que las comunidades son muy grandes, era importante dividirlo por zonas para poder captar las divisiones naturales y de diversidad dentro de ella. Esto también ayudó a verificar que no dejamos fuera ningún área durante la evaluación. Los miembros CCS, quienes son residentes locales, decidieron la base sobre la que harían estas divisiones. Usualmente los criterios incluían – densidad poblacional, tipo de vivienda, tamaño de los terrenos, acceso a servicios, percepciones de bienestar relativo, etc.

Ya que los primeros mapas sociales cubrían un área grande, no fue factible tener todos los hogares delineados en esta etapa. Una vez que se identificaron las diferentes zonas, los facilitadores se dividieron en pequeños equipos y se les asignaron zonas separadas de trabajo. Una vez que el equipo pequeño comenzó a trabajar en una zona, se preparó un mapa detallado de la zona con los residentes. La mayoría incluyeron una representación visual de todos los hogares en el área. Usualmente éstos eran preparados por grupos de adolescentes, pero hubo algunas veces que comenzamos el ejercicio de mapeo con un grupo de adultos. En ambos casos, se comprobó que ésta era una forma excelente de presentarnos a la comunidad y de crear el entendimiento entre ambos.

Los residentes locales, que usaban sus propios criterios, también dividieron los mapas de las zonas sociales por vecindario. Cuando trabajamos con los adolescentes en varios de estos vecindarios, se delineó la información social detallada en el mapa por zona o se preparó un mapa separado de vecindario. En estos mapas también se presentaron detalles demográficos (véase Mapeo de Censo en la siguiente sección).

Estos mapas detallados fueron materiales de referencia útiles, ya que ayudaron a comprender la diversidad que existe en una comunidad. Fueron de gran ayuda y uso en las etapas subsiguientes de las evaluaciones.

Es importante mencionar que probablemente el mapeo es la técnica visual más fácil que puede usarse con las personas locales. Aquellos quienes la usan por primera vez siempre se asombran de la profundidad de análisis y la facilidad con la que la comunidad local la lleva a cabo. Por lo tanto es importante no dejarse llevar por los primeros mapas – es solamente el inicio. El mapeo participativo debe ser usado como un medio para mayor análisis y no como un fin en sí.

2.2 Mapeo de censo

Como el nombre lo da a entender, ésta es una herramienta cuantitativa que se usa en el proceso de evaluación (o monitoreo) cualitativa. El mapeo de censo se usa para unir fácilmente la información cuantificable sobre el poblado. La información del hogar, como el número de adultos (hombres y mujeres), número de niños (niños y niñas), educación y alfabetización, empleo, propiedad de recursos, problemas de salud (ej., incidencia de malaria o tuberculosis), uso de contraceptivos, etc. pueden ser analizados por medio de este método.

El mapeo de censo puede realizarse de dos formas:

1. por medio de tarjetas y

2. por medio de un mapa social.

Usando tarjetas

En este caso, se prepara una tarjeta por hogar. Cada tarjeta tiene un número o nombre que identifica al hogar que representa. En esta tarjeta se completa toda la información correspondiente al hogar, lo que puede hacerse al usar los símbolos o colores para diferentes variables (ej., puntos rojos por niñas, verdes por niños, etc.) o al escribir en la tarjeta [24].

Usando el mapa social

Debido a que el mapa social muestra todos los hogares que viven en un área, es muy fácil llenar la información de censo para cada uno de los hogares en el mapa. Esto es un método relativamente sencillo, y es posible preparar en poco tiempo una base de datos básica y demográfica para el poblado.

PASOS

1. Comience con una charla sobre la necesidad de reunir información cuantitativa del área.
2. Decida si el censo se realizará por el método de tarjeta o el mapa social.
3. Pida al equipo a preparar una lista de hogares. Puede escribirse en la tarjeta el número o nombre de un representante para cada uno de los hogares, o bien en los mapas delineados. Esto facilita la identificación de los hogares para referencia.
4. El grupo decide seleccionar las variables a tomar en cuenta. Para comenzar, el facilitador puede dar un ejemplo de población humana, pero permite a los participantes seleccionar las otras variables. En el caso de que el facilitador tenga en mente un tema específico, que no ha incluido al grupo, puede presentarse al final, luego de que el grupo haya terminado su análisis.
5. Por cada indicador, se escribe o coloca la información cuantificada sobre el hogar delineado en el mapa.
6. Al final, pida al grupo agregar la información para todas las variables. También se puede realizar un análisis sencillo con el mismo grupo.

Durante las evaluaciones realizadas con los adolescentes en Zambia fue más fácil usar los mapas sociales para llevar a cabo el censo. Debido a que los mapas sociales fueron unos de los primeros resultados visuales a prepararse en la comunidad, fue fácil continuar usándolos para un análisis mayor. Usualmente se reunió la siguiente información:

- detalles demográficos, incluyendo el número de adolescentes por género y
- asistencia a la escuela por parte de los adolescentes.

Debido a que las comunidades en Lusaka (y poblados urbanos en general) son muy grandes, no es posible realizar el censo para la comunidad completa en un solo intento. El mapeo de censo fue posible solamente a nivel de vecindario y consideraba 50-100 hogares cada vez.

El mapa social que tiene información de censo fue muy útil para realizar una clasificación de riqueza/bienestar de hogares durante las evaluaciones (se hablará del mismo posteriormente). Esto también proveyó una buena base para seleccionar muestras para la encuesta de cuestionario, la cual se realizó en algunas de las comunidades al final de las evaluaciones participativas.

> Tuvimos una conversación con un grupo de niñas que habían completado el análisis de censo para su vecindario. En medio de las risas y chistes, casualmente preguntamos si ellas habrían podido identificar a todos los niños y niñas sexualmente activos en el mapa social si ellas solamente hubieran usado el ejercicio de censo. Pronto, se estiró el mapa (que había sido preparado en papel) y lo pusieron en medio del grupo y a todos los adolescentes marcados en el mapa se les puso puntos de color para mostrar quiénes eran sexualmente activos!
>
> Aunque a este grupo no se le dificultó realizar este análisis, consideramos que dicha información es delicada y podría ser que quienes no estuvieran presentes para el diálogo no aprobaran que se hable de y se analice en público su comportamiento sexual. Por lo tanto, no usamos ese resultado para las charlas posteriores ni tratamos de hacer el mismo análisis en otros lugares.

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah, Dambwa, Livingstone, Zambia

2.3 Caminatas transversales

Una caminata transversal es una caminata estructurada en un área. Esta caminata se realiza mejor con un grupo de personas locales que viven allí y conocen bien el área. Estas personas locales deberían actuar como guías para la caminata y mostrar y hablar de toda la diversidad que existe en el área.

Puede usarse un mapa del área, si es que se ha preparado, para decidir cuál será la ruta de la caminata.

La caminata transversal debería usarse como una oportunidad para reunirse con diferentes personas en el camino y para parar a charlar con ellos. Es importante ser observador en esta caminata y hacer preguntas de sondeo. También es bueno preguntar a los guías qué es lo que les gustaría mostrar.

Es útil volver a visitar el mapa social (si se ha preparado antes) luego de una caminata, para ver si se pueden agregar más detalles. Si el mapa no fue preparado antes de la caminata, puede preparase después por los guías locales que participaron en la caminata.

Durante las caminatas con los adolescentes en Zambia, nos enfocamos en lo siguiente:

- áreas de aprendizaje frecuentadas por los adolescentes y sus lugares de reunión;
- usarla como una oportunidad de reunirnos con más adolescentes e invitarlos a las charlas;
- usarla como una oportunidad de presentarnos a las diferentes secciones de la comunidad (reunirnos con los padres, tutores, líderes de opinión y otras personas mayores para explicarles el propósito de la evaluación);
- visitar tiendas de video, bares, tabernas, mercados y otros lugares donde encontráramos adolescentes con quiénes conversar; y
- observar las actividades de los adolescentes.

2.4 Clasificación de riqueza y bienestar

La clasificación de riqueza y bienestar es un método utilizado para analizar las formas en las que una comunidad identifica las diferencias y divisiones entre sus miembros. Usualmente este análisis identifica las diferentes categorías de hogares dentro de una comunidad y también puede usarse para clasificar a las presonas de un grupo.

La clasificación de riqueza y bienestar puede ser un análisis relativamente difícil de facilitar en la comunidad. Las personas pueden sospechar sobre el propósito del análisis. También pueden dudar sobre hablar en público de la información individual o de hogar. Se precisan de habilidades sensibles de facilitación, ya que el análisis es de la información individual y personal. Es mejor presentar este tema en las últimas etapas de la evaluación, luego de haber establecido un entendimiento con la comunidad. Haga este análisis solamente si los miembros comunitarios se sienten bien de realizarlo. No imponga. Es importante también ser observador del proceso y seguir el diálogo mientras se realice el análisis. Debe tenerse cuidado de que no existan ningunos prejuicios individuales que influyan en la clasificación. Este análisis se realiza mejor en grupo, para que el facilitador pueda seguir la charla y diálogo entre los participantes.

Al arribar a Lubuto para el tercer día de la evaluación con los adolescentes, se nos pidió que nos presentáramos inmediatamente en la comisaría de policía. Todo el equipo de facilitadores llegamos a la comisaría en la comunidad, tomados por sorpresa y preguntándonos por qué nos habían citado.

Posando para una fotografía fuera de la estación de policías. Lubuto, Ndola, Zambia

Encontramos a una mujer molesta y su hija, así como algunos hombres, enojados, de la comunidad, quienes nos estaban esperando. Pronto supimos que estos hombres se habían enterado de que esta niña, junto con otros adolescentes, había participado el día anterior en el análisis de clasificación de riqueza. Sin comprender el propósito de dicho análisis, los hombres estaban enfurecidos. El asunto había sido denunciado a la policía y tenían a la niña en la comisaría para interrogarla.

Se tardó un tiempo explicar el propósito de lo que hacíamos y mostrar los resultados visuales a todas las personas presentes en la comisaría de policía. Cuando estuvo satisfecho, un policía de guardia dijo: "Bueno, están haciendo un buen trabajo para nuestros hijos. Se lo agradecemos. Pero deberían entrar en la comunidad a través de las vías apropiadas. Si yo los hubiera conocido el primer día, habría podido explicar todo a los residentes". ¡Nos habíamos encontrado con un aliado!

Antes de comenzar a trabajar en cualquier comunidad, habíamos informado y pedido permiso de la clínica local y del comité comunitario de salud (que incluía a los representantes de los residentes) Habíamos hecho lo mismo en este caso. ¡Nunca se nos ocurrió que sería necesario pedir permiso a la policía!

Los residentes nos explicaron que en el área habían presenciado unos robos armados y habían supuesto que éramos parte de la pandilla y les pedíamos a sus hijos información para volver a robar.

Una hora después de nuestro arribo a la comisaria de policía, recibimos una invitación para volver a visitar el área. Los hombres, junto con nuestro nuevo amigo policía, posaron para tomarse fotografías con nosotros fuera de la comisaria.

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah y Roy Mwilu, Lubuto, Ndola, Zambia

Existen dos formas diferentes en las que se puede enfocar este análisis. Podemos comenzar por pedir al grupo que explique los criterios que tomaron como base para diferenciar los hogares, los que se puede reunir en una lista. Luego, se les puede pedir que usen los criterios para decidir en cuántas categorías quieren dividir los hogares. Pídales describir cada una de las categorías. Entonces, pueden proceder a la clasificación de todos los hogares.

En otro caso, es posible comenzar con la clasificación y, una vez que se haya completado el análisis, se puede pedir al grupo que describa los criterios que tomaron como base para diferenciar las categorías.

Esta clasificación de hogares puede basarse en el bienestar económico relativo del hogar (llamado clasificación de riqueza) o puede tener criterios más amplios para analizar el bienestar relativo del hogar (que incluye menos aspectos tangibles, como los problemas, acceso a servicios, etc.). El análisis del bienestar también puede incluir la riqueza como uno de los criterios, al enfocar otros criterios (ej., social) que contribuyen al bienestar general del hogar. En algunos casos, la clasificación se hace por medio de unas categorías como hogares 'felices' y 'desdichados'.

Esta clasificación de hogares provee una percepción de las formas en las que la comunidad comprende y ve las diferencias dentro de la misma. También provee una idea de todos los diferentes grupos de hogares que deben considerarse para involucrarlos en el proceso de evaluación. Esta clasificación también es útil como una técnica de muestreo deliberado, ya que ayuda a identificar las diferentes categorías de hogares en una comunidad con que se puede entablar una charla por separado sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

La clasificación de hogares puede realizarse por medio de uno de los siguientes métodos:

Método de clasificación de tarjetas

En este caso, se usa una tarjeta para cada hogar. Un nombre o número en la tarjeta identifica a cada hogar. Si ya se realizó el mapeo de censo por medio del método de tarjetas, pueden usarse las mismas tarjetas para la clasificación de la riqueza. Se pide al grupo clasificar las tarjetas en las diferentes categorías.

Uso del mapa social

Si está disponible un mapa social de la comunidad, éste puede usarse para marcar las categorías en cada uno de los hogares delineados en el mapa. Se puede usar símbolos o números para identificar las categorías. A continuación se encuentra un ejemplo de la clasificación de bienestar realizada por un grupo de niños en Chipulukusu, Ndola, Zambia (Shah, 1997):

> Un grupo de niños preparó un mapa social del vecindario. Se mostraró un total de 101 hogares en el mapa. Al haber preparado el mapa social, realizaron el censo humano y agregaron esta información en cada hogar. Luego les preguntamos si era posible clasificar los hogares en este vecindario por grupos separados. Ellos dieron cuatro categorías:
>
> Categoría 1 – los más pobres
>
> Categoría 2 – los pobres
>
> Categoría 3 – Efilyako (en mejores condiciones)
>
> Categoría 4 – Abaikala Bwino ('algunos de nosotros' – los pocos en condiciones mucho mejores)

Se pidió al mismo grupo de niños que hicieran una lista de los criterios que usaron como base para decidir sobre estas categorías e indicaron los siguientes:

Categoría 1 – los más pobres

- Los techos están hechos de cartón o plástico
- Las personas visten harapos y usan sacos como sábanas
- Comen una vez al día o piden alimentos
- Sus hijos asisten a la escuela de alfabetización puesta en marcha por los católicos, donde la educación es gratuita
- Tienen mala higiene
- Los más pobres están tan hambrientos que no tienen el ánimo para barrer y limpiar sus alrededores.
- Usualmente están abandonados y viven aislados del resto de la comunidad
- Esta categoría incluye a los minusválidos, los de edad mayor o huérfanos que han perdido a uno o ambos padres (y son cuidados por los padres adoptivos quienes los descuidan o tratan mal)
- Algunos hogares son mantenidos por los niños

Un hombre comentó: "Los más pobres usualmente dependen de los funerales". Él explicó que el área tiene una alta tasa de mortalidad y casi cada día hay un funeral. Las personas más pobres asisten a cada uno de los funerales y van de funeral en funeral para obtener algo para comer.

Fuente: Notas de campo de Mary Simasiku, Chipulukusu, Ndola, Zambia.

Categoría 2 – los pobres

- Tienen áreas de donde obtienen alimentos, según la época.
- Algunas veces trabajan para los programas de 'alimentos por trabajo', como PUSH
- Piden alimentos de los vecinos
- Los esposos no trabajan
- Los hogares están parcialmente techados con planchas de Korrie[25] y en parte con cartón
- Las mujeres se prostituyen mientras los hombres roban para obtener dinero
- Dependen de una dieta vegetariana sin aceite ni tomate
- Esta categoría está comprendida principalmente de viudas, o de hogares donde los esposos no trabajan y la esposa tiene un pequeño negocio. Sin embargo, el poco dinero que ella gana lo toma el esposo y lo usa para comprar cerveza

Categoría 3 – en mejores condiciones

- Tienen dinero para comer carne o pollo una vez al mes
- Las casas están bien techadas con planchas de hierro o korrie, pero algunas veces se filtra agua
- Se visten bien
- Tienen sábanas y camas
- Tienen muebles y alfombras
- Tienen televisores blanco y negro y grabadoras de radio-cassette de baterías
- Sus hijos van a las escuelas del gobierno

Categoría 4 – algunos de nosotros

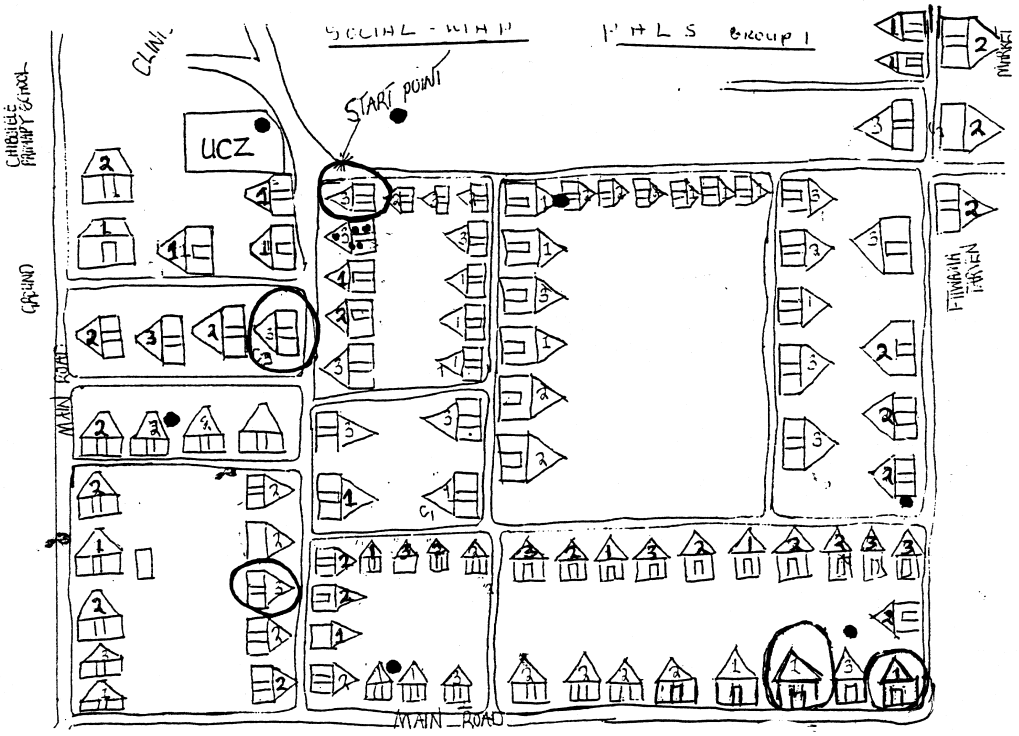
- Son propietarios de un bar
- Las casas están bien cercadas
- Tienen televisores de color y ventiladores que son operados por generadores
- Trabajan para las grandes compañías como ZESCO
- Sus hijos van a las escuelas donde las cuotas son altas (escuelas privadas como Escuelas Modernas)
- Se visten de una forma aceptable
- Son propietarios de dos casas, algunas las rentan
- Contratan a personas para trabajar en sus campos
- Tienen molinos, salones de reuniones, barberías o autobuses pequeños
- Pueden pagar taxis
- Pueden pagar costos funerarios

Luego de haber hecho la lista de los criterios para la selección de hogares, el grupo clasificó los hogares mostrados en el mapa social para su grupo. Agregaron la información de este análisis de la siguiente form:

CATEGORÍA	NÚMERO DE HOGARES
Más pobres	17
Pobres	53
En mejores condiciones	17
En condiciones mucho mejores - algunos de nosotros	14
Número total de hogares en el mapa social	**101**

A continuación se encuentra una copia del mapa social que se utilizó para realizar el análisis de bienestar con un grupo de niñas en Mandevu, Lusaka.

CLASIFICACIÓN DEL BIENESTAR POR MEDIO DEL MAPEO SOCIAL MANDEVU PREPARADO POR UN GRUPO DE NIÑAS



Clave

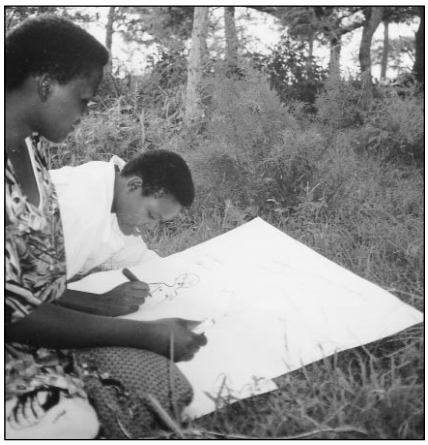
- Grifo de agua
- Hogar donde la mujer es la encargada del hogar
- Curandero tradicional
- El número indica la categoría de bienestar (de 1 a 3)

2.5 Mapas corporales

La técnica de mapeo corporal se usó bastante durante las evaluaciones participativas realizadas con los adolescentes en Zambia. Esta herramienta es muy útil para comprender el nivel de conocimiento y el tipo de información que tienen las personas y grupos acerca del sistema reproductivo humano. Este método de diagramación exige que los participantes dibujen mapas de los cuerpos masculinos y femeninos, con énfasis en el detalle del sistema reproductivo respectivo y cómo funciona. Lo mismo puede usarse para que los participantes marquen lo que consideran las zonas erógenas masculinas y femeninas.

Las niñas en edad escolar usaron un pizarrón para dibujar los mapas corporales en Chawama, Zambia.

Con una presentación visual como el mapa corporal, es muy fácil enfocar el diálogo en el entendimiento del grupo sobre el sistema reproductivo y encontrar si existen brechas en su conocimiento y si la información que tienen está de alguna forma distorsionada.



Las jóvenes en Kibango (Ruanda) dibujan los mapas corporales.

La mejor forma para realizar estos mapas corporales es en grupos separados por género, con 4 a 7 participantes. Los mapas corporales pueden preparase en papelógrafos o en el suelo con yeso. A continuación se encuentran dos ejemplos de mapas corporales.

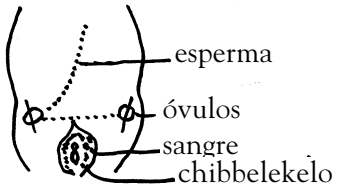
UNA MUJER EMBARAZADA

dibuajdo por un grupo de niñas de 13 años (quienes no van a la escuela). Kanyama

Nota: Se muestra el feto como un bebé en vestido y ¡peinado también! Cuando preguntamos qué era lo que llevaba esta mujer en la mano, se nos dijo: "Su cartera y una canasta de frutas. Una mujer embarazada tiene que comer mucha fruta".

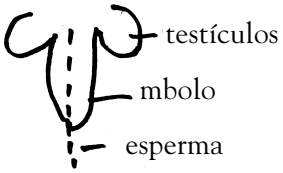
Mapeo corporal dibujado por un grupo de niñas en la edad escolar. Chawama.

SISTEMA REPRODUCTIVO FEMENINO



Nota: las niñas explicaron que el esperma fluye desde arriba del cuerpo ("de alguna parte") hacia un testículo y luego al otro testículo.

SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO



2.6 Diagramas de Venn

También se conocen por el nombre de Diagramas de Chapati debido a los recortes circulares de papel usados en este análisis. Este método se usa principalmente para el análisis institucional. Los diagramas de Venn ayudan a comprender el rol que desempeñan las diferentes instituciones (grupos formales o informales o individuos claves)) en una comunidad. Es posible analizar la relación entre estas instituciones, cuán importantes son en la vida de las personas y cómo perciben las personas su relación con esas instituciones.

La mejor forma de usar este método es con un grupo en lugar de con individuos, ya que la charla y el diálogo que acompañan el análisis es tan importante como el resultado visual final.

Un círculo grande representa la comunidad, y se pueden colocar otros círculos, que representan una institución cada uno, alrededor o dentro del círculo principal. El tamaño de estos círculos representa su importancia para la comunidad (mientras más grande sea el círculo, más importante es la institución). Pueden usarse los diferentes colores para mostrar las relaciones negativas y positivas que la comunidad tiene con estas instituciones y su colocación representa cuán cercana siente la comunidad a estas instituciones. Las instituciones ubicadas dentro de los círculos son instituciones con las que las personas se sienten cercanas. La distancia entre los círculos representa los enlaces que pueden tener entre sí. Los círculos que se rebasan muestran un enlace estrecho entre ellos.

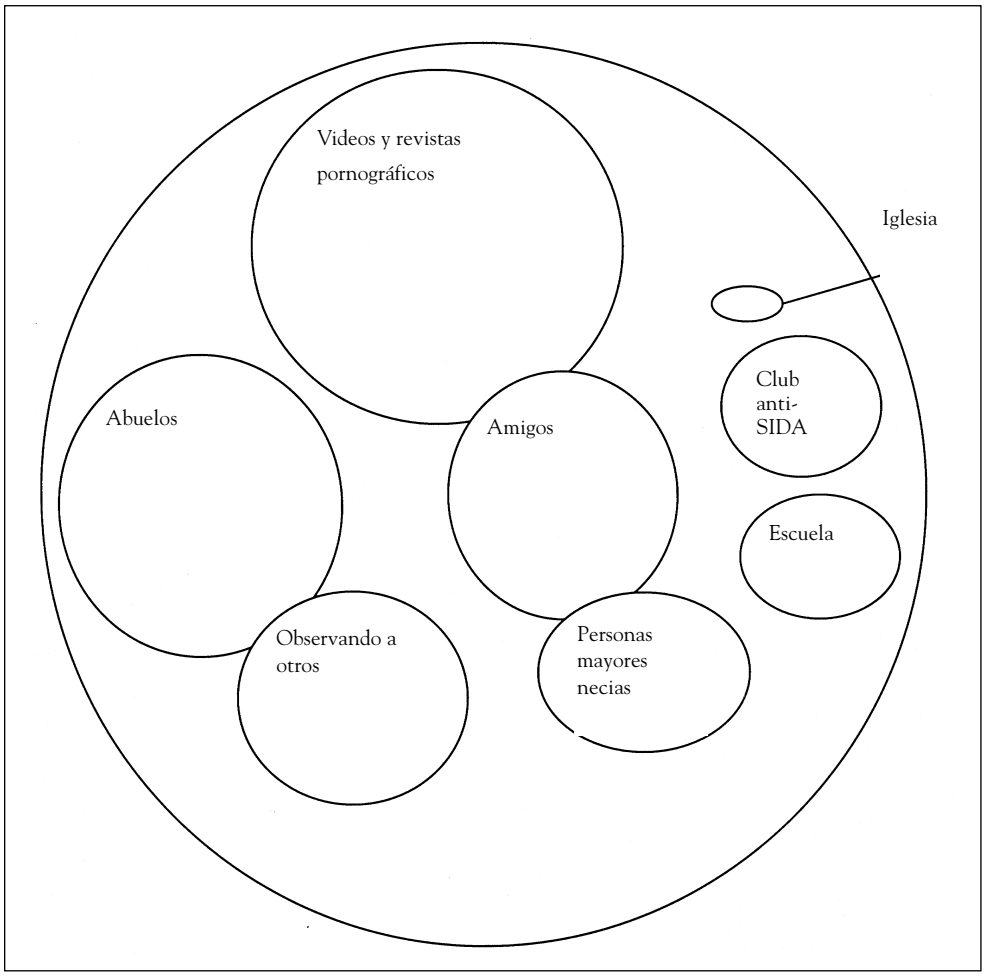
Es importante recordar al grupo que esto no es un mapa físico de las instituciones, el cual mostraría su ubicación, sino que es un mapa de percepciones sobre el rol que desempeñan estas instituciones en sus vidas y no muestra si estas instituciones están dentro o fuera del área, y tampoco muestra el tamaño físico de la institución. Este análisis debería incluir todas las instituciones con las que la comunidad tiene enlaces y puede incluir aquellas que están ubicadas físicamente fuera del área (ej., jefe de la comunidad que reside fuera de la comunidad o una clínica ubicada a tres kilómetros).

Los efectos visuales también pueden usarse para hablar de los posibles conflictos entre las instituciones y el grado de contacto. También podemos incluir las instituciones que son nuevas y antiguas, así como aquellas que son funcionales y las que no lo son.

Normalmente estos efectos visuales son preparados en un papelógrafo, con los recortes de papel para las diferentes instituciones. Es útil llevar los papelógrafos o tarjetas (por lo menos dos colores), tijeras, marcadores y goma o cinta adhesiva. Estos efectos visuales también pueden prepararse en el suelo con yeso de diferentes colores.

Una de los principales usos de este método durante las evaluaciones participativas con los adolescentes en Zambia era el de analizar los principales recursos de su información sobre la salud sexual y reproductiva. El siguiente ejemplo ilustra este uso.

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE EL SEXO Y REPRODUCCION PARA LOS ADOLESCENTES



ANALIZADO POR UN GRUPO DE NIÑOS DE KANYAMA, LUSAKA

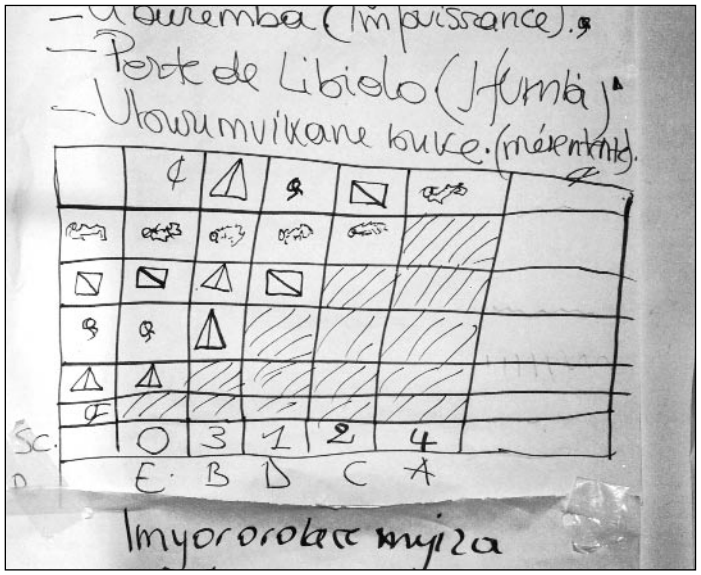
Del análisis anterior obtuvimos la siguiente clasificación de las diferentes fuentes de información, de acuerdo a su importancia para este grupo de adolescentes:

1. Videos y revistas pornográficos
2. Abuelos
3. Amigos
4. Observando a otros
5. Personas mayores necias
6. Club anti-SIDA
7. Escuela
8. Iglesia

Se explicó que las personas mayores necias son aquellas que se emborrachan y luego insisten en hablar sobre el sexo con los niños. Ellos mencionaron que los adolescentes sí obtienen algo de información de la iglesia, pero más que todo se trata de abstenerse de las relaciones sexuales antes del casamiento, en lugar de obtener información sobre el sexo y la reproducción.

2.7 Clasificación y punteo

Esta técnica se usa más para analizar el proceso de preferencias, prevalencia y toma de decisiones. Se puede usar la clasificación y punteo en cualquier situación en donde se deba sopesar las diferentes opiniones contra los diferentes criterios. Esta técnica ayuda a analizar las diferentes opciones disponibles o consideradas bajo un tema en particular, los criterios que fueron la base para que los individuos o grupo los evaluaran, cómo cada una de estas opciones sale al comparar los criterios seleccionados y la elección final de los participantes.



Un ejericio de clasificación por pares donde los hombres optaron por usar símbolos en lugar de rotular los problemas en Ki-Rawanda, Ruanda.

La técnica de clasificación y punteo no sólo ayuda a comprender las diferentes opciones disponibles para los individuos o grupos en un tema en particular, sino que también ayuda a producir los criterios que son la base para la toma de decisiones. Conjuntamente, éstos ayudan en la determinación de los elementos importantes para la acción y decisiones futuras.

Esta técnica es particularmente útil para analizar el comportamiento sexual y las actitudes, que incluye los temas como:

- ~ preferencia de pareja sexual;
- ~ preferencia de contraceptivo y prevalencia de su uso;
- ~ prevalencia de diferentes ITS;
- ~ diferencias de género en el comportamiento sexual;
- ~ diferencias del comportamiento sexual de acuerdo a los grupos de edad;
- ~ niveles de actividad sexual entre los diferentes grupos de hombres y mujeres;
- ~ análisis de problemas enfrentados por los grupos; y
- ~ fuentes de información

La mejor forma de realizar este análisis es en un grupo. El diálogo entre los participantes es lo que pone en claro el por qué se evalúa de cierta manera las opciones que tienen.

Esta técnica puede usarse de diferentes formas, desde una simple clasificación o punteo de varias opciones disponibles hasta un modelo más complejo del análisis de clasificación y punteo que evalúa todas las opciones disponibles comparado con cada uno de los criterios seleccionados. Es mejor dejar a los participantes la elección de si usar la clasificación o el punteo. Al principio, esto puede parecer difícil, más que todo debido a nuestra propia indecisión (del facilitador), pero es muy fácil hacerlo al ir aprendiendo con la práctica. La mejor forma de manejarlo es pedirles a los participantes que decidan la forma con la que quieren analizar las diferencias entre las opciones. El facilitador puede ayudar al sugerir el uso de los contadores (piedras, semillas, frijoles, etc.) para enumerar la diferencia.

También podemos utilizar la técnica de clasificación "por pares," la cual evalúa las opciones al considerar dos a la vez.

A continuación se describen cada una de estos usos.

Clasificación

La clasificación es un método relativamente directo, por medio del cual se evalúan y clasifican las opciones en una secuencia.

PASOS

1. Comience con una charla sobre el tema seleccionado (ej., uso de diferentes tipos de contraceptivos).
2. Una vez que los participantes hayan mencionado algunas de las opciones disponibles, pídales preparar una lista de todas las opciones posibles. Esta lista puede prepararse en el suelo con yeso y símbolos o escribirse en unos pedazos de papel colocados en el suelo. También es posible usar un papelógrafo para preparar estos medios visuales con los grupos alfabetas.
3. Una vez que esté completa la lista, pida a los participantes que seleccionen la opción preferida. A ésa se puede clasificar con el número uno. La que le sigue podría clasificarse con el número dos, y así sucesivamente, hasta que se acabe la lista.
4. El rol del facilitador es importante para iniciar el diálogo y para explicar la técnica. Una vez que los participantes comiencen el análisis, es mejor que el facilitador sea observador y no interfiera en el análisis.
5. Una vez que se haya completado la clasificación, pida a los participantes que expliquen las razones de sus preferencias.

A continuación se encuentra un ejemplo de un análisis de clasificación realizado por un grupo de niños. Comenzamos con una charla de grupo focal sobre si percibían diferencias en el riesgo de contraer las ITS entre niños. Cuando comenzaron a mencionar las diferentes categorías de niños y cómo diferenciaban su comportamiento y actitudes sexuales, se les pidió hacer una lista en un papelógrafo. Cuando se había terminado con la lista entera, les pedimos que clasificaran las diferentes categorías de acuerdo al riesgo que tenían.

CLASIFICACIÓN DE DIFERENTES CATEGORÍAS DE NIÑOS DE ACUERDO A SU RIESGO DE CONTRAER LAS ITS

(Preparado por un grupo de niños en Lubuto, Ndola)

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DE TENER UNA ITS (1+ MAYOR RIESGO)	DIFERENTES CATEGORÍAS DE NIÑOS EN LA COMUNIDAD**
1	***Yoos*** – aquellos que visten ropa grande a la moda y les gusta la música. Se mueven en grupos y usan cuchillos. También usan aretes.
5	***Personas de la raza negra*** – No temen a nadie, solamente a Dios y sólo Dios los puede juzgar. Se visten con elegancia. No buscan a niñas porque son homosexuales.
3	***Gángsteres*** – Son hermanos 'pequeños' de las personas de raza negra. Se mueven en grupos y tienen un líder de la pandilla conocido como 'Stalin'. Los miembros de este grupo cargan armas como cuchillos. Usualmente comparten a sus novias – hasta nueve de ellos podrían turnarse para tener sexo con una niña. Quedaría a discreción de la niña tener un horario para cada uno de ellos para que los demás no se molesten.
4	***PLO (Posse Lazy)*** – se visten con ropa bonita pero no tienen dinero. Vienen de familias pobres y les gusta tener amigos de familias ricas. Para tener ropa, hacen trabajo a destajo y se gastan todo lo que ganan en ropa y cerveza.
2	***Rasta*** – Fuman "marijuana", escuchan música de origen jamaiquino y son vegetarianos. A las niñas no les gustan los rastas porque son sucios, son esclavos y caminan hacia la ciudad.
6	***Muchachos de hogar*** – son niños normales, van algunas veces a la iglesia y algunos tienen novias.

*** NOTA: La terminología y lenguaje presentado es la misma que usan los adolescentes que realizaron este análisis. Tómese nota de que algunos de los términos utilizados por los adolescentes no tienen el mismo significado como lo entendido en general.

El análisis anterior muestra cómo se clasifican los niños a ellos mismos por diferentes grupos. No perciben que los 'muchachos de hogar' ni los 'de raza negra' estén en riesgo de contraer las ITS. Creen que los homosexuales y los que tienen algunas novias están relativamente a salvo de las ITS.

Punteo

El punteo es otra forma por medio de la cual se pueden evaluar las diferentes opciones. En este caso, el analista da un punteo para cada una de las opciones, en lugar de hacer una clasificación directa. El punteo provee un análisis más a fondo, comparado con la clasificación simple. Aunque el punteo no da una clasificación global, da valor a las diferencias. Los contadores pueden usarse para evaluar, cuantificablemente, las diferencias entre las diferentes opciones.

A continuación se encuentra un ejemplo del uso de la técnica de punteo fijo. En este caso, el grupo decidió dar punteos de un máximo fijo de 100 para analizar la prevalencia de las relaciones sexuales entre los parientes. Como en la clasificación, el punteo también comienza con la preparación de una lista de opciones (en el siguiente ejemplo se encuentra una lista de diferentes conjuntos de parientes que podrían estar implicados con las relaciones sexuales), seguidos del punteo dado a cada opción, para analizar su preferencia, prevalencia, etc.

PUNTEO PARA DIFERENTES RELACIONES DE ACUERDO A LA PREVALENCIA DE RELACIONES SEXUALES ENTRE ELLOS

Preparado por un grupo heterogéneo de niñas y niños en Chipulukusu, Ndola (Shah, 1997)

	PUNTEO FIJO DE 100 QUE MUESTRA CUÁN COMÚN ES PARA ELLOS TENER
RELACIÓN	**RELACIONES SEXUALES****
Hermano y Hermana	5
Primo y prima	50
Abuelo y nieta	0
Abuela y nieto	0
Tío y sobrina	25
Tía y sobrino	0
Padre e hija	15
Cuñado y hermana de su esposa	60
Cuñada y hermano de su esposo	30
Vecino y vecina	100

** Mientras más alto sea el punteo, más probabilidades existen de relaciones sexuales entre estos parientes

++ Aunque no es pariente, se agregó "vecino" como una categoría, ya que se consideró tan estrecha e importante como los parientes.

NOTA: La relación sexual más común, conforme al anterior análisis, es la que se da entre vecinos ("pasa todo el tiempo"). La siguiente relación es entre el cuñado y la hermana de su esposa. También es común el sexo entre primos. El grupo creyó que solamente los padres que no tienen juicio podrían tener sexo con sus hijas. El grupo analizó que de 100 niños, casi 45 habían tenido por lo menos una relación sexual con un pariente cercano y que de 100 niñas, casi el 50 por ciento habrían hecho lo mismo. Usualmente estas relaciones son voluntarias. Al analizar la relación entre abuelo y nieta, algunas niñas en el grupo tuvieron la impresión de que los abuelos no tienen sexo con sus nietas, pero la mayoría de los niños pensó que eso no era posible. Estos niños les pidieron agresivamente a las niñas del grupo confirmar "¿acaso tu abuelo no te penetra?", con que se pusieron

incómodas las niñas y ya no quisieron hablar del tema.

También se puede realizar un análisis de punteo sin fijar un punteo máximo desde el principio. A esto se le llama el método de punteo libre. En este caso la lista de opciones también se prepara de primero, y luego los analistas usan contadores para sopesar todas las opciones. Usualmente se cuentan los contadores y luego se comparan con la opción. Debido a que el número de contadores que se compara con la opción es relativo al punteo dado a otras opciones, el analista puede agregar o quitar algunos de los contadores cuando vaya avanzando el análisis. Es importante que el facilitador no interfiera cuando el análisis se está llevando a cabo.

A continuación se encuentra un ejemplo del uso del método de punteo libre para analizar la preferencia comparativa de los diferentes métodos contraceptivos para los hombres solteros y casados.

PREFERENCIAS CONTRACEPTIVAS DE HOMBRES SOLTEROS Y CASADOS (POR MEDIO DEL MÉTODO DE PUNTEO LIBRE)

(Analizado por un grupo de niños, Old Kanyama)

MÉTODO	HOMBRES SOLTEROS	HOMBRES CASADOS
Píldoras	5	151
Hierbas	0	0
Condones	183	41
Período sin riesgo (natural)	2	0

NOTA: De acuerdo con este análisis, los niños prefieren usar condones cuando son solteros. Luego de casarse, usan condones solamente para sus parejas sexuales que no sean su esposa. Luego del casamiento la esposa decide si usará un contraceptivo. De allí el alto punteo de píldoras para los hombres casados. No se designó punteo para las hierbas, ya que son usadas por las mujeres y esto no tenía impacto en la toma de decisiones de los hombres. También se mencionó que la mayoría de los hombres no saben si su pareja usa hierbas.

Algunas personas pueden señalar que si agregáramos verticalmente los punteos para los hombres solteros y casados, los totales no corresponderían. No es ésa la intención. En el punteo libre no existe un máximo fijo del cual se da el punteo. El analista puede comenzar al colocar un punteo en una casilla y el resto de las casillas se completan con números relativos a la primera. Por lo tanto, no hay razón por la que deberían dar totales iguales, ya sea en el eje vertical u horizontal.

Modelo de clasificación y punteo

Cuando se debe analizar las opciones con base en los criterios múltiples, es más efectivo usar el método de Modelo de Clasificación o Punteo.

PASOS

1. Comenzando con una discusión de grupo focal, los participantes preparan una lista de opciones y criterios con base en lo que los diferencia, compara, contrasta y evalúa.
2. Todos los criterios en la lista deberían ser positivos, ya que de otro modo es difícil hacer las comparaciones. En caso de que algunos criterios sean negativos (ej., 'caro'), se debe cambiar a su significado positivo (ej., 'barato' o 'costeable').
3. Se puede preparar un modelo en el suelo o en un papelógrafo.
4. En las casillas de arriba, en el eje x, coloque los diferentes criterios (uno en cada casilla). En el eje y, en la parte izquierda, coloque las opciones (una por casilla). (También podríamos invertir el orden de los criterios y las opciones).
5. Cada opción en la lista se evalua con todos los criterios en el modelo. Esto puede hacerse al usar los métodos de punteo o clasificación. Pueden usarse los contadores para completar cada una de las casillas en el modelo.
6. Es importante recordar que los punteos para las opciones no deben agregarse para poder llegar a la preferencia global. Dichos totales pueden ser engañosos, ya que se supone que se han sopesado de igual forma todos los criterios.
7. Se puede llegar a la preferencia global al pedirle al grupo agregar otra columna/fila al modelo al final y clasificar o poner un punteo relativo a las diferentes opciones para mostrar la preferencia.
8. También es posible clasificar (por clasificación o punteo) los diferentes criterios para poder comprender cuáles son los más importantes.

A continuación se encuentra un ejemplo del uso del método de modelo de punteo:

MODELO DE CLASIFICACIÓN DE PREFERENCIA PARA PAREJAS SEXUALES PARA NIÑAS

Preparado por un grupo de niñas de 14 – 16 años en Chileje del Sur, (Lusaka)
(De las notas de campo de Meera Kaul Shah y Mary Simasiku)

Tipo de pareja sexual (hombres)	**Criterios para decidir la preferencia (punteo fijo de 10; 10=mejor)**						**Preferencia global (clasificación, 1=mejor)**
	Es soltero	**No anda con muchas niñas**	**Puede tomar responsa-bilidades**	**Tiene dinero**	**Se viste elegante-mente**	**Es educado**	
Niños de la escuela	10	5	2	5	8	5	**2**
Yoos	10	0	0	5	7	5	**6**
Niños de hogar	10	8	8	2	2	5	**3**
Conductores de taxi	8	0	5	10	5	5	**7**
Maestros	5	0	5	3	5	10	**5**
Doctores	5	0	10	10	10	10	**1**
Primos	5	5	4	5	5	5	**8**
Padrastros	0	2	5	10	5	5	**9**
Compañeros de iglesia	8	5	8	8	8	5	**4**
Monku*	10	10	0	10	0	8	

*Los ***Monkus*** son homosexuales (hombres). Las niñas los incluyeron en su lista, pero cuando comenzaron a evaluar cada una de las categorías como parejas sexuales, decidieron que no podían incluirlos. Por lo tanto, no le dieron ninguna preferencia en la clasificación.

El grupo de niñas que realizó este análisis decidió dar punteos para evaluar cada uno de los tipos de parejas sexuales con los criterios seleccionados. Los médicos, quienes fueron clasificados como la pareja sexual preferida, pueden tomar responsabilidad, tienen dinero, se visten bien y son educados, pero usualmente están casados y andan con muchas niñas.

Tome nota de que la última columna del ejemplo anterior provee clasificaciones (mientras que el resto del modelo ha usado el método de punteo fijo). Esta columna se agregó al modelo al final, cuando las niñas habían completado el análisis. Simplemente se pidió al grupo clasificar los diferentes tipos de parejas sexuales en su lista, de acuerdo con su preferencia global. Un error que cometieron comúnmente cuando usaron el método de modelo del punteo fue sumar los puntos para llegar a la preferencia global. Los puntos nunca deben totalizarse. El totalizar los puntos en las casillas indicaría que todos los criterios tienen el mismo valor. Esto es fuera de lo común. Compruebe esto con el ejemplo anterior. Si el grupo simplemente hubiera sumado los puntos en cada fila, habrían llegado a una preferencia global diferente de la dada. Aunque los médicos habrían retenido la primera categoría, habrían estado los compañeros de iglesia en segundo lugar, en lugar de los niños de la escuela; y los monkus (a quienes no se les dio ningún valor) habrían estado en tercer lugar, en lugar de los niños de hogar; y así sucesivamente.

El siguiente ejemplo ilustra cómo los adolescentes son capaces de realizar un análisis muy complejo y utilizar una metodología igualmente compleja. Antes de que el grupo de niñas realizara este análisis, tuvimos una larga conversación acerca de las varias dimensiones para seleccionar a una pareja sexual. Una vez que el diálogo se avivó, le preguntamos al grupo si querían una lista de las diferentes dimensiones, así como la tipología de las parejas sexuales de las que habían hablado. Se puede notar que los temas enumerados en la parte superior del modelo se relacionan mucho con las preguntas que hicimos para facilitar el diálogo. Por lo tanto, esto definitivamente tiene influencia de los facilitadores. Una vez que se hayan enumerado estos temas en un papel, les preguntamos a las niñas cómo querrían evaluar a cada uno de los tipos de parejas sexuales con estas diferentes dimensiones. Éste es un ejemplo interesante, ya que vemos que el grupo decidió usar una mezcla de los métodos de clasificación y punteo. Tal análisis le puede parecer al lector muy complejo y tal vez difícil de comprender, pero se debe mencionar que a las niñas les tomó casi 40 minutos realizarlo y también hablar de las razones de su análisis.

TIPOLOGÍA DE PAREJAS SEXUALES Y PREFERENCIAS DE LAS NIÑAS

Analizado por un grupo de niñas del séptimo grado en M'tendere, Lusaka (Shah et. al., 1996)

Tipo de pareja	Cuán común es la relación (punteo de 10)	Clasificación de preferencia (1=mejor)	Pagan más (clasificación, 1=mejor	Usan la fuerza (punteo, 10=usan más fuerza)	Aceptabilidad social (punteo, 10=menos aceptable)**
Pastores	4	15	15	3	6
Amigos	10	2	5	0	0
Sirvientes	5	7	6	5	10
Chóferes	5	3	2	5	0
Gonena++	10	6	4	7	3
Gángsteres++	15#	1	3	8	0
Sene Sene++	6	10	1	10	0
Abuelo	4	14	16	10	10
Vecino	5	5	7	0	5
Primo	5	9	11	6	7
Cuñado	4	11	8	7	7
Maestro	10	4	10	9	5
Tio	4	13	12	10	8
Médicos	5	8	9	1	0
Padre	2	16	13	10	10
Hermano	6	12	14	4	9

** Estos criterios surgieron de la pregunta "si su madre supiera que han tenido sexo, ¿de cuál categoría de pareja sexual se enojaría más?", ya que las niñas decidieron usar el punteo fijo de diez para esta columna, mientras más alto el punteo, más enojada estaría la madre.

++ Los gonena son los chóferes de autobús. Los gángsteres son los niños bien vestidos que andan en grupos pequeños. Los Sene Sene son los comerciantes (hombres) de Senegal.

Se dio un punteo de 15, aunque se había decidido que el máximo sería de 10, para destacar que es muy común tener una relación sexual con un gángster.

NOTA: Este análisis complejo y detallado muestra la variedad de parejas sexuales que puede tener una niña en la comunidad. De acuerdo con este análisis, es más común que una niña tenga sexo con los gángsteres. Ellos usan la fuerza, principalmente al ser persuasivos (en lugar de usar fuerza física), con la ayuda del dinero que pagan. Las siguientes parejas sexuales más comunes son los chóferes de autobús, amigos y maestros. Los chóferes de autobús pagan relativamente bien y también dan paseos gratis por la ciudad. Con los amigos se sienten libres y ya que se conocen, se sienten bien de tener relaciones con ellos. Los maestros dan una 'copia' (de los exámenes) a cambio de sexo.

Las parejas sexuales más preferidas son los gángsteres, amigos, chóferes y maestros – en dicho orden. Les gustan los gángsteres ya que pueden pagar mucho dinero, como los chóferes. Los Sene Sene (de Senegal) pagan más dinero, seguidos por los chóferes y gángsteres. "Los abuelos, pastores, hermanos y padres no pagan nada". Con la excepción de los Sene Sene, existe una correlación positiva entre los niveles de pago y preferencia. En general, se ve a los Sene Sene como fornidos y altos, con pene grande y un enorme apetito sexual, y pueden ser agresivos durante el sexo. Como resultado, las niñas mencionaron que aunque pagan bastante, las niñas menores se alejan de ellos, ya que el sexo con ellos es doloroso.

Las relaciones menos preferidas por las niñas fueron también las más forzadas. Las relaciones sexuales con los Sene Sene, abuelos, tíos y padres son probablemente las más forzadas. Usualmente la niña no desea tener sexo con estas categorías de niños/hombres. Los médicos tienen que usar poca fuerza para tener sexo con una niña. Una relación con un médico se da cuando una niña no tiene dinero para pagar las medicinas y el doctor acepta a cambio los favores sexuales. También se habló con otros grupos de niños y niñas acerca del tema del sexo forzado, y se les explicó que el tipo y nivel de fuerza varía desde las amenazas hasta las golpizas, y en casos excepcionales los niños han usado cuchillos para amenazar y luego les hacen daño a las niñas si se rehusan a tener relaciones con ellos. Aunque la mayoría de las niñas entran voluntariamente en sus relaciones sexuales, como cifra aproximada se calculó que casi al 20% de las niñas les fuerzan a tener sexo. Sin embargo, se explicó que 'fuerza' se entiende más como persuasión que 'violación', excepto en el caso de los Sene Sene y algunos parientes cercanos.

Al ver nuevamente la tabla anterior sobre la tipología de las parejas sexuales, se puede ver que la madre de la niña estaría más enojada con ella cuando tiene sexo con los parientes cercanos como su padre, abuelo, hermano y tío, y también si tiene sexo con el sirviente de la casa. Ella conoce bien a todas estas personas. Se explicó que le molesta menos si no conoce al niño/hombre. También le molesta menos si hay dinero de por medio.

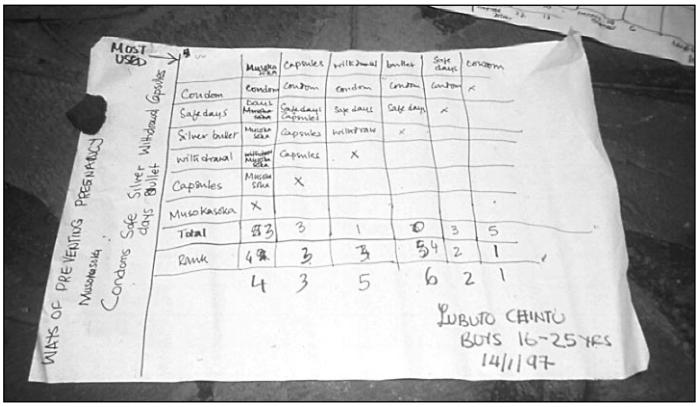
Este análisis presentó la complejidad de las relaciones que las niñas tienen y cómo ellas las evalúan. El trasfondo parece ser los 'pagos' o favores' a cambio del sexo (como los paseos gratis ofrecidos por los chóferes). El mismo grupo de niñas denominó "cuotas para dormir" a los pagos que reciben de los niños a cambio de los favores sexuales.

CLASIFICACIÓN "POR PARES"

Este método ayuda a analizar las diferentes opciones y elecciones disponibles bajo un tema, al evaluar dos a la vez. Estas opciones podrían estar relacionadas con la preferencia de contraceptivos, preferencia de pareja sexual, fuentes de información, etc.

PASOS

1. Los participantes preparan una lista de las diferentes opciones que tienen bajo un tema seleccionado. Si el grupo está analizando la preferencia de contraceptivos, las opciones serían incluir: los condones, píldoras, hierbas, método natural, retracción, magia, etc.
2. Éstas se escriben en unos pedazos de papel y se colocan en el suelo. Como alternativa, se puede preparar un encasillado en el suelo con yeso o en un papelógrafo.
3. Se pide a los analistas considerar dos opciones a la vez y seleccionar la que es más prevalente, más común, más difícil, lo preferido o cualquier base con la que se realizará el análisis. Cada opción se compara directamente con todas las otras opciones, una por una, ej., – podría preguntárseles si prefieren condones o píldoras, o condones o hierbas, o condones o método natural, etc. hasta agotar todas las combinaciones.
4. El número de veces que se selecciona una opción es el punteo que obtiene. Mientras más alto sea el punteo, la opción será la preferida.



Clasificación de por pares de las diferentes formas de prevenir los embarazos. Zambia.

El siguiente ejemplo muestra cómo un grupo de niños analizó las razones por la temprana iniciación sexual de las niñas al utilizar el método de pares.

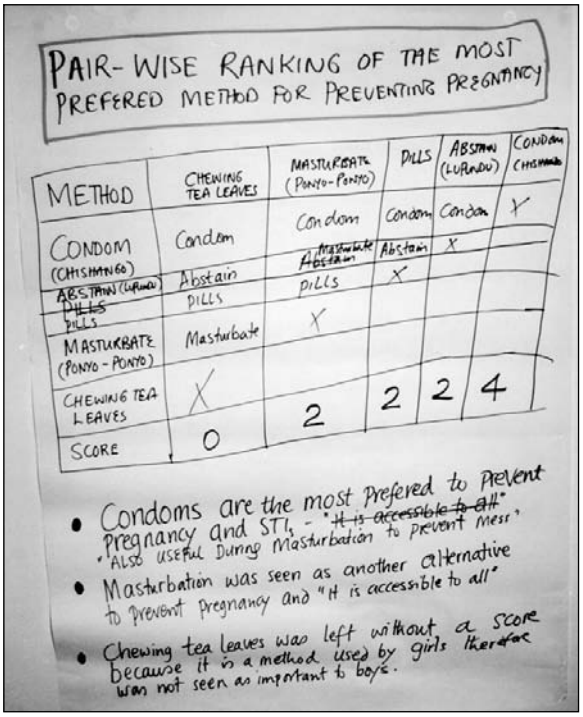
CLASIFICACIÓN POR PARES DE RAZONES PARA LA TEMPRANA INICIACIÓN SEXUAL DE LAS NIÑAS
(Analizado por un grupo de niños, Chawama)
(Shah y Nakhama, 1996)

Razones	Anzabo (presión de compañeros)	Bana (niños)	Ndalama (dinero)	Kumvela Bwino (placer)
Kumvela Bwino (placer)	Placer	Placer	Dinero	X
Ndalama (dinero)	Dinero	Dinero	x	X
Bana (niños)	Niños	X	X	X
Anzabo (presión de compañeros)	X	X	X	X
Punteo total	**0**	**1**	**3**	**2**
Clasificación	**D**	**C**	**A**	**B**

NOTA: El análisis anterior muestra que este grupo de niños consideró que el dinero es la razón principal por la que las niñas inician tempranamente su relación sexual. La razón que le sigue es el placer, seguido por la necesidad de tener niños. Los niños consideraron que hay poca presión entre las niñas (comparada con la que hay entre los niños).

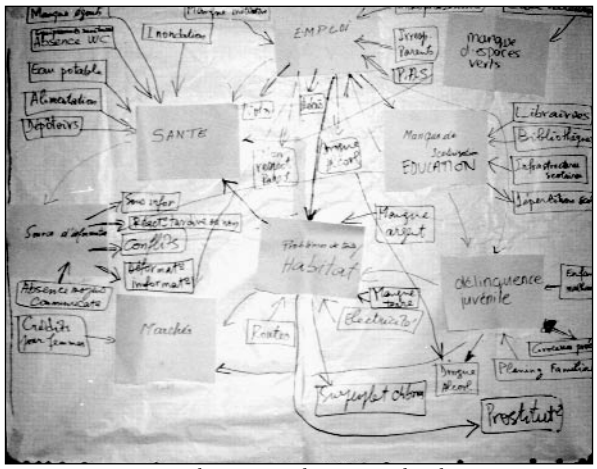
Se debe notar que aunque el método de clasificación por pares es muy fácil del usar, le falta profundidad de análisis, algo que sí se logra con el método del modelo de punteo.

Clasificación por pares sobre los problemas comunes de salud realizada por miembros comunitarios en la Prefectura de Kibungo, (Ruanda).



2.8 Análisis de causa-efecto (organigramas)

Los organigramas son muy útiles para comprender las causas y efecto de un evento, problema o actividad en la vida de las personas. También ayudan a identificar los enlaces entre las diferentes causas y efectos. Este análisis ayuda a iniciar una polémica entre los participantes sobre cómo se puede enfocar el problema y los tipos de insumos necesarios para mejorar la situación.



Un organigrama completo preparado por unos hombres jóvenes en Nyeknakpoe, Lomé

Es útil usar este método durante las últimas etapas de la evaluación, luego de que el grupo haya hablado de varios temas. Antes de las charlas, ayude a seleccionar un tema que haya surgido repetidamente durante el análisis. También se pueden usar los resultados del análisis de clasificación de preferencias para iniciar un análisis de causa-efecto. Este método ayuda a analizar un problema en su totalidad, en lugar de polemizarlo de forma abstracta.

PASOS

1. Seleccione un tema para analizar.
2. El análisis puede comenzar con una charla sobre las causas que conllevan a dicho problema o actividad.
3. Éstos se pueden dibujar como un organigrama en el suelo o en un papel.
4. El impacto o efecto puede también dibujarse en el diagrama.
5. Se pueden usar diferentes colores para las causas y el efecto.
6. Se pueden hablar de los enlaces entre las diferentes causas y efecto.
7. Pregunte si existen otras causas o resultados del problema o actividad. También puede sondear mayores impactos de los resultados.
8. Se les puede dar clasificación o punteo a las causas y efecto para analizar su intensidad.

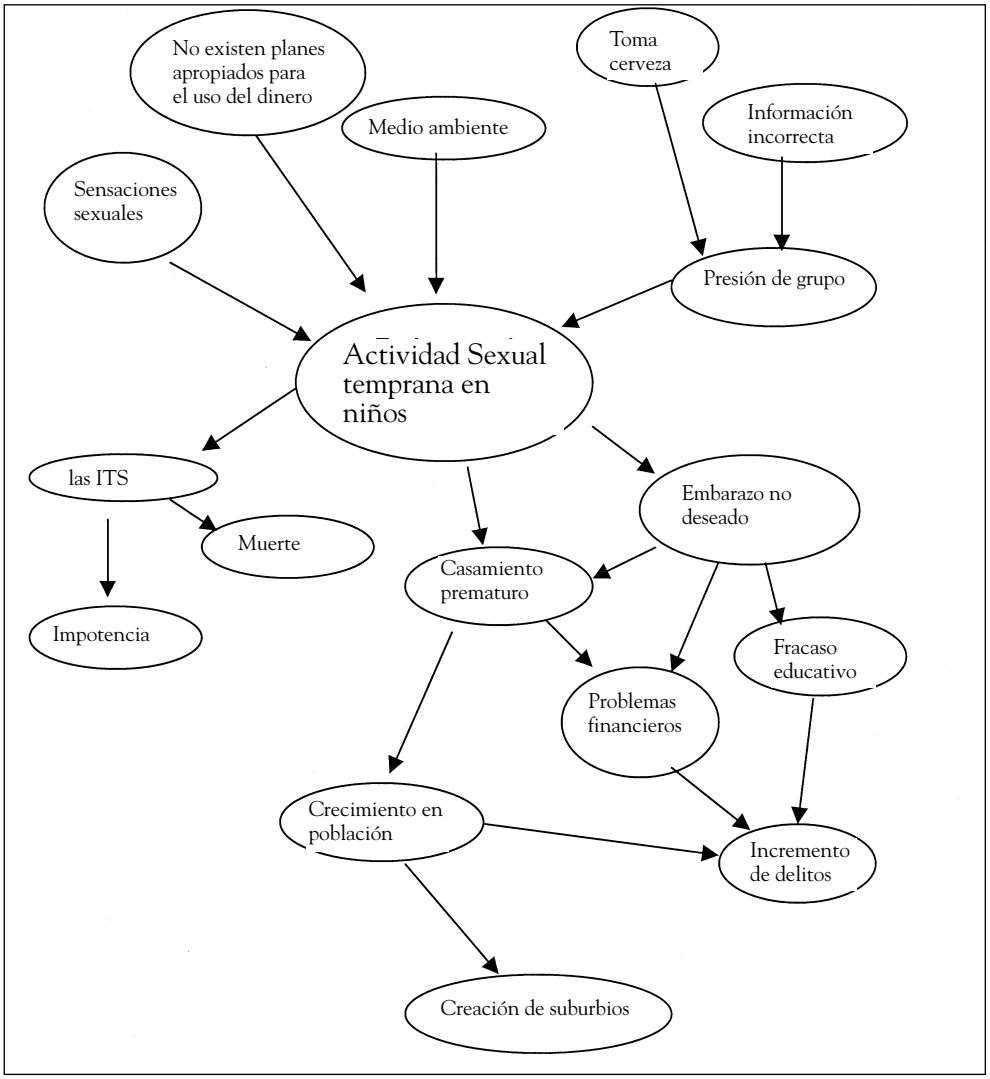
Los organigramas también pueden prepararse de una forma para mostrar solamente las causas o solamente el efecto de un evento, problema o actividad.

También es posible que una vez que la comunidad haya identificado el problema o tema causa del problema en su charla, es posible colocar dicha 'causa' en el centro de un nuevo análisis de causa-efecto para sondear su importancia. Es así como los facilitadores pudieron hablar del tema de Mutilación Genital Femenina (MGF) con los grupos en Somalia y Sudán donde las personas no la identificaron como un problema de SR, sino la trataron como una causa del problema primario (Sarah Degnan Kambou, comunicación personal).

A continuación se encuentran dos ejemplos del análisis de causa-efecto. El primero fue preparado por un grupo de niños que analizaron las causas y efecto de la temprana iniciación sexual de los niños. La segunda fue preparada por un grupo de niñas que analizó el mismo tema para las niñas. En ambos ejemplos las causas se muestran arriba y el impacto abajo (como se indica por la dirección de las flechas).

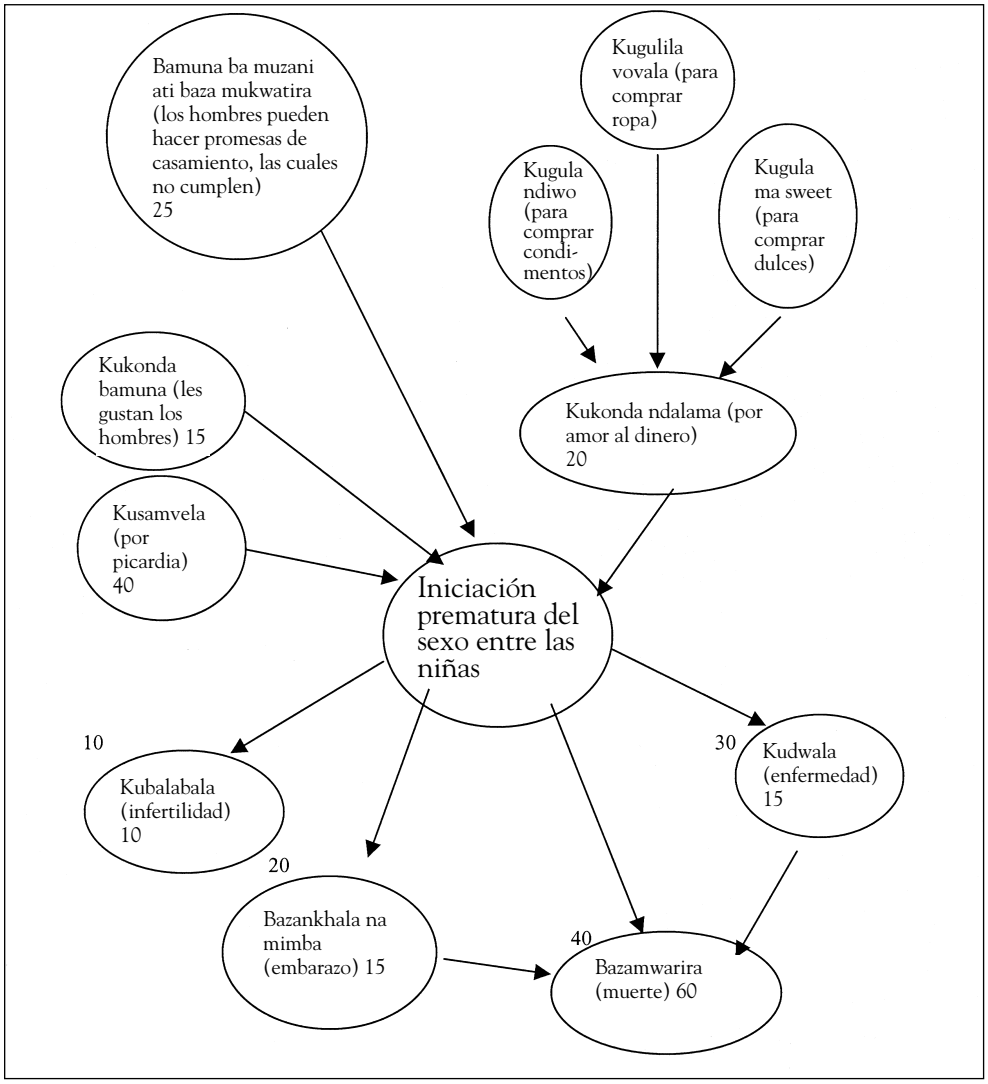
ANÁLISIS DE CAUSA-IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES SEXUALES TEMPRANAS DE LOS NIÑOS

Analizado por un grupo de niños de Chilenje del Sur (Lusaka)



CAUSA-IMPACTO DE LA INICIACIÓN PREMATURA DEL SEXO DE LAS NIÑAS

Analizado por un grupo de niñas de Chawama (Lusaka)
(Shah y Nkhama, 1996)



Los números dentro de los círculos para las causas son los punteos (de un punteo total fijo de 100) dados para mostrar la importancia de la causa. Mientras más alto es el número, más importante es la causa. En el lado del efecto, los números dentro de los círculos muestran el punteo (de un punteo total fijo de 100) para la influencia que dicho resultado en particular tiene en sus vidas. Los números fuera de los círculos de efecto dan la proporción de las niñas (de un total de 100) que se ven afectadas por esto.

2.9 Análisis de prácticas diarias

Éste es un método relativamente directo. Este análisis de un día normal de los participantes es fácil de comprender y analizar. Este método puede usarse en los grupos, aunque es más efectivo cuando se usa por un individuo, ya que puede dar información específica en que enfocarse para el diálogo.

Este método es un buen 'rompe-hielos' y ayuda a comenzar un diálogo. Se pueden hacer preguntas con base en el análisis realizado por el individuo/grupo.

Debido a que el análisis se trata sobre cómo se pasa un día normal la persona o personas, la primera cosa a realizar es preguntarle cómo le(s) gustaría dividir su día. Algunos pueden dividirlo por hora y otros simplemente por mañana, tarde y noche. Se puede pedir a los participantes que hagan un análisis de cómo pasan el tiempo durante un día normal.

A continuación se encuentra un ejemplo del análisis de las prácticas diarias, realizadas por un grupo en Chilenje.

TABLA DE ACTIVIDAD A DIARIO DE NIÑOS HECHA POR UN GRUPO DE ESCOLARES NIÑOS EN CHILENJE SUR (RAMBIA)

HORA	LO QUE HACEN LOS NIÑOS
0600 horas	-se levantan -tisamba ku maso (se baña) -tisukusa mukamwa (se lava los dientes) -desayuna -se prepara para ir a la escuela
0645 horas	-llega a la escuela
1230 horas	-almuerzo
1400 horas	-el grupo de la tarde llega a la escuela -el grupo de la mañana va a la práctica de fútbol
1700 horas	-termina la práctica -terminan las clases para el grupo de la tarde
1745 horas	-riega el césped y huerta -se baña y cambia de ropa -mira televisión y videos -lee
1900 horas	-cena -algunos juegan con las niñas de la escuela -algunos juegan billar, otros toman cerveza - mosi (en tiendas), toman kachchasu (cerveza local) en el área Mapoloto
2100-2200 horas	-algunos se acuestan con niñas en el camino -hora de dormir

Como se puede observar del ejemplo anterior, este análisis de actividades a diario no nos provee la información completa, pero nos da la oportunidad de hacer varias preguntas. Una vez que el grupo haya preparado un análisis como el anterior, se les puede hacer varias preguntas como:

- ¿Cree que este análisis corresponde para todos los niños en esta comunidad o sería diferente para algunos?
- ¿Será igual el análisis de actividades a diario de las niñas?
- De 100 niños que viven en el área, ¿cuántos cree que toman cerveza o kachchasu, cuántos juegan billar, cuántos se acuestan con las niñas y cuántos duermen en sus casas?

Utilizado de esta forma, el calendario diario puede abrir varios temas a diálogo y análisis. También es importante diferenciar entre el calendario semanal y el del fin del semana, ya que pueden haber diferencias significativas en la forma en la que se pasa el tiempo durante los diferentes días de la semana. La otra dimensión del calendario diario es verificar si cambian conforme a la época (ej., es diferente durante el verano comparado con el invierno, etc.).

2.10 Análisis de temporada

Calendario de temporada creado por miembros comunitarios en Tana (Madagascar).

Se utiliza este método para analizar los patrones de temporada en algunos aspectos de la vida. Las actividades, eventos o problemas que tienen un patrón cíclico pueden analizarse por medio de este método, lo que incluye la disponibilidad de alimentos, prevalencia de enfermedades, endeudamiento, prosperidad relativa, presión en los medios de vida, niveles de actividad sexual, disponibilidad de tiempo libre, etc. Al analizar varias variables relacionadas en un solo medio visual es posible analizar la relación entre ellas y su impacto en la vida.

PASOS

1. Determine un tema.
2. Pida a los participantes que decidan cómo les gustaría dividir el año (meses, trimestres, estaciones, etc.). No imponga su calendario – pueden haber diferentes formas de calendarios locales con los que las personas pueden estar más familiarizadas.
3. Elabore el calendario en el suelo con yeso, palos, piedras o cualquier otro material disponible. Esto también puede prepararse en los papelógrafos.
4. Las variaciones de temporada de las diferentes variables se comparan y delinean visualmente en este calendario.
5. Una vez que el medio visual esté listo, los facilitadores pueden hacer preguntas de sondeo relacionadas con las relaciones entre las diferentes variables y si existen otros aspectos de su vida que se ven afectados por esta temporada.
6. Esta presentación visual también puede usarse para hablar de los problemas y oportunidades.

El siguiente análisis de temporada sobre algunos problemas comunes relacionados con la salud fue realizado por un grupo de niñas.

TEMPORADA DE PROBLEMAS DE SALUD

[Analizado por un grupo de niñas en Chilenje del Sur (Lusaka)]

(Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah y Mary Simasiku)

PROBLEMAS DE SALUD	MES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Malaria	4	2	1							8	7	6
Tos					6	3	4	9				
ETS						9	9					
TB	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Presión alta										5	3	
Heridas	5											5
Quemaduras						8	6					
SIDA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jaqueca	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demencia	8	3	4	4	3	3	1	1	1	1	1	8
Embarazo	3	2	1	7	2	2	1	7	1	2	2	7

Este grupo utilizó el calendario de 12 meses para analizar las variaciones durante el año.

Los números en las casillas indican el punteo relativo (por el método de punteo libre) para la prevalencia del problema de salud durante los diferentes meses del año. Mientras más alto el punto, más alta la intensidad de la prevalencia durante dicho mes. Este grupo analizó que el SIDA, la jaqueca y la TB no tienen patrones de temporada y están prevalentes durante todo el año. Por eso les dieron un punteo de uno para todos los meses. Existe una alta incidencia de las ETS y quemaduras durante junio y julio – la temporada fría.

Se agregó el embarazo a la lista, aunque se mencionó que no es exactamente un problema de salud, pero está relacionado con la salud y tiene un patrón de temporada.

NOTA: El análisis anterior, por sí mismo, no provee mucho entendimiento sobre los problemas en salud en la comunidad y/o entre los adolescentes. Sin embargo, provee una lista de problemas de salud que los adolescentes perciben como importantes, así como su percepción de cuándo pueden ocurrir durante el año. Éste puede ser el punto de inicio para hacer las preguntas de sondeo sobre de quién son estos problemas, por qué tienen un patrón de temporada, qué hacen los adolescentes cuando están mal o descubren que están embarazadas o padecen de una ETS, etc.

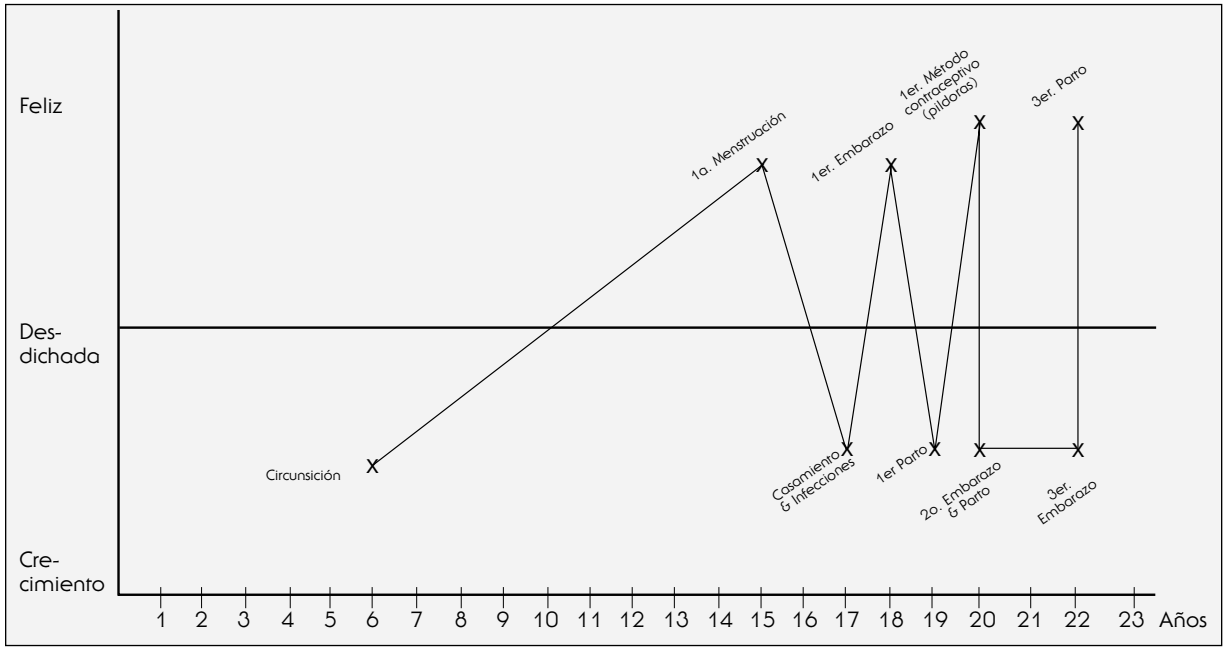
2.11 Análisis de tendencias

Se usa el análisis de tendencias para comprender las percepciones y patrones de cambio en relación con los indicadores seleccionados y temas que son de su interés. Usualmente se considera un período de 40 a 50 años para analizar estos cambios. Ésta es una herramienta útil para iniciar el diálogo con las personas mayores para analizar sus percepciones de cambios que se dan en su comunidad y en sus propias vidas.

PASOS

1. Comience con una charla de los principales cambios que se han dado en un tema seleccionado.
2. Pida al grupo que decida cuánto tiempo atrás quieren llegar para este análisis. Ellos deberían identificar los años o períodos cuando presenciaron cambios significativos. Esto puede trazarse en el medio visual.
3. Pida al grupo mostrar con diagramas cómo se han dado los cambios durante los años para cada uno de los indicadores. Esto puede mostrarse por medio de líneas (como gráficas) o por punteo.
4. Hable de qué impulsó estos cambios. ¿Cuáles se consideran positivos y cuáles negativos? ¿Por qué? Pregunte si cualesquiera de los cambios negativos se han revertido.

LÍNEA DE VIDA REPRODUCTIVA - UN KENEDIEN - PROVINCIA BARA - EJERCICIO CON MUJERES



Fuente: CARE Sudán. Un Kenedien - Provincia BaRa - Ejercicio con Mujeres. La Línea de Vida Reproductiva anterior detalla las "altas (primera menstruación, primer embarazo) y bajas (circunsición, casamiento e infecciones y primer parto)" en el ciclo de la vida reproductiva de las mujeres.

2.12 Censo participativo sobre el sexo

Ésta es una innovación metodológica. Durante las charlas de grupo con los niños y niñas en Zambia, se tornó cada vez más evidente que mientras los niños hablaban sobre su comportamiento y experiencias sexuales de forma exagerada, principalmente para impresionar a sus compañeros, las niñas tendían a ser reservadas con respecto a sus experiencias. Las niñas usualmente se expresaban en la tercera persona o hablaban sobre un tema al decir: *"Tengo una amiga que…"*, *"Conozco a una niña…"*, *"Hay muchas niñas que…"* o *"A las niñas no les importa…"*

Dada la naturaleza delicada del tema, no quisimos imponer a los participantes el divulgar lo que no querían mencionar frente a sus compañeros. Por consiguiente, el censo participativo sobre el sexo fue diseñado para comprender, empíricamente, el comportamiento sexual de los adolescentes. Esto también era necesario debido a varias dudas que expresaron algunos 'expertos' y críticos, de que el APA proveía solamente un entender de las percepciones de los adolescentes sobre su comportamiento sexual, lo que se consideraba podría desviarse significativamente de su práctica real. Por lo tanto, era importante generar datos cuantitativos durante el proceso cualitativo para disipar el mito de que no es posible el análisis cuantitativo durante la evaluación participativa y para probar cuán cerca están las percepciones de los adolescentes a sus patrones reales de comportamiento.

Existen dos formas en las que se usó este método:

- el método de pedazos de papel, y
- el método 'abierto'.

El censo participativo sobre el sexo – el método de pedazos de papel

Esta variación del método fue usado principalmente con unos grupos de niñas y niños en sus escuelas. Fue usado, con resultados similares, tanto en los grupos separados por género como en los grupos mixtos.

PASOS

1. Siéntese con un grupo de adolescentes en un lugar donde no se distraiga al grupo. Debería haber un espacio adecuado disponible para sentarse.
2. Se precisan de, por lo menos, dos ó tres facilitadores para manejar este proceso.
3. Todos los participantes deberían tener un lápiz o lapicero (los facilitadores pueden llevar lápices de más).
4. Tenga listo un manojo de pedazos de papel. El número de pedazos de papel necesarios dependerá del número de participantes y el número de preguntas que hará (puede cortar más pedazos de papel de papeles grandes, si se acaban).
5. Explique al grupo que usted hará una serie de preguntas personales. Usted hará una pregunta y ellos deben escribir su respuesta en el pedazo de papel. Ellos no deben escribir sus nombres, ya que las respuestas serán anónimas. También mencione al comienzo que quienes no deseen participar en el análisis pueden rehusarse libremente. Puede comenzar con una charla general, como un ejercicio de calentamiento y como un rompe-hielo antes de comenzar el censo.
6. Cuando perciba que el grupo se siente cómodo con este ejercicio, comience con la primera pregunta. La primera pregunta podría ser directa, ej., preguntar – '¿ha tenido sexo alguna vez?', o una más general como '¿tiene amigos del sexo opuesto?'.
7. Entregue un pedazo de papel a cada persona en el grupo. Pídales que escriban la respuesta. No deben mostrar sus respuestas a los demás.
8. Pídales que doblen los papeles.
9. Recójalos.
10. Cuente las respuestas conforme a las contestaciones.
11. Destruya los papeles frente al grupo.
12. Siga con la siguiente pregunta, repita los pasos del 6 al 11 y haga lo mismo con las siguientes preguntas.
13. Al haber acabado todas las preguntas, agregue la información. Esto puede compartirse con el grupo para más charlas o para buscar aclarar los temas no personales.

La serie de preguntas a hacer debe prepararse con anticipación. Se pueden hacer preguntas adicionales, o pueden cambiarse las preguntas, según las respuestas obtenidas del grupo. Algunas preguntas hechas durante dicho análisis incluyen:

- ¿Ha tenido alguna vez una relación sexual?
- ¿Cuántos años tenía cuando tuvo sexo por primera vez?
- ¿Con quién tuvo su primera relación sexual?
- ¿Usted dio o recibió regalos o pago por el sexo?
- ¿Con cuántas parejas ha tenido sexo hasta la fecha?
- ¿Ha usado un condón?
- ¿Cuántas veces ha tenido sexo durante el último mes?

De nuestra experiencia hemos aprendido que debemos hacer la misma pregunta de dos ó tres formas diferentes al comenzar a triangular la información. Al responder a la primera pregunta, usualmente menos participantes admitieron haber tenido sexo. Cuando vieron que los papeles se destruían después de cada pregunta, incrementó su confianza y después reconocieron más haber tenido una relación sexual. Dichas respuestas incrementaron hasta la tercera pregunta y se estabilizaron en lo sucesivo.

El censo participativo sobre el sexo es relativamente diferente de los otros métodos descritos en esta guía de campo. Es un método donde se enfoca es en el individuo. Los individuos comparten y analizan sus propias experiencias. La mayoría de los otros métodos descritos aquí están basados en el análisis de los grupos de adolescentes y sus percepciones de la realidad. El censo sobre el sexo provee un medio efectivo para triangular la información de un tema muy personal y delicado. También genera información cuantitativa que puede compararse con las percepciones de los adolescentes, así como analizarse por medio de otros métodos.

A continuación se encuentra un ejercicio de censo sobre el sexo con el método de pedazos de papel.

RESULTADOS DEL CENSO SOBRE EL SEXO (USO DEL MÉTODO DE PEDAZOS DE PAPEL)

(Niñas y niños participaron en este análisis, en dos grupos separados.
Los resultados de ambos se presentan a continuación)
Twapia, Ndola (Zambia)

NÚM. P	PREGUNTA	RESPUESTAS			
		Niños		**Niñas**	
	Número total de niños y niñas en el grupo	Número total de niños = 17		Número total de niñas = 16	
1.	¿Ha tenido sexo alguna vez?	No 3	Sí 14	No 5	Sí 11
2.	Edad cuando tuvo sexo por primera vez (en años)	Edad / Número de niños 6 / 2 7 / 1 8 / 3 9 / 1 10 / 5 11 / 1 12 / 1		Edad / Número de niñas 7 / 4 8 / 1 9 / 2 10 / 2 11 / 1 14 / 1	
3.	¿Con quién tuvo sexo por primera vez?	Vecina = 8 Amigo = 5 Prima = 1		Amigo = 7 Vencino = 4	
4.	Pago dado o recibido a cambio	Dos de los niños pagaron: K 500 K 200		Siete niñas recibieron pagos: K 500 K 600 K1000 (tres de ellas) K1500 K10,000	
5.	Número de personas con quienes ha tenido sexo hasta la fecha	Núm. personas 2 4 5 8 14 15 17 20 27	Núm. respuestas 4 2 2 1 1 1 1 1 1	Núm. personas 1 2 3 4 6 10 15	Núm. respuestas 3 3 1 1 1 1 1
6.	¿Ha tenido sexo con su abuela o abuelo?	No 17	Sí 0	No 14	Sí 2 (con abuelo)
7.	¿Ha tendio sexo con su primo(a)?	No 16	Sí 1	No 16	Sí 0
8.	¿Ha tenido sexo con un pariente cercano que no sea su primo(a) a abuelo(a)?	No 17	Sí 0	No 15	Sí 1 (con abuelo)

RESULTADOS DEL CENSO SOBRE EL SEXO (USO DEL MÉTODO DE PEDAZOS DE PAPEL) (cont.)

(Niñas y niños participaron en este análisis, en dos grupos separados.
Los resultados de ambos se presentan a continuación.)
Twapia, Ndola (Zambia)

NÚM. P	PREGUNTA	RESPUESTAS			
		Niños		Niñas	
	Número total de niños y niñas en el grupo	Número total de niños = 17		Número total de niñas = 16	
9.	¿Cuántas veces ha tenido sexo en los últimos tres meses?	Núm. veces 1 2 3 5 6 18	Núm. respuestas 2 2 2 2 3 1	Núm. veces 2 4 5 6 7	Núm. respuestas 1 1 2 1 1
10.	Número de personas con quienes ha tenido sexo en los últimos tres meses	Núm. personas 1 2 3 4 6	Núm. respuestas 5 1 2 3 1	Núm. personas 1 2 6	Núm. respuestas 4 2 1

Censo participativo sobre el sexo – el método abierto

Otra variación del método anterior es el método abierto de censo sobre el sexo. En este caso, hay una charla, y la información se reúne y analiza de forma abierta, comparado con los 'votos secretos' usados en el método de pedazos de papel.

PASOS

1. Informe a los participantes que hablaremos de información personal. Proceda solamente si desean hablar de sus experiencias personales frente al grupo.
2. En un papelógrafo prepare un modelo con las preguntas/indicadores seleccionados en la parte superior a lo largo del eje x. En el eje y, en la parte izquierda, estarán los nombres de los participantes (si desean agregarlos) que participarán en el análisis.
3. Los indicadores del eje x pueden incluir: edad, edad de iniciación sexual, número de personas de relaciones sexuales a la fecha, si usa condón (siempre, algunas veces, nunca), número de veces que ha tenido sexo en el último mes, si quedó embarazada o dejó embarazada a la niña, etc.
4. Estos indicadores pueden seleccionarse con anticipación. Las preguntas o indicadores adicionales pueden agregarse conforme progrese la charla. Algunos pueden dejarse a un lado. También se puede pedir a los participantes que sugieran indicadores.
5. Pida a los participantes que llenen la fila que tiene su nombre con sus detalles en cada una de las casillas.
6. Una vez que todo el grupo haya llenado la información, agregue la información y hable de ella con los participantes. Haga preguntas como – ¿éste es un comportamiento representativo? ¿Este comportamiento es diferente para las diferentes categorías de personas? ¿Varía según la edad? ¿Según el género?

Es posible que algunos de los participantes se sientan tímidos frente a los otros y pueden ocultar alguna información. También es posible que algunos exageren para lucirse frente a sus compañeros. La facilitación comprensiva es muy importante para obtener de este ejercicio unos resultados con un significado.

A continuación se encuentra un ejemplo del método abierto del censo sobre el sexo. Dada la naturaleza personal y delicada de esta información, nos abstenemos de dar los nombres de los participantes.

CENSO PARTICIPATIVO SOBRE EL SEXO

[Analizado por un grupo de niños en Nueva Twapia, Ndola (Zambia)]

Nombre (no mencionado)	Edad	Edad de iniciación sexual	Edad cuando tuvo sexo por segunda vez	Núm. de veces que tuvo sexo durante los últimos 3 meses	Núm. de personas de relaciones sexuales en los últimos 3 meses	¿Ha tenido ITS alguna vez?	Uso de condón		
							Nunca	Siempre	Algunas veces
1	15	10	11	4	2	No	X		
2	15	11	14	1	1	No	X		
3	15	10	13	24	1	No	X		
4	18	10	12	2	1	No			X
5	14	11	12	15	3	No	X		
6	17	7	12	10	7	No	X		
7	18	15	17	30	1	No	X		
8	15	13	14	3	3	No		X	
9	18	12	13	5	3	No	X		
10	14	7	12	Cero**	1	No	X		
11	17	13	16	2	2	No			X

** Tiene novia pero aún no le ha pedido.

Uno de los resultados más importantes del análisis anterior fue que aunque algunos niños pueden estar comenzando su iniciación sexual desde los 7 ó 10 años, tiende a haber una gran brecha antes de que tengan sexo por segunda vez. Entre otros resultados se puede ver que todos los niños en este grupo habían iniciado sus relaciones sexuales. Solamente uno de ellos no había estado sexualmente activo durante los últimos tres meses. Ocho de once niños nunca habían usado un condón. Solamente uno de los niños usa condón habitualmente, mientras otros dos solamente lo usan algunas veces. Ninguno de estos niños ha padecido de una ITS. Cinco de los niños de este grupo tuvieron sexo solamente con una persona durante los últimos tres meses, dos tuvieron relaciones con dos personas cada uno, tres con tres personas cada uno y uno siete relaciones con personas.

Censo participativo sobre el sexo. Lubuto Chintu, Zambia.

2.13 Historias ilustradas / Dibujos animados

Esta herramienta puede usarse para un entendimiento más profundo del comportamiento sexual y para triangular los resultados obtenidos de otros diálogos sobre el tema. Ésta es una técnica sencilla, donde se pide a los participantes preparar, individualmente o en grupo, una presentación gráfica de la secuencia de eventos que probablemente pasen en la vida de una persona. También les podemos pedir que preparen una historia ilustrativa de qué sucede cuando un niño y una niña comienzan una relación, o cómo las parejas negocian la selección o uso de los contraceptivos.

La mayoría de las historias que los adolescentes prepararon en diferentes comunidades en Zambia, en grupos separados por género y mixtos, tenían casi el mismo tema y secuencia. Esto fue una gran experiencia para nosotros (los facilitadores). Casi todas las historias tenían niños que se acercaban a las niñas para amistad, lo que de pronto se tornaba en una relación sexual. Después de tener sexo, la niña le pide al niño dinero o el niño lo da antes de que se le pida. La niña se embaraza y enfrenta consecuencias negativas. El patrón repetitivo de la historia denota que esta secuencia debe ser común. Fue incluso más inquietante el aprender que, en general, los niños y las niñas están conscientes de las consecuencias negativas de la temprana actividad sexual y aun así persisten en su práctica.

Un grupo de niñas concentrades en la preparación de una historia ilustrativa. Zambia.

Luego que se prepararon las historias, hicimos varias preguntas para triangular la información, así como para comprender si estas historias estaban basadas en rumores o en experiencias personales. Nuestras preguntas incluían:

- ¿Cuánto tiempo después de conocerse tuvieron sexo?[26]
- ¿Dónde tienen sexo? ¿A qué hora?
- ¿Cuánto tiempo dura el sexo?
- ¿Cuánto tiempo durará esta relación?
- ¿Cuántos años tiene el niño? Cuántos años tiene la niña?
- ¿Ella hablaría con alguien sobre su experiencia? ¿Él hablaría con alguien sobre su experiencia?
- ¿Con cuántos niños habrá tenido ella relaciones sexuales? ¿Con cuántas niñas habrá tenido él relaciones sexuales?
- ¿El niño siempre paga dinero después del sexo? ¿Existe otra forma de pago?

No es posible preparar estas preguntas con anticipación, ya que deben relacionarse con las respuestas de los participantes.

Durante el último día en Chawama, luego de haber terminado el trabajo de campo, nos reunimos los facilitadores en la clínica para hablar de los resultados. Cuando estabamos ocupados con nuestras conversaciones, un grupo de niñas entre 10 y 13 años llegó a la clínica y dijeron que querían continuar las conversaciones con nosotros. Para no herirlas al decirles que, por favor, se fueran, les dimos una hoja a cada una y les pedimos que dibujaran un día en sus vidas. Se les pidió que se sentaran por separado y dibujaran sus propias rutinas.

Vimos con incredulidad las hojas llenas. Solamente una de las 36 niñas que participaron en el ejercicio había dibujado su rutina diaria, como barrer, ayudar a su mamá a preparar el desayuno, ir a la escuela, jugar con sus amigos, etc. Todas las demás, 35 de ellas, habían escrito una historia como la siguiente:

"Cuando estaba lavando platos fuera de la casa, una niña se acercó y me dijo que había un niño interesado en ser mi amigo."

La niña y el niño se conocieron. El niño le dijo que quería ser su amigo y ella aceptó. Ellos deciden reunirse nuevamente. El niño le da pequeños regalos o dinero. Luego de dos ó tres citas, el niño sugiere tener sexo. La niña se rehusa. El niño trata otra vez. La niña se rehusa. Él persiste. Ella se rehusa. Fin de la historia.

Le dijimos a dos ó tres niñas que nos dijeran qué pasó después. Las niñas no dijeron nada. Les pedimos que dibujaran qué pasó después. Ellas se rehusaron y nosotros no insistimos.

Es posible que todas estas niñas dibujaron una secuencia de la relación niña-niño, en lugar de una simple rutina diaria debido a la influencia de las charlas que tuvimos del tema anteriormente. Sin embargo, antes no les habíamos pedido preparar una historia. Aun así, el obtener la misma historia y secuencia de eventos de 35 niñas de entre 36 fue una experiencia alucinante. Estuvimos pasmados por algún tiempo.

De notas de campo de Meera Kaul Shah, Chawama, Lusaka (Zambia).

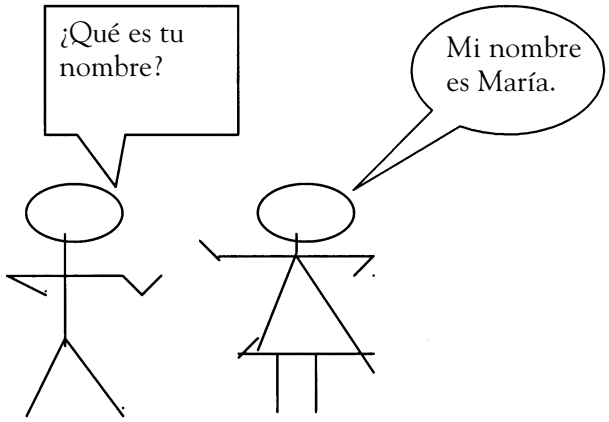
A continuación se encuentra una copia de las historias preparadas por un grupo de niños de M'tendere.

MARIÁ Y JUAN: UNA HISTORIA ILUSTRATIVA

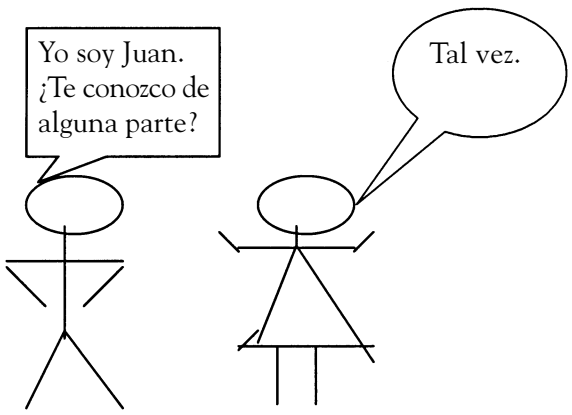
Preparado por un grupo de niños del séptimo grado, M'tendere (Lusaka)
(Copiado del original. El original fue dibujado en un papelógrafo.)

1. Un niño que regresa de la escuela…

2.

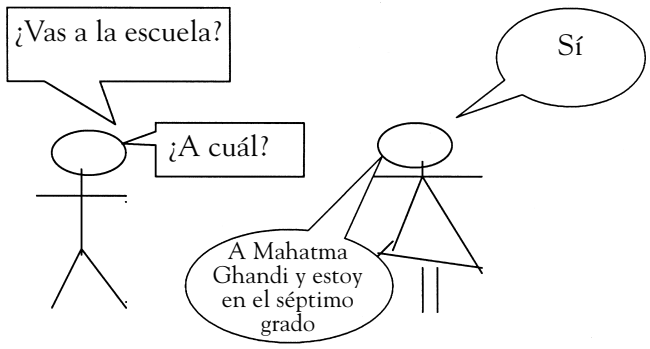


3.

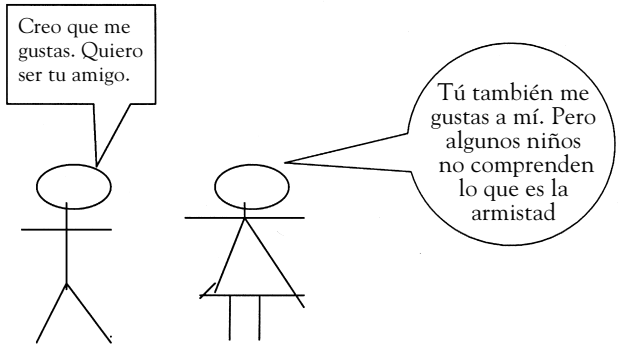


MARÍA Y JUAN: UNA HISTORIA ILUSTRATIVA (cont.)

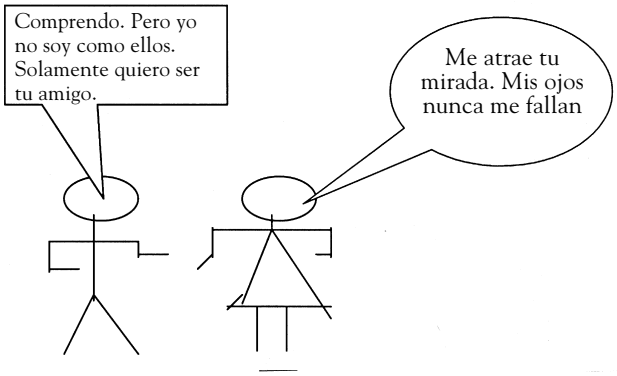
4.



5.

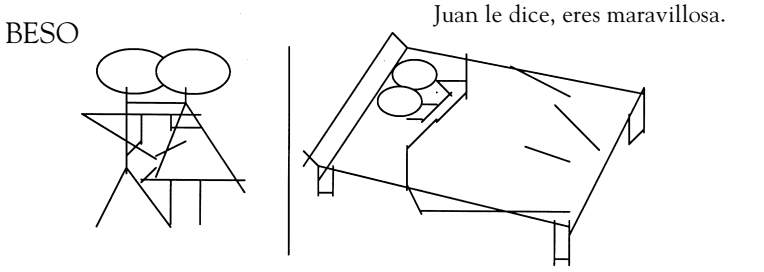


6.



7.

Después de dos meses, María y Juan tienen sexo



2100 hrs

Cuarto de Juan

Parte 3

MARÍA Y JUAN: UNA HISTORIA ILUSTRATIVA (cont.)

8.

1. Luego de esa noche, María le pidió dinero para poder comprarse el desayuno en la escuela.

2. Juan le dio 1000 Kwacha. Luego de eso, Juan no volvió a ver a María y ella tampoco lo vio a él.

3. Ella tuvo novio nuevo. Luego de dos semanas de sexo, ella descubrió que estaba embarazada.

4. La echaron de la escuela. No sabía quién era el padre de su hijo.

5. Tuvo un aborto y como resultado murió.

6. Juan terminó sus estudios en la escuela, tuvo un buen trabajo y una buena esposa.

La historia anterior permitió a los facilitadores a iniciar una larga charla sobre las relaciones entre los niños y las niñas y por qué se meten en estas situaciones si ya saben que conlleva un resultado negativo.

2.14 Entrevistas semi-estructuradas (ESE)

Esta sección está tomada de Pretty et. al. (1995: 73-76).

La entrevista semi-estructurada se puede definir como:

> "Conversación guiada en la que se predeterminan solamente los temas y surgen nuevas preguntas o ideas como resultado de la polémica y del análisis visualizado."

El entrevistar con sensibilidad es central para toda buena investigación y desarrollo participativos. Sin ella, no importa qué otros métodos se usen y apliquen, los diálogos producirán una información escasa y un entendimiento limitado. Es difícil desarrollar las habilidades efectivas de entrevista, ya que depende mayormente del conocimiento auto-crítico, atención perceptiva y observación cuidadosa. Estas cualidades toman su tiempo y esfuerzo.

Existen siete componentes fundamentales para las ESE:

1. *Preparación:* preparación de una guía de entrevista o una lista de verificación de los temas a comentar.
2. *Contexto de entrevista:* el entrevistador debe estar consciente de la importancia del tiempo, duración, lugar, lenguaje corporal, prejuicios, etc. que pueden influir en la entrevista.
3. *Entrevista sensible:* involucra el escuchar con sensibilidad y tener una actitud abierta.
4. *Cuestionario sensible:* hace preguntas abiertas e indirectas, sondeando cuidadosamente las respuestas.
5. *Juzgando y verificando las respuestas:* al comprobar y verificar las respuestas.
6. *Grabando la entrevista* (Ver Parte 3, Capítulo 3).
7. *Repaso auto-crítica:* para diagnosticar la efectividad de las preguntas planteadas y si el entrevistador influyó en la entrevista.

Las ESE son útiles para hablar de los temas como el comportamiento y actitudes sexuales del individuo. Este análisis complementa el análisis general realizado con los grupos con métodos visuales. Algunos de los temas de que se puede hablar durante las ESE son:

- *Comportamiento sexual:* edad en la que él/ella tuvo sexo por primera vez; con quién; razones por hacerlo; frecuencia de sexo y número de personas con que tuvo relaciones; por qué cambió de persona, recibió o dio regalos o pago a cambio de sexo; uso de contraceptivos, quién decide el uso de contraceptivos; etc.

- ~ *Su fuente de información sobre el sexo:* si obtuvieron información sobre la reproducción y las ITS, que incluirá dónde y a quién pidieron ayuda con relación a la salud reproductiva.

- ~ *Actitudes en torno al sexo:* número de personas con que tuvieron relaciones sexuales; uso de contraceptivos; cómo toman las decisiones; etc.

2.15 Charlas de grupos focales (DGF)

Las DGF son reuniones de grupos pequeños para hablar de un tema en específico. Se llevan a cabo en un lugar informal en donde se anima a todos los participantes a que presenten sus puntos de vista y opiniones.

Las DGF juegan un rol importante en el proceso de evaluación participativa. Es difícil usar los métodos visuales APA sin haber comenzado antes con una DGF. Aun después de que el medio visual esté listo, se necesita hablar del mismo. Los temas principales que surgen del análisis necesitan clarificarse y pueden surgir varias preguntas del análisis visual que deben polemizarse. Las DGF también pueden usarse para hablar de los resultados visuales preparados por otro grupo en la comunidad. Algunas veces esto termina siendo un método excelente para la triangulación.

Una charla de grupo focal se lleva a cabo durante un ejercicio APA con mujeres sobre sus necesidades prioritarias de salud reproductiva. Ruanda.

Las habilidades de sensibilidad de facilitación, con la habilidad de escuchar y hacer preguntas de sondeo, son importantes para facilitar una DGF.

El tamaño ideal del grupo para facilitar una DGF es de 7 a 12 participantes. Sin embargo, los tamaños del grupo pueden ser bastante grandes durante las evaluaciones participativas. El análisis visual puede prepararse y comentar en un grupo grande, seguido de diálogos detallados sobre los temas seleccionados con unos grupos más pequeños. Los grupos más pequeños pueden ser auto-seleccionados, o los facilitadores pueden pedirles que se agrupen de acuerdo a género, edad u otros criterios apropiados para el contexto.

Los facilitadores juegan un rol clave en la presentación de un tema a polemizarse y en hacer preguntas de sondeo. Es mejor permitir al grupo hablar del tema entre sí, sin interrumplirlos frecuentemente. El facilitador debería poder escuchar atentamente, tomar notas y observar a los participantes.

Este método es central para cualquier proceso de evaluación participativa. Algunas DGF pueden planificarse con anticipación y pueden invitarse a las personas a participar en la charla a una hora y lugar fijos. Sin embargo, con frecuencia puede que debamos comenzar una DGF cuando se vea una oportunidad, ej. si encontramos a un grupo de niños de 14 años fuera de una tienda de videos, podemos invitarlos a hablar allí mismo.

2.16 Estudios de caso, historias e impresiones

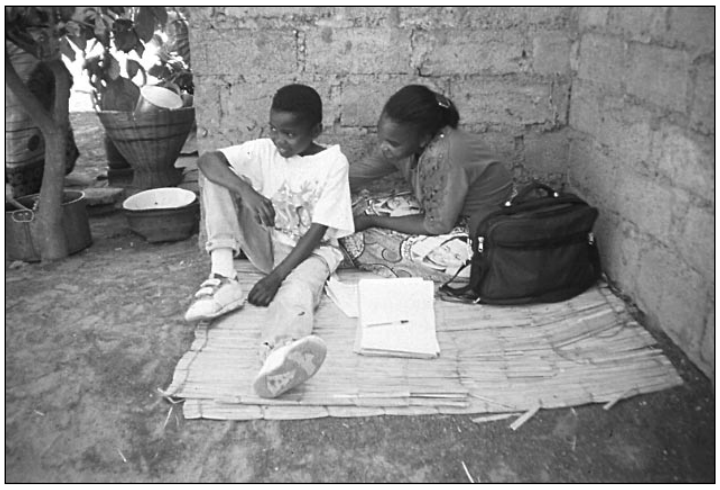
Con las anécdotas, las historias de la vida de los individuos o la descripción de un evento importante en la vida de una persona que puede surgir durante una charla se llega a un entendimiento valioso de los temas de que se dialoguen. La mayoría de los métodos visuales de análisis proveen la percepción del grupo o del individuo sobre un tema. Las experiencias y testimonios individuales pueden usarse para apoyar los resultados del análisis de grupo. Usualmente los facilitadores escuchan pero no graban estas experiencias.

> Frecuentemente los niños les piden a las niñas de su mismo grado favores sexuales. "Algunas veces sólo quieren tocar algunas partes de nuestro cuerpo y algunas veces también nos pellizcan. También nos piden tener sexo", explicó un grupo de niñas de entre 9 y 15 años, y agregaron "Cuando nos piden tener sexo, tenemos que aceptar".
>
> "Por qué tienen que aceptar?" preguntamos.
>
> "Porque si una niña se rehusa, el niño ya no la ayuda con sus deberes y puede negarse a prestarle un lápiz cuando ella lo necesita."

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah, Chawama, Lusaka.

> Estábamos hablando del uso de condones con un grupo de niños. Debido a que algunos de ellos habían mencionado que usan condones, queríamos saber de dónde los obtenían y si los compraban. Entre risas los niños respondieron, "No, no los compramos. Nosotros los hacemos!" Naturalmente nos dio curiosidad sobre cómo los hacían.
>
> "Es simple. Tomamos los envoltorios plásticos vacíos de los cubos de hielo (helados) y los usamos como condón. Deben amarrarse con un hilo en el pene".

Fuente: Notas de campo de Mary Simasiku, George, Lusaka.



Christine, miembro del Comité Comunitario de Salud, habla con un niño de la comunidad. Zambia.

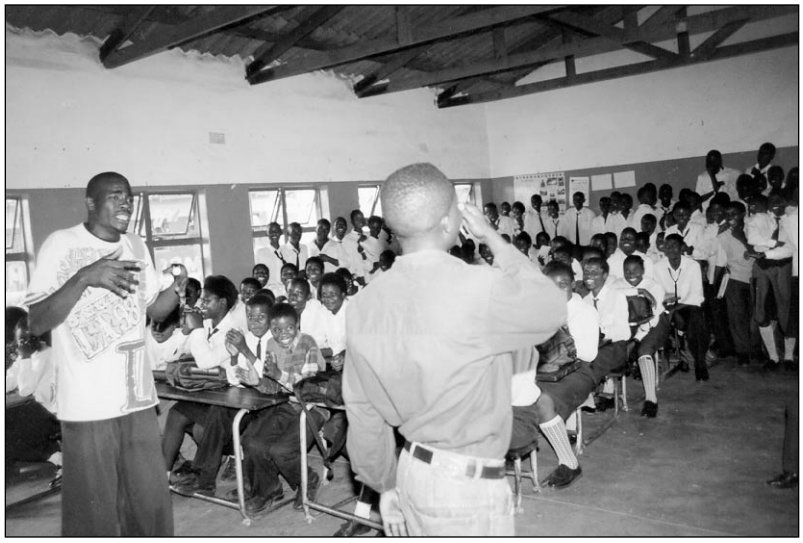
2.17 Interpretación de papeles desempenados

La interpretación de papeles es una presentación representada de una situación de la vida real. Los participantes pueden presentar sus propias experiencias o las que han escuchado o visto, y estas interpretaciones pueden variar desde las narraciones cortas, que presentan un evento o un personaje, hasta las largas que pueden cubrir varios aspectos de un tema.

Las interpretaciones de papeles ayudan a formar el entendimiento con el grupo, así como a fomentar su auto-confianza. Usualmente son divertidas y proveen una oportunidad para comprender los puntos de vista de otras personas.

Algunas veces las interpretaciones toman mucho tiempo, especialmente cuando los participantes quieren participar. Algunos pueden pensar que es vergonzoso o peligroso exponerse frente a otros. Es mejor no imponer, pero el facilitador debería tratar de explicar los objetivos de dicho ejercicio y su uso.

Las interpretaciones de papeles deberían seguirse por un diálogo sobre la presentación, por medio del cual se analiza el problema o tema y se habla de sus soluciones.



Los voluntarios representan una serie en la escuela, para comenzar un diálogo con los niños pequeños sobre el impacto negativo del sexo casual. Zambia.

Durante las evaluaciones participativas con los adolescentes en Zambia, tuvimos varias sesiones imprevistas presentadas por adolescentes. Usualmente ellos representaban la forma en que los niños se acercan a las niñas y las consecuencias con que se deben enfrentar si se involucran en una relación sexual. Otro tema común de la interpretación de papeles era cómo los papás dulcemente se acercaban a las niñas y les convencían a tener sexo con ellos. Los adolescentes se divirtieron con la interpretación de papeles y les ayudó a entenderse entre sí. Fue posible iniciar los diálogos sobre varios temas delicados luego de que se presentaron estos temas por la interpretación de papeles.

La interpretación de papeles continúa usándose como un medio efectivo de comunicación por los consejeros de adolescentes durante la fase de implementación del proyecto PALS.

CAPÍTULO 3

ABORDANDO LA DOCUMENTACIÓN, ANÁLISIS, SÍNTESIS Y REDACCIÓN DEL REPORTE[27]

Meera Kaul Shah

3.1 El reto de documentar un proceso participativo

La documentación y síntesis de la información generada durante una evaluación participativa es una parte muy importante del proceso. Frecuentemente es aquí donde los facilitadores tienen la mayoría de los problemas (Shah y Shah, 1995). Los problemas de documentación y reporte surgen porque:

- Los trabajadores de campo están más cómodos y familiarizados con el modo verbal de comunicación.
- Los facilitadores no están acostumbrados a tomar notas en el campo, y contínuamente se les debe recordar, por lo menos al principio.
- Usualmente un proceso de evaluación participativa provee una oportunidad para un aprendizaje enorme. Dada la forma en la que aprendemos tantas cosas nuevas, a un ritmo increíblemente rápido, es muy fácil entusiasmarse al efectuar las charlas con la comunidad y olvidar de grabarlas.
- Con mucha frecuencia, se les dificulta a los documentadores separar de sus propios criterios el análisis y punto de vista de los participantes, lo que puede crear mucha confusión después, al sintetizar la información.
- Frecuentemente les hacen falta a los trabajadores de campo las habilidades analíticas y de redacción necesarias, especialmente si no han sido capacitados en este campo. Usualmente no es requisito para su trabajo que tengan ellos estas habilidades.
- El analizar y documentar la información generada a través del proceso participativo es mucho más difícil comparado con el uso de un método más convencional (como las encuestas de cuestionario).

3.2 Tres etapas de la documentación

Existen tres niveles en los que se realiza la documentación durante una evaluación participativa:

1. toma de notas de campo;
2. preparación de reportes diarios; y
3. redacción del reporte de síntesis (para cada comunidad/ lugar donde se realizó la evaluación y si se cubren varias comunidades, también una síntesis global).

3.2.1 Tomando notas de campo

El hacer acta apropriadamente de todas las charlas y resultados visuales es de suma importancia en el proceso de documentación. Éstos son los datos básicos que pueden usarse para el análisis y síntesis. Dada la gran cantidad de información y análisis que se genera durante una evaluación, es muy fácil perderla y olvidar mucho si no se registra inmediatamente en el campo. Por esta razón, el papel que desempeña el documentador es muy importante en el equipo. Se debe tener en mente lo siguiente al tomar las notas de campo:

- ~ Es bueno comenzar por pedir permiso para tomar notas a los participantes.
- ~ Use un cuaderno pequeño para tomar notas en el campo.
- ~ Si por alguna razón no es posible tomar notas durante una charla, debe hacerse en la primera oportunidad disponible. Es imposible recordar las charlas por completo, y pueden perderse puntos importantes, si el registro se deja por mucho tiempo.
- ~ Registre toda la charla, diálogos y desavenencias durante un análisis.
- ~ Registre las frases y palabras claves en el lenguaje local.
- ~ Asegúrese de que las definiciones de las palabras claves sean producidas por los participantes (vea el cuadro en la página siguiente).

DEFINIR 'VIOLACIÓN'

Al hablar con los adolescentes en Zambia sobre las preferencias, un grupo de niñas entre 9- 15 años mencionó que no les gusta tener sexo con los hombres mayores, aunque ellos dan a cambio mejores regales o más dinero. La razón fue que los hombres mayores violan a las niñas cuando tienen sexo. Sin comprender por qué lo llaman violación, ya que se había mencionado que la niña estaba renuente a tener relaciones con el hombre, les preguntamos qué significaba 'violación'. Ellas explicaron: "Violación es cuando un hombre mayor tiene sexo con una niña pequeña y en el proceso rasga su vagina… la vagina se rasga porque es pequeña y el pene del hombre es grande".

'Violación' no tenía nada que ver con 'sexo forzado' de la forma en la que nosotros lo entendemos.

Fuente: Notas de campo de Meera Kaul Shah, Chawama, Lusaka.

- ~ Copie cuidadosamente todo el análisis visual en un papel tamaño carta.

- ~ No trate de 'embellecer' el medio visual. Trate de retener todas las características originales que pueda (ej., si las líneas dibujadas en el mapa no son rectas, no trate de enderezarlas al copiar).

- ~ Ponga los nombres de todos los participantes en los resultados visuales. En algunos casos, especialmente cuando se analizan los temas delicados, puede que los participantes no quieran que se apunten sus nombres. También, puede que los facilitadores decidan no apuntar los nombres en las situaciones muy delicadas. Si es un tema muy delicado para no apuntar los nombres, apunte el número y composición del grupo.

- ~ Tome nota de quienes participaron en el análisis – hombres mayores, mujeres jóvenes, niños y niñas, niños desertores, mujeres en mejor situación, etc.

- ~ Apunte la fecha, hora y lugar.

- ~ No haga medios visuales por su cuenta. Si se presentan datos que solamente se debatieron verbalmente – es mejor escribir en estilo narrativo. Si hace medios visuales en sus notas (al presentar las charlas para las cuales los participantes no prepararon ningún medio visual), manifieste claramente que es su presentación y no la de los participantes.

~ No olvide que el análisis no está completo hasta que se haga una entrevista sobre el medio visual. Sondee y haga preguntas luego de que los participantes hayan terminado de preparar el medio visual. Apunte todas las preguntas hechas y las respuestas dadas. Debe registrar si hay discusiones o desavenencias entre los participantes.

~ Tenga cuidado de ser objetivo al apuntar. Apunte lo que se dijo o explicó, en lugar de lo que usted pensó que daban a entender.

~ Es importante que las respuestas se juzguen conforme al tipo de información compartida. La información se puede dividir en tres categorías:

HECHOS REALES - una hora y lugar de común acuerdo; una verdad específica

OPINIÓN - un punto de vista de una persona o grupo sobre un tema en particular

RUMOR - información no confirmada de una fuente desconocida

(Fuente: Sam Joseph, citado en Pretty et. al., 1995: 193)

Por lo tanto, es útil mencionar qué información se trianguló, y cómo, y la que solamente fue dicha por el grupo o un individuo.

~ Al apuntar los resultados visuales, asegúrese de tomar notas sobre los símbolos o métodos que ellos han usado (ej., si usan punteo, explique si el 1 = mejor o si el 1= peor, etc.).

~ También se deben apuntar las historias, anécdotas o estudios de caso, ya que proveen información de apoyo al análisis realizado en grupos.

~ Se debería apuntar separadamente cualquier observación.

3.2.2 Preparando reportes diarios

Es importante repasar el proceso de evaluación a diario. Luego de terminar el trabajo de campo del día, los facilitadores deben reunirse para reflexionar sobre el proceso del día y compartir sus experiencias. Los repasos a diario son importantes, especialmente cuando los facilitadores están divididos en varios equipos y trabajan en diferentes lugares con grupos separados de la comunidad. Este repaso facilita la triangulación y análisis de resultados, y también puede usarse como una oportunidad de dar retroalimentación los unos a los otros.

Luego de que se hayan compartido los resultados, el equipo debería dividir y compartir la responsabilidad de escribir las notas correspondientes al proceso del día. Se debe escribir todo el análisis realizado en la comunidad y se deben copiar los resultados visuales con las notas explicativas apropiadas. No es útil tener muchos resultados visuales si no tienen explicación. *(Observe cómo los ejemplos en estas* Guías *tienen notas explicativas, sin las cuales muchos no habrían tenido significado para el lector.)*

En donde haya cuantificación, agregue datos (ej., número total de hogares u hogares mostrados en el mapa donde la mujer está encargada del hogar o la distribución de hogares conforme a las categorías de riqueza/bienestar, etc.).

Estos reportes diarios deberían estar listos antes de comenzar el trabajo de campo del día siguiente. Todos los reportes deberían ser recogidos por una persona y guardados en un lugar seguro.

El repaso a diario también ayuda a reflexionar sobre el progreso logrado y la planificación del trabajo de campo para el día siguiente. Puede identificarse la información que necesita triangulación, y los temas no explorados hasta el momento pueden incluirse en el plan del siguiente día.

3.2.3 Síntesis de reportes

Las síntesis de reportes se redactan al final de la evaluación participativa conjuntamente con la comunidad. Éstas son más difíciles de escribir, ya que deben tomar en cuenta diversa información generada de diferentes formas. Frecuentemente este análisis demuestra ser la parte más difícil en el proceso de la evaluación participativa. Se deben adquirir las habilidades analíticas necesarias para poder usar los resultados efectivamente. Si la documentación no lleva a cabo apropiadamente y de una forma disciplinada, siempre existe el peligro de dejar pasar la oportunidad de aprender de un proceso que permita que se comiencen las actividades de planeación y diseño con la comunidad en el futuro.

Antes de escribir el reporte, es necesario que todos los facilitadores hagan un repaso del proceso juntos. Todos los reportes diarios deberían analizarse antes de sacar las conclusiones. La mejor forma de comenzar es volver a ver la lista de verificación de los temas usados para el trabajo de campo. Toda la información disponible en cada tema debería analizarse y debe agregarse cualquier tema nuevo que pueda surgir durante la evaluación y que no esté en la lista de verificación.

Es importante tener en mente que no es necesario que el reporte final presente declaraciones singulares como resultados de un tema en particular. Es muy común obtener múltiples respuestas que no corresponden, lo que dependerá de la diversidad dentro de la comunidad. La síntesis de reporte debería reflejar esta diversidad y también debería indicar claramente los resultados que se derivan de los diferentes grupos dentro de la comunidad.

La síntesis de reporte debería presentar todos estos hallazgos importantes al final y los facilitadores deberían dar sus puntos de vista y deducciones por separado.

En caso de que existan brechas en la información o que hayan quedado preguntas sin respuesta, manifiéstelo claramente en el reporte. No dé sus propios puntos de vista sobre un tema que no haya sido analizado por la comunidad.

3.3 Compartir los resultados

Al reportar a la comunidad, es mejor compartir los descubrimientos del proceso de evaluación antes de considerar que se haya finalizado la síntesis de reporte. Esto puede hacerse en una reunión con toda la comunidad o, si la comunidad es muy grande (como es el caso de los asentamientos urbanos), se pueden hacer varias presentaciones con diferentes grupos dentro de la misma comunidad.

Redacción de un reporte diario para un DRP de Salud Reproductiva realizado en Tana (Madagascar).

Dicho proceso provee una oportunidad para verificar y triangular los resultados, así como para mantener involucrada a la comunidad en el proceso de síntesis.

Se puede usar la misma reunión para hablar de los siguientes pasos a realizarse con la comunidad para planificar las diferentes actividades que allí se podrían apoyar.

ANOTACIONES FINALES

(1) En octubre de 1997, la Unidad de Salud y Población celebró una conferencia internacional para el personal de los proyectos del programa mundial de salud y población de CARE, para hacer un repaso de las mejores prácticas en la programación de salud reproductiva. Antes de la conferencia, cada uno de los seis grupos de trabajo hicieron un repaso de la literatura y experiencia de CARE en un área programática específica, y luego presentaron los hallazgos y recomendaciones para las direcciones programáticas en la conferencia; la participación comunitaria fue una de las áreas del tema.

(2) Stan Burkey es un trabajador con experiencia de campo en las ONG, quien recientemente escribió Primero las personas: Una guía para el desarrollo rural participativo auto-dependiente; en que detalla sus reflexiones sobre el desarrollo rural participativo y auto-dependiente. Vea la lista de referencia para la mención del libro.

(3) 'Area' se refiere aquí a 12 – 15 comunidades que pueden estar bajo un jefe del grupo de comunidades.

(4) Los diálogos preparativos se realizaron anteriormente con un jefe de grupo de comunidades (para informarle sobre el propósito del ejercicio, obtener su cooperación y organizar una reunión) y CPAR, una ONG que realiza actividades relacionadas con la salud en el área y con quién colabora CARE.

(5) Ver 'Escuchar a las voces jóvenes: Evaluación participativa de la salud sexual y reproductiva en la región peri-urbana de Lusaka', Meera Kaul Shah y Gradys Nkhama (1996) CARE Zambia.

(6) Investigación operativa o investigación de acción significa examinar varias intervenciones con la población a través de un diseño de investigación casi experimental, y frecuentemente se considera la fase piloto de un proyecto antes de su comienzo.

(7) Nota del editor: Para un ejemplo de una herramienta DRP que ha sido adaptada específicamente para medir la prevalencia reportada del comportamiento sexual, refiérase a la descripción del "censo sobre el sexo" en la Guía Paso a Paso hacia las herramientas y técnicas participativas, en la Parte Tres de estas Guías.

(8) Este capítulo ha sido adaptado de Shah (1999)

(9) Chambers (1983) describe el turismo rural de desarrollo como el fenómeno de visitas rurales cortas hechas por profesionales urbanos de desarrollo que conlleva cinco clases de prejuicios: de espacio (visitas a comunidades cercanas a la ciudad y a los lados de la carretera y abandono de las regiones interiores); de proyecto (visitas a áreas donde se está implementando el proyecto); de personas (se reúne con la élite en lugar que con los pobres, con los hombres y no con las mujeres, etc.; de temporada (visitas durante la época fría y seca y no la caliente y de lluvia); y diplomática.

(10) Chambers (1997) continua usando el nombre de DRP.

(11) Estos métodos se explican detalladamente en el Capítulo 2.

(12) Éste es un cambio importante. La mayoría de los métodos APA precisan de la diagramación y preparación de las presentaciones visuales hechas por la comunidad. La visualización permite el cambio de medios de comunicación 'cerrados' a 'abiertos'. El preparar mapas, modelos, diagramas y el uso de contadores (como semillas, frijoles, piedras, etc.) para cuantificación y punteo permite a las personas ver y participar en el análisis. El preparar estos medios visuales en el suelo también significa que no existe contacto visual directo entre los facilitadores y las personas locales. Su contacto visual está a nivel del suelo, en el medio visual, lo que ayuda a que haya confianza entre la comunidad para realizar su propio análisis y que haya entendimiento entre ellos. Debido a que varias personas participan en la preparación y análisis del medio visual, es fácil triangular la información.

(13) En esta parte de la guía de campo, principalmente nos enfocamos en el uso de estos métodos durante un proceso de evaluación participativa. Los mismos métodos pueden aplicarse a los propósitos del monitoreo y evaluación y los pueden adoptar.

(14) Para facilitar los procesos participativos de desarrollo en una comunidad se exige las habilidades apropiadas. Aunque a muchos trabajadores de campo con experiencia se les facilita entablar el diálogo con los individuos y grupos, se les dificulta presentar el uso de los métodos visuales para el análisis. Es de ayuda si antes se brinda la capacitación a los facilitadores. Si es posible, invite a alguien con experiencia en el uso de la metodología APA para capacitar y proveer apoyo durante el primer trabajo de campo. Esto facilita el aprendizaje. Sin embargo, si no es posible obtener ayuda externa, siempre puede comenzar con la ayuda de material de referencia como estas guías. Comprender los métodos y proceso APA viene solamente con la práctica en el campo.

(15) El mapeo participativo y otros métodos APA se explican en el Capítulo 2.

(16) En esta etapa, el proyecto PALS no existía. De hecho, al principio no sabíamos si surgiría un nuevo proyecto de esta interacción o cómo sería. Esta flexibilidad, de permitir que surgiera el marco lógico del proyecto de la evaluación participativa, es un elemento importante del proceso. El tener financiamiento flexible disponible en las etapas iniciales fortalece significativamente el proceso participativo.

(17) Sección 1.12 ha sido adaptada de Kambou (1999)

(18) El escuchar activamente incluye: poner atención cuando alguien habla, permitir que otros digan todo lo que tengan que decir y no interrumpir y no tener conversaciones en secreto durante la charla de grupo.

(19) Usualmente se enumeran a seis ayudantes (ver Pretty et. al., 1995). He agregado 'cuántos'. Considero que frecuentemente creamos un problema ficticio en el trabajo de campo cualitativo de que no es posible cuantificarlo. En mi experiencia, las personas locales, incluyendo los analfabetas, no tienen ningún problema en realizar la mayoría de los análisis cuantitativos básicos.

(20) Este capítulo ha sido adaptado de Shah (1999)

(21) Esta lista no está completa. Existen muchos otros métodos APA que se utilizan en otros contextos, pero no fueron considerados apropiados para nuestro tema, por lo que no se incluyen aquí.

(22) Los ejemplos dados en este capítulo han sido tomados del proyecto PALS para la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes, el cual CARE implementa en la zona peri-urbana de Zambia.

(23) Un mapa u otro análisis visual preparado en el suelo permite a más personas participar en el proceso y observarlo. También se sienten libres los participantes cuando usan los materiales locales. También es más fácil corregir en el suelo que en papel.

(24) Esta versión del mapeo de censo también puede preparase en el suelo al hacer un cuadriculado, el cual tiene una casilla para cada uno de los hogares. Luego se pueden llenar estas casillas con la información para cada hogar con los materiales disponibles.

(25) Korrie es el nombre de la marca registrada de un aceite vegetal popular que se vende en latas de 20 litros, las que se cortan y se usan para techos.

(26) También hicimos preguntas para aclarar si se hablaba de "jugando a tener sexo" o "sexo penetrante".

(27) Este capítulo se obtuvo de Shah (1999), Escuchar las voces jóvenes: Una guía de campo para facilitar las evaluaciones participativas de la salud sexual y reproductiva entre adolescentes (CARE Internacional en Zambia y FOCUS on Young Adults)

REFERENCIAS

Absalom et al. (1994) 'Compartiendo nuestras inquietudes y viendo hacia el futuro', Notas APA 22: 5-10.

Aubel, Judi, Ph.D., MPH; Cárdenas, Carlos, MD, MPH; Mason, Shannon, MPH; MucNulty, Judiann, DrPH; Ward, Dora, MPH. Participación para el empoderamiento. Unidad de Salud y Población, CARE Atlanta. Pendiente de publicar.

Burkey, Stan. Primero las personas: Una guía para el desarrollo rural participativo auto-dependiente. Londres y Nueva Yersey, Zed Books, Ltd., 1993.

Chamberlain, Roger; Chillery, Mindy; Ogolla, Lenin y Wandera Ochieng. "Teatro participativo educativo para el conocimiento del VIH/SIDA en Kenia" Publicado por primera vez en Notas APA, 23 junio 1995. En SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Chambers, Robert. "Diagnóstico rural: rápido, relajado y participativo". Documento de debate, Num. 311. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo, octubre 1992.

Chambers, Robert. ¿La realidad de quién cuenta? Poniendo al último primero. Londres, Intermediate Technology Publications; 1997.

Chambers, R. (1983) Desarrollo rural: Poniendo al último primero, Longman, Essex.

Cornwall, Andrea. "Mapeo corporal en la salud DRR/DRP" En SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

De Koning, Korrie y Martin, Marion. Investigación participativa en salud: temas y experiencias. Londres y Nueva Yersey: Zed Books Ltd.; 1996.

Edström, Jerker y Nowrojee, Sia. "Reporte de un taller de DRP para el diagnóstico de las necesidades en salud sexual (con una caja de herramientas esenciales de DRP para los principantes). Alianza Internacional de VIH/SIDA; febrero 1997. En SHIP: Paquete de Información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Ferron, Suzanne, Morgan, Joy, O'Reilly, Marion. Promoción de higiene: Un manual práctico para ayuda y desarrollo. A publicarse en mayo 2000; IT/CARE, Londres.

Gordon, Gill. "Aprendizaje participativo para la salud sexual con la Asociación de Paternidad Planificada de Ghana". Publicado por primera vez en Notas APA 23; julio 1995. En la SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Kambou, Sarah Degnan. La evolución y aplicación del aprendizaje participativo y acción en el asocio para el proyecto de la salud reproductiva y sexual entre adolescentes (PALS). CARE y FOCUS on Young Adults; junio 1999.

Kambou, S.D.; M.K. Shah y G. Nakhama (1998), 'Por un lápiz: Sexo y adolescencia en el área peri-urbana de Lusaka' en Guijt, I. Y M.K. Shah (editores). El mito de la comunidad: Temas de género en el desarrollo participativo (Intermediate Technology Publications, London).

Kane, Eileen. "TRABAJO DE BASE: Investigación participativa para la educación de niñas", Washington, D.C.; El Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial. Sin fecha.

Instituto de Estudios de Desarrollo. SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, IED; junio 1997.

Osborne, N. (ed) 1998. Ejercicio de diagnóstico participativo de los medios de vida en Malawi (Síntesis de Reporte), CARE Malawi.

Pretty, Guijt; Thompson y Scoones, "Aprendizaje participativo y acción: Guía de capacitadores". Londres, Instituto Internacional para el Ambiente y Desarrollo (IIED); 1995.

Sellers, Tilly y Westerby, Martin. "Facilitadores adolescentes: barreras para mejorar la salud sexual de adolescentes" Publicada por primera vez en Notas APA 25; febrero 1996. En SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Shah, Meera Kaul y Nkhama, Gladys. "Escuchar las voces jóvenes: Evaluación participativa de la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes en el área peri-urbana de Lusaka", 1996. Disponible en CARE Zambia.

Shah, M.K., (1999) "Escuchar las voces jóvenes: Facilitando las evaluaciones participativas de la salud reproductiva entre adolescentes" (FOCUS on Young Adults, Washington DC).

Shah, P. y M.K. Shah (1995) "Procesos participativos: ¿Evitando o precipitando el conflicto?" Notas APA 24; 48-51.

Simonetti, Cecilia; Simonetti, Vera y Arruda, Silvani con Rogow Debbie. "Escuchar a los niños: Una charla con el personal de ECOS". En SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Welbourn, Alice. "Trabajo del diagnóstico de las necesidades usando DRP: Algunas notas iniciales"; julio 1996. SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.

Welbourn, Alice. "DRP, género y resolución de conflictos: Algunos problemas y posibilidades". En SHIP: Paquete de información sobre la salud sexual. Usar los enfoques participativos de aprendizaje en el trabajo de la salud sexual. Brighton, Inglaterra: Universidad de Sussex, Instituto de Estudios de Desarrollo; junio 1997.