

MEMORIA DE LOS TALLERES CENTROAMERICANOS
DE EDUCACION SANITARIA Y MONITOREO

UN NUEVO ENFOQUE

Un reto y avance transformador



EL SALVADOR Y PANAMA, 1994

UNICEF OFICINA DE AREA CENTROAMERICA

MEMORIA DE LOS TALLERES CENTROAMERICANOS
DE EDUCACION SANITARIA Y MONITOREO

UN NUEVO ENFOQUE

Un reto y avance transformador



EL SALVADOR Y PANAMA, 1994

ext 141/142
13362
203.2 GAME

UNICEF OFICINA DE AREA CENTROAMERICA

PREFACIO

Este documento presenta la Memoria de los Talleres Centroamericanos que de Educación Sanitaria y Monitoreo: Un Nuevo Enfoque, que se realizaron en los meses de abril y mayo de 1994 en Panamá y El Salvador.

No se buscó elaborar una Memoria en forma tradicional; se trata de un Manual-Guía que permita una utilización amplia y práctica no solamente para los participantes, sino también para todas aquellas personas que estén interesadas en el tema.

Una de las razones principales para la celebración de los talleres era el desarrollo de un sistema de monitoreo a nivel centroamericano. En esta memoria se incluyó como anexo 4 una propuesta para un sistema de monitoreo, basada en las discusiones entre todos los participantes.

Se elaboró este Manual-Guía, fruto del esfuerzo conjunto, para establecer el marco para un cambio y dar seguimiento al tema que sirva para una mejor aplicación, desarrollo y sostenibilidad de la Educación Sanitaria en nuestros países y para proyectar con claridad su importancia y papel en el desarrollo del recurso humano comunitario y su protagonismo en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

El apoyo continuo de las instituciones representadas en los talleres es indispensable para seguir mejorando los instrumentos de monitoreo, cualquier comentario y reflexión sobre el contenido del manual para seguir mejorándolo, es muy bienvenida para la elaboración de documentos y manuales que deben desarrollarse para fortalecer el nuevo enfoque.

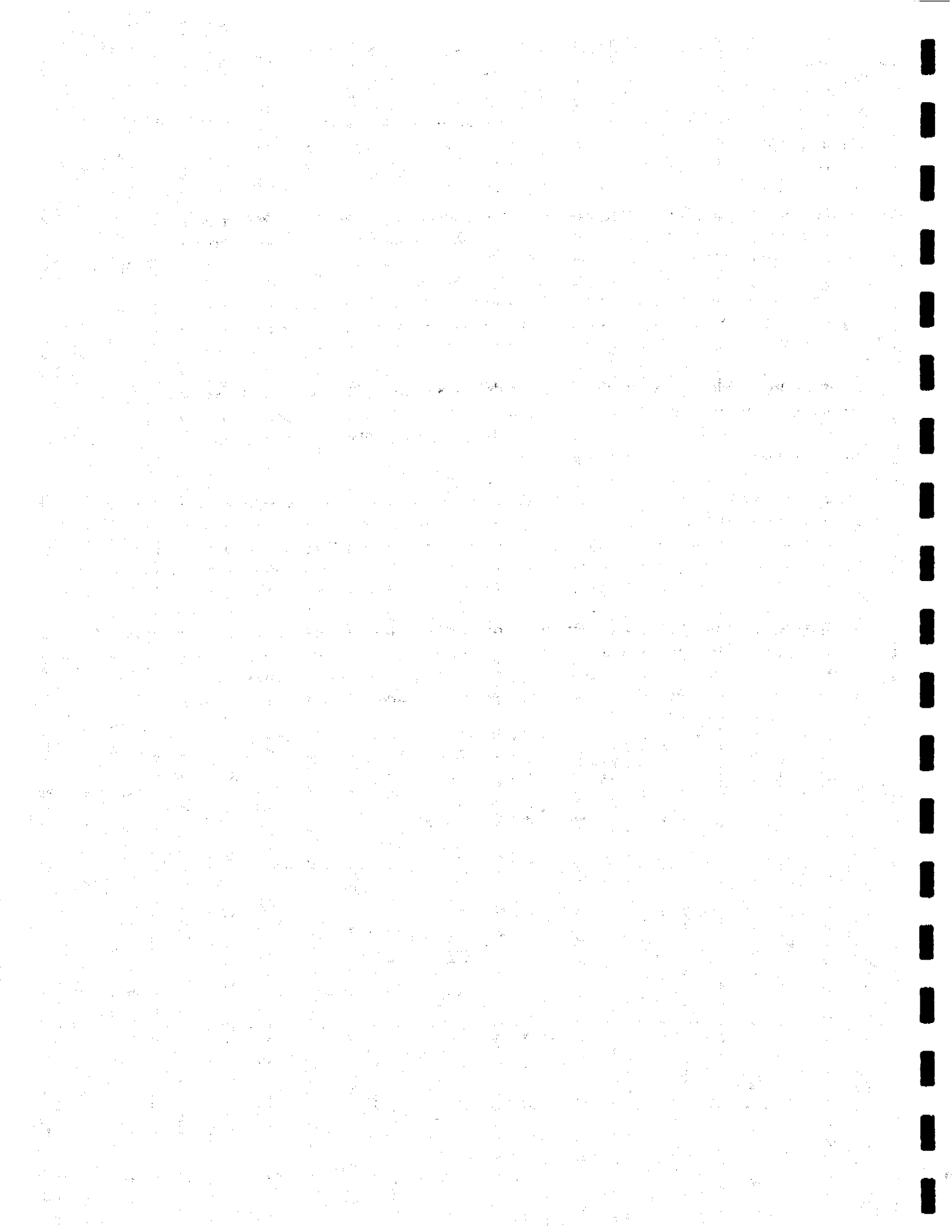


TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	7
1. Antecedentes	7
2. Los talleres sobre educación sanitaria y monitoreo	8
3. La guía	9
PARTE I	10
CAPITULO I. LA EDUCACION SANITARIA TRADICIONAL Y EL 'NUEVO ENFOQUE'	11
1. Percepcion y actitudes frente al saneamiento	11
2. Problemas en los programas tradicionales de educacion sanitaria	12
3. Letrinizacion no es lo mismo que saneamiento	12
4. Asumiendo una estrategia innovadora de la educacion sanitaria	14
5. Elementos importantes para el nuevo enfoque	17
CAPITULO II. EL CAMBIO CONDUCTUAL EN LA EDUCACION SANITARIA	18
1. Por qué el cambio de las conductas?	18
2. Por qué usar el cambio de conductas?	18
3. Qué es exactamente el cambio de conductas?	18
4. Qué factores favorecen o desfavorecen el cambio?	19
CAPITULO III. IMPLEMENTACION DEL ENFOQUE DEL CAMBIO DE CONDUCTAS	21
1. Cómo llevar el cambio a las comunidades?	21
2. El estudio de la conducta de la comunidad	23
CAPITULO IV. METODOLOGIAS DE ESTUDIO DE LA COMUNIDAD.	25

PARTE II		27
CAPITULO V.	EL MONITOREO DE LA EDUCACION SANITARIA	28
1.	Qué es el Monitoreo?	28
2.	Por qué el Monitoreo?	29
3.	Cuál es su Enfoque y Alcance?	30
4.	Que características tiene el monitoreo comunitario?	32
CAPITULO VI. IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE MONITOREO		34
CAPITULO VII. LOS INDICADORES		38
1.	Indicadores Comunitarios	38
2.	Indicadores Institucionales	40
3.	Definiciones	42
4.	Sistema de Monitoreo Centroamericano Propuesto	43
PARTE III		44
ANEXO 1	TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS	
ANEXO 2	UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION SANITARIA CON ENFOQUE DE GENERO	
ANEXO 3	INSTRUMENTOS Y GUIAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACION	
ANEXO 4	FORMATOS GRAFICOS PARA LA ORGANIZACION Y PRESENTACION DE LA INFORMACION	
ANEXO 5	SISTEMA DE MONITOREO CENTROAMERICANO	
ANEXO 6	PARTICIPANTES A LOS TALLERES	

INTRODUCCION

1. Antecedentes

Dentro de las difíciles condiciones estructurales y contexto crítico de los países centroamericanos, el Programa Subregional de Cooperación de Agua, Saneamiento y Educación Sanitaria de UNICEF, ha venido contribuyendo a la reducción sostenida de enfermedades de origen hídrico y las producidas por inadecuada disposición de excretas, mediante la provisión de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento y la promoción de la educación sanitaria y ambiental.

De igual manera, ha imprimido importancia creciente al fomento e implementación de la educación sanitaria, fundamentado en el hecho que la sola construcción de infraestructura sanitaria y prestación de servicios de agua, no solucionan el problema, si no van acompañadas, desde el inicio, de procesos permanentes y participativos de educación sanitaria que permitan un verdadero cambio de conductas.

A principios de 1993, las evaluaciones de medio término del Programa Subregional de Agua, Saneamiento y Educación Sanitaria de UNICEF para Centroamérica y de los países Guatemala, Honduras y El Salvador encontraron que los avances a la fecha no son los esperados.

Las misiones recomendaron el apoyo al Programa, durante los siguientes tres años. No obstante, a condición de que se efectúen mejoras en lo que respecta a la educación sanitaria.

Una de las actividades iniciales se refirió al proceso de replanificación de acciones inmediatas y concretas en cada país, las cuales deberían ser incluidas en los Planes de Acción Nacionales.

También, el Programa ha iniciado una serie de actividades de carácter subregional; el primero fue el "Taller Subregional de Educación Sanitaria y Empowerment de la Mujer", realizado en La Ceiba, Honduras, que hizo un análisis estratégico de las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas como base para la formulación de Programas y Proyectos específicos por país, y también la sensibilizó para la incorporación del enfoque de género en los proyectos.

La segunda actividad sub-regional han sido los dos Talleres Centroamericanos sobre **Educación Sanitaria y Monitoreo: Un Nuevo Enfoque.**

Estas actividades son parte de la política de fortalecer los roles de las instituciones y contrapartes nacionales para alcanzar las metas de saneamiento a través de metodologías de empoderamiento de la comunidad, de cambio de comportamiento en los hábitos higiénicos, así como de procesos de aprendizaje-acción.

2. Los talleres sobre educación sanitaria y monitoreo

El propósito fundamental de los talleres fue el de contribuir al desarrollo de una Educación Sanitaria centrada en el cambio de comportamiento de las prácticas higiénicas y el de incorporar procesos de monitoreo que involucre a la comunidad.

El primer Taller efectuado en Panamá tuvo un énfasis mayor hacia la zona rural e indígena. Participaron 31 representantes de organizaciones no gubernamentales, UNICEF y contrapartes nacionales de los proyectos de agua, saneamiento y educación sanitaria de los países de Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá.

El segundo evento, con acento en las zonas marginales urbanas fue llevado a cabo en El Salvador. Asistieron 21 representantes de las mismas instituciones, de los países de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

El intercambio de experiencias y alternativas de trabajo presentadas por los diversos países enriqueció los debates y posibilitó la definición de formas de implementación del nuevo enfoque.

La metodología combinó la teoría con la práctica. Se aplicaron técnicas de trabajo grupal, ejercicios de sensibilización, análisis de planes de trabajo, discusiones en panel, tarjetas, sesiones plenarias para presentaciones y puesta en común y prácticas de campo. De igual manera, los talleres aportaron las partes iniciales del diseño de un sistema de monitoreo comunitario con indicadores sencillos.

La organización y coordinación de los eventos estuvo a cargo del Programa Subregional de Agua Saneamiento y Educación Sanitaria y las oficinas de UNICEF en Panamá y El Salvador. La facilitadora de ambos talleres fue Norah Espejo del I.R.C., el Centro Internacional de Agua y Saneamiento.

3. La guía

El presente documento pretende apoyar, en el área de Agua y Saneamiento los procesos de transformación de la educación sanitaria, por lo cual se concibió como una guía de trabajo

La primera parte básicamente es el marco teórico; plantea enfoques renovadores, teorías, estudios y factores de cambio, así como un conjunto de elementos para el diseño e implementación de un sistema de monitoreo de la educación sanitaria.

La segunda parte trata las estrategias y metodologías operativas para implementar el cambio de conductas en las comunidades y el monitoreo comunitario e institucional. Más específicamente propone una serie de indicadores construidos con los participantes a los talleres.

La tercera parte incorpora, como anexos, diversos casos de los países centroamericanos y proporciona ejemplos ilustrativos que facilitan una aproximación a las realidades concretas.

PARTE I

EL ENFOQUE DE CAMBIO DE CONDUCTA

CAPITULO I. LA EDUCACION SANITARIA TRADICIONAL Y EL 'NUEVO ENFOQUE'

1. PERCEPCION Y ACTITUDES FRENTE AL SANEAMIENTO

Actualmente el saneamiento es todavía un tema poco atractivo dentro de los proyectos de agua. El grupo colaborativo de Agua y Saneamiento (WSSCG) de la OMS (1994) ha resumido claramente la situación del saneamiento:

- * Prácticamente no hay saneamiento, el énfasis está primordialmente en agua.
- * Falta decisión política para promover e implementar el saneamiento.
- * Tiene poco prestigio y a nadie le gusta como:
 - Profesión.
 - Tecnología.
 - Los políticos no lo integran en sus planes de acción.
 - El tema es incómodo y se maneja con muchos tabúes.
- * Su tecnología es poco desarrollada
- * Existen muy pocos recursos institucionales para desarrollar proyectos de saneamiento.

CONCEPTO DE SANEAMIENTO:
"Interacción segura con la excreta humana"
(Grupo de trabajo de WSSCC, 1994)

2. PROBLEMAS EN LOS PROGRAMAS TRADICIONALES DE EDUCACION SANITARIA

Muchos programas de agua y saneamiento incorporan la educación sanitaria como un componente, el cual tradicionalmente tiene ciertas características que hemos dado en llamar el *Síndrome de la Educación Sanitaria*. En general sus signos y síntomas son:

- * Surge como exigencia de las agencias donantes o por necesidades e intereses del proyecto.
- * A menudo se inicia el programa de educación sanitaria cuando ya están construidas las facilidades.
- * Se centra en educar más que en aprender, por lo cual se orienta a transmitir información e impartir mensajes.
- * Los métodos que utiliza son conversativos no participativos, no toman en cuenta el conocimiento y saber de las personas, como tampoco su contexto sociocultural.
- * Se limita a actividades puntuales y aisladas que no llevan a un cambio.
- * En general consiste en charlas de salud dirigidas a las mujeres, dejando por fuera a las niñas y niños y a los hombres.
- * Muchas veces se limita a capacitación para la construcción, mantenimiento y reparación de letrinas y sistemas de agua. Con frecuencia en este tipo de capacitación no participan las mujeres.

3. LETRINIZACION NO ES LO MISMO QUE SANEAMIENTO

Dando una mirada a la evolución que los proyectos de saneamiento han tenido, se pueden identificar los siguientes fases (ver FIG. 1):

FASE 1: 'Construir letrinas'. El problema de saneamiento es identificada como una cuestión de poner las excretas humanas en letrinas lejos de los fuentes de agua. De al manera construían letrinas como componentes adicionales a los sistemas de agua o como requisito antes de que el proyecto comience a construir el sistema de abastecimiento de agua en la comunidad.

FASE 2: 'Use la letrina'. El problema de saneamiento es replanteado como una cuestión de uso de la letrina. De tal manera la construcción de letrinas se acompañen de programas de educación sanitaria (charlas) para enseñar el como y el porque del uso de letrinas.

Tabla 2

PORCENTAJE DE REDUCCION DE LA DIARREA DEBIDO A CONDUCTAS SANTARIAS	
RESPECTO AL LAVADO DE MANOS:	
BURMA	30%
USA	48%
BANGLADESH	35% URBANA
RESPECTO A LA COMBINACION DE VARIAS CONDU CTAS HIGIENICAS:	
BANGLADESH	26% URBANA 40% RURAL
GUATEMALA	14%
ZAIRE	11%

Hay que reconocer que las estrategias de participación comunitaria han ayudado en superar en enfoque biológico de salud-enfermedad. Actualmente se está cuestionando mucho los enfoques paternalistas y autoritarios y se sugiere el reconocimiento del saber popular, donde la comunidad es "sujeto" con potencialidades y capacidades, para su propio desarrollo. Sin embargo, el enfoque innovador no solo consiste en volver más participativos los programas de educación sanitario sino, y sobre todo, enfocado a un cambio de conducta. Por ejemplo, a situación es clara con respecto a la diarrea: estudios llevados a cabo en los últimos años indican que el "lavado de manos" reduce entre el 30% y 40% los casos de diarrea (tabla 2). Ello lleva a reflexionar sobre la importancia de la orientación al cambio conductual en los programas participativos de la educación sanitaria.

La literatura relacionada al impacto de los proyectos de agua en la reducción de mortalidad demuestran que al margen de contar con abastecimiento de agua los factores conductuales y ambientales continúan limitando los programas de salud (ver tabla 3).

Tabla 3

Causas de progreso limitado en la reducción de morbilidad y mortalidad en comunidades con sistemas de agua	
GUATEMALA (1978) -	MALOS HABITOS DE ALMACENAMIENTO DOMESTICO
AFRICA periurbana (1983) -	CONTAMINACION DE LA CALLE Y DEL BARRIO
GAMBIA (1985) -	AREA DE JUEGO DE NIÑOS ALTAMENTE CONTAMINADA
MALAWI (1987) -	USO CONTINUO DE FUENTES TRADICIONALES
-	MALOS HABITOS DE ALMACENAMIENTO DOMESTICO

Fuente: WASH, 1994.

Un enfoque innovador para lograr resultados más sostenibles y seguros en cuanto a salud y enfermedades de origen hídrico requiere entonces un claro enfoque de la educación sanitaria orientada al cambio de conducta y sustentada en la participación comunitaria. Aplicar estrategia y métodos diferentes que permitan a los mismos beneficiarios definir sus necesidades y apoyarlos para alcanzar los objetivos es impostergable.

5. ELEMENTOS IMPORTANTES PARA EL NUEVO ENFOQUE

Educación sanitaria con participación de la comunidad y orientada a un cambio en lo que a hábitos higiénicos se refiere, contendrá los siguientes elementos:

- INTEGRAR EL MEDIO FISICO, EL AMBIENTE SOCIAL Y LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INTERVIENEN.
- INVESTIGAR ANTES, CUALES SON LAS NECESIDADES DE CAMBIO Y LOS INTERESES DE LAS COMUNIDADES.
- FORMULAR OBJETIVOS DE CAMBIO DE CONDUCTAS A CORTO Y LARGO PLAZO.
- DESARROLLAR LA EDUCACION SANITARIA COMO UN PROCESO QUE REQUIERE SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACION. NO SER INMEDIATISTAS.
- MODIFICAR LAS METODOLOGIAS Y FORMAS DE HACER LA EDUCACION DARLE EL SENTIDO DE APRENDER CONJUNTAMENTE Y DE COMPRENDER, NO DE ENSEÑAR.
- SER CONCRETOS EN EL SENTIDO DE TOCAR AQUELLOS ASPECTOS QUE SON RELEVANTES PARA LA COMUNIDAD.
- EL DISCURSO - CONTENIDO - DE LA EDUCACION DEBE ACOMPAÑARSE DE LA ACCION.

El Decenio de Agua Potable y Saneamiento puso en evidencia que hacer énfasis únicamente en la provisión de agua potable y saneamiento limita su impacto sobre la salud y el desarrollo. Para alcanzar las Metas de la próxima década es necesario ampliar el rol de saneamiento e higiene, garantizar el uso apropiado y la duración de los servicios e instar a los beneficiarios a aceptar responsabilidades, adquiriendo para ello la debida capacidad y participando en la planificación, implementación, administración y monitoreo del programa..."

(Neill Mckee, coordinador del Programa de Comunicación)

CAPITULO II. EL CAMBIO CONDUCTUAL EN LA EDUCACION SANITARIA

1. Por qué el cambio de las conductas?

El desarrollo de los pueblos plantea constantemente retos de cambio. Las situaciones varían y van exigiendo de las personas respuestas diferentes a las que se venían dando antes. En este sentido, el desarrollo es un proceso dinámico que va presentando retos y problemas distintos frente a los cuales hay que reaccionar.

- La agencia debe constituirse en un apoyo y un facilitador para la comunidad en la búsqueda y la implementación de las respuestas más apropiadas
- La búsqueda y la implementación de las respuestas es un proceso de naturaleza relacional humana, en donde los factores sociales, culturales e individuales son decisivos.

2. Por qué usar el cambio de conductas?

Tal como se mencionó anteriormente, el factor de éxito más importante en la educación sanitaria es lograr la modificación de conductas de higiene en las personas, consideradas en forma individual y colectiva. Sin embargo, existen múltiples razones para hacer énfasis en el cambio de conductas:

- Medir el impacto producido en la salud, por los proyectos de agua y saneamiento, es un poco difícil. Medir el cambio de conductas se constituye en un indicador próximo y previo para la medición del impacto.
- Los estudios de conocimientos y actitudes no han sido indicadores suficientes para determinar los comportamientos reales de las personas y comunidades.

Estos planteamientos y realidades han dado una apertura a nuevas ideas y procesos que se centran más en lo que es la conducta y en lo que se puede hacer para cambiar conductas.

3. Qué es exactamente el cambio de conductas?

Existen diversas teorías y modelos sobre cambio de conducta. Kurt Lewin en los años 60 construyó un esquema básico que sirvió para entender y operativizar el cambio conductual. Lewin plantea un modelo del cambio desde el punto de vista psicológico sustentado en los procesos internos del individuo.

El planteamiento operativo del proceso de cambio habla de tres mecanismos en el proceso de cambio:

- * **Deshielo.** Ideas, concepciones, actitudes, respuestas conductuales acostumbradas comienzan a ponerse en cuestionamiento lo que produce incomodidad, sentimientos de malestar, culpas y amenazas. Frente a ello el individuo quiere reducir ese malestar lo cual es el móvil del cambio.
- * **Cambio.** Se define como la búsqueda y el descubrimiento de nuevas informaciones, concepciones, actitudes y conductas. Poco a poco el individuo va conformando un cuadro de información, valores y juicios que lo hacen sentir mejor y hasta pueden proporcionarle una identidad diferente y por lo tanto nuevas conductas. La experimentación, el análisis y la evaluación son mecanismos clave en esta fase de cambio.

En la fase del cambio los mecanismos de información, análisis e identificación de problemas constituyen, per sé, mecanismos de modificación.

- * **Reforzamiento,** es la fase en donde las conductas adquiridas se consolidan. Es también visto como la estabilización de las situaciones y la integración de los cambios en la personalidad y en el rango de respuestas que cada persona tiene. El individuo ha encontrado otras respuestas, información y valores que le proporcionan comodidad de tal manera, que las integra en el mismo y eso puede también influir en la identidad personal.

4. Qué factores favorecen o desfavorecen el cambio?

Siendo considerada evidente e indispensable la evolución de los proyectos y programas hacia el cambio de conducta, varias investigaciones realizadas en diferentes países, se dirigieron a estudiar los factores de cambio.

Con el propósito que sean tomados como herramientas útiles en el desarrollo de los procesos de cambio, se presenta en la tabla 4 una relación que integra los hallazgos de varias investigaciones sobre los factores que influyen en la adopción o rechazo de las nuevas ideas:

Tabla 4

FACTORES DE CAMBIO
<ul style="list-style-type: none">* El agente de cambio refuerza la autonomía del grupo.* Hay un reconocimiento material y simbólico.* Las necesidades comunitarias han sido incorporadas a la planificación.
<p>Un estudio de Bangladesh halló como factores importantes de cambio los siguientes:</p>
<ul style="list-style-type: none">* Hay más ideas claras de información.* Se tienen en cuenta los ideales y valores.* Se crea sentimientos de solidaridad y amistad.
<p>Con respecto al uso de la letrina, un estudio efectuado en el Asia encontró los siguientes factores de cambio:</p>
<ul style="list-style-type: none">* La presión que ejerce el grupo.* El interés por la modernización.* Cuando los beneficiarios son "visibles" y "sentidos".* Si está al alcance de sus recursos económicos.* Si se conoce la experiencia en grupos similares.* Si hay sentimientos de comodidad, seguridad y privacidad.

CAPITULO III. IMPLEMENTACION DEL ENFOQUE DEL CAMBIO DE CONDUCTAS.

Todo el conocimiento generado por los estudios y la experiencia expuesta anteriormente, debe ser aprovechada e incorporada en nuestro propio trabajo de planificación y operativización de los proyectos.

La experiencia pasada nos ha demostrado que desde la misma formulación de los proyectos se debe incorporar a los usuarios y abrir un espacio para una participación verdadera.

1. Cómo llevar el cambio a las comunidades?

Ahora se reconoce que la planificación e implementación de proyectos de educación sanitaria debe estar sustentada en las necesidades de los usuarios, para que de ellos surja el deseo de cambio.

Esto ha llevado a crear nuevos modelos que parten de relacionar necesidades/problemas, satisfactores y servicios con prácticas, comportamientos, valores, percepciones, formas de organización y otros aspectos de la cultura e historia de las comunidades.

Una alternativa práctica para la implementación del cambio de conductas en las comunidades es la integración del proceso de identificación de problemas (esquema 1) con el proceso de cambio dentro del ciclo de proyecto.

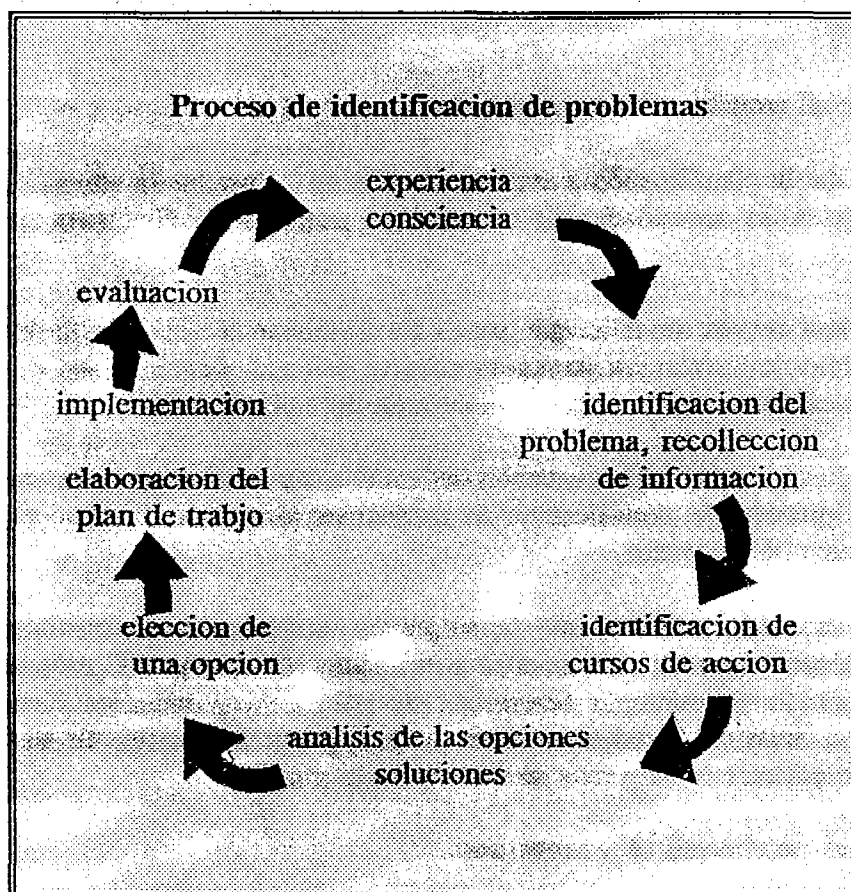
La combinación de estos dos procesos, que tienen puntos coincidentes se constituye en una herramienta metodológica muy útil que conduce a resultados de cambio. El proceso recoge los elementos conceptuales permitiendo determinar sus contenidos y métodos. Tiene como eje la participación de los usuarios en todas sus fases para asegurar la atención de sus intereses y necesidades y puede aplicarse a proyectos de corto y largo plazo.

Los principios básicos para seguir el proceso son:

- Voluntad transformadora. Asumir el cambio y articularlo con los proyectos.
- Modificación del papel de orientador por el de trabajo conjunto y acompañamiento.
- Flexibilidad para adaptar según las particularidades de cada situación.

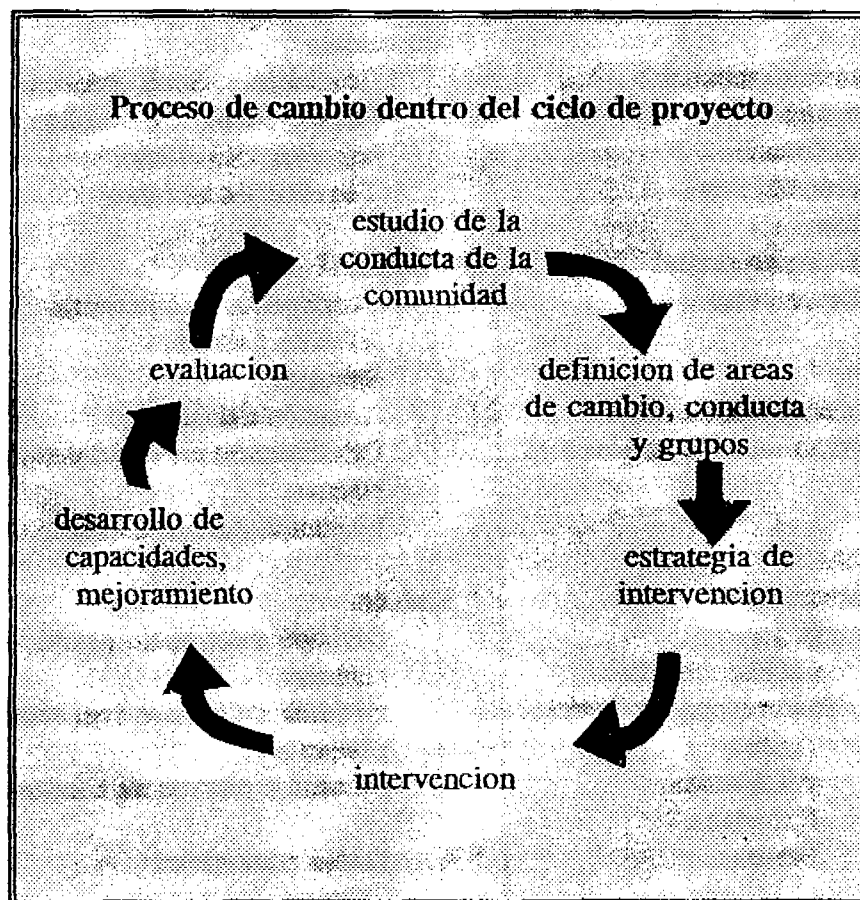
- Concebir el cambio como un proceso integral, armónico y dinámico.
- Partir de la realidad de la visión objetiva y subjetiva (percepciones) que los usuarios tienen de sus problemas y necesidades.
- Profundizar en aspectos de interés común, propiciando la convergencia para la acción conjunta.

Esquema 1



El proceso de cambio dentro del ciclo de proyecto, consta de seis fases que se pueden apreciar en el Esquema 2.

Esquema 2



2. El estudio de la conducta de la comunidad

Una de las deficiencias atribuidas a los Proyectos se refiere a la falta de un diagnóstico de la conducta de los usuarios. Por eso el punto de partida del proceso es el estudio de la comunidad en dos campos: el conductual y el situacional. En la medida en que se conozca y profundice en la conducta se podrá contar con una perspectiva real para implementar cambios acordes con sus características específicas.

Además es importante recopilar y analizar la información sobre la situación externa, en cuanto a los factores ambientales, políticos, económicos, institucionales y del programa mismo. Los principales datos a recolectar se resumen en la tabla 5 :

Tabla 5

ASPECTOS CONDUCTUALES	ASPECTOS SITUACIONALES
<p>* Organizativos: Organizaciones trabajando Líderes formales Líderes tradicionales Formas de trabajo con organizaciones Experiencia en proyectos Organización en salud</p> <p>* Participación: Formas de participación Participación social de hombres y mujeres</p> <p>* Historia y Cultura: Hábitos y costumbres Valores por género Conceptos de higiene, salud Creencias, Percepciones, Actitudes Conductas: Agua Alimentos Excretas Basura</p> <p>* Fuentes de Agua: Ubicación Sistemas Creencias Manejo y Uso</p>	<p>* Situación Economía, Social, Política Étnica, Salud, Educación, Población Ingresos, Servicios Tenencia de la tierra</p> <p>* Familia Concepción de la familia Jefes de familia Soportes Áreas de decisión Participación en la decisión por género Ejecución de la decisión por género</p> <p>* Trabajo División del trabajo productivo por género División de trabajo reproductivo por género Control y manejo de los ingresos</p> <p>* Actividades educativas Canales Participación Roles según género</p> <p>* Comunicación/Información Canales propios según género</p>

CAPITULO IV. METODOLOGIAS DE ESTUDIO DE LA COMUNIDAD.

Ya se planteó, que la caracterización de la comunidad se efectúa en dos grandes campos: el conductual y el situacional para la cual se recolecta y genera información utilizando fuentes secundarias y primarias.

La incorporación de los usuarios en esta etapa permite, a los miembros de la comunidad comprender mejor sus problemas, comunicar sus percepciones acerca de las causas e identificar las posibles soluciones.

Es necesario aplicar una estrategia básicamente cualitativa que permita recopilar y examinar todos los aspectos conductuales expuestos en el capítulo anterior. Las siguientes son condiciones indispensables a tener en cuenta en la recopilación:

Requisitos para la Recolección de Datos de Conducta.

- Ir a la comunidad. Observar, escuchar, registrar, trabajar conjuntamente.
- Tomar datos y notas de campo, según áreas prioritarias: Agua, Alimentos, Excretas, Basuras.
- Establecer una muestra representativa:
Por sexo y género; mayores y menores ingresos; población con difícil y fácil acceso geográfico; por grupos étnicos y grupos de producción.
- Acopiar datos cualitativos y cuantitativos que aseguren validez y confiabilidad.

Las Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.

Para recabar información sobre la cultura, patrones de conducta, comportamientos, y prácticas higiénicas se utilizan técnicas cualitativas como la observación simple o participante; la entrevista informal o estructurada y las entrevistas a grupos focales.

Para apoyar la conducción de las entrevistas, observaciones y facilitar la organización del trabajo de recopilación y análisis, se emplean diversos tipos de guías e instrumentos. Sin embargo, la información deberá ser complementada con las notas de campo que proporcionan datos más amplios.

Los instrumentos y las guías deben ser sencillas y claras para que puedan ser utilizadas por los miembros de la comunidad. Además deben ser sensibles a los comportamientos y promover la reflexión y expresión de las opiniones.

Es importante tener en cuenta una serie de requisitos, en la definición y construcción de instrumentos:

- Ser esencialmente pictóricos, para hacerlos accesibles y de fácil manejo por los miembros de la comunidad y promotores y para que puedan ser utilizados por personas analfabetas o con baja escolaridad.
- Deben facilitar la documentación de los comportamientos o sentimientos de una manera más natural.
- Deben permitir estandarizar la información obtenida.

PARTE II

EL MONITOREO DE LA EDUCACION SANTTARIA

CAPITULO V. EL MONITOREO DE LA EDUCACION SANITARIA

1. Qué es el Monitoreo?

En un sentido amplio, tanto el monitoreo como la evaluación se han definido como herramientas administrativas que permiten averiguar si se han alcanzado o no los objetivos determinados para un proyecto o programa. Ambas utilizan métodos y técnicas de recolección de información, revisión y análisis a fin de conocer si las acciones produjeron los resultados esperados.

El **monitoreo** es el seguimiento periódico, regular de una actividad, o programa que busca mejorar su desarrollo. Identifica los avances, determina las limitaciones y problemas a tiempo para, de acuerdo con lo encontrado ajustar o modificar, durante la ejecución los planes de trabajo. En general, el monitoreo se enfoca a los insumos, productos de procesos y actividades. Constituye una fuente significativa de información para la evaluación y también ayuda a definir los estudios y evaluaciones específicas que deban realizarse.

El propósito básico de la **evaluación** es influir en futuros programas y servicios, es más episódica que el monitoreo, su acción principal es la apreciación y se enfoca a preguntas específicas relacionadas con la eficacia, el impacto y la eficacia en términos de costos. El impacto es considerado como la consecuencia de los efectos de un proyecto o programa y, a su vez es el que genera el mejoramiento en el bienestar.

La evaluación de proyectos sociales se puede clasificar con relación a las diferentes etapas del ciclo de proyectos en evaluación **ex-ante** efectuada en la etapa de formulación y antes de tomar la decisión con respecto a la realización del proyecto; la evaluación sobre la **marcha** que se lleva a cabo en la etapa de ejecución con el objetivo de fortalecer el proyecto y la evaluación **ex-post** que se realiza a la finalización de la etapa de ejecución con el objetivo de consolidar la experiencia para la formulación y ejecución de nuevos proyectos.

A menudo, se tiende a confundir los conceptos de monitoreo y evaluación y en consecuencia su operacionalización. Sin embargo, hay acuerdos sobre la dimensión y comprensión de éstos términos que facilitan su diferenciación.

A continuación se presenta una tabla que permite visualizar en forma concreta sus aspectos diferentes y complementarios:

Tabla 6

ASUNTO	MONITOREO	EVALUACION
FRECUENCIA	periódico, regular	episódico
ACCION PRINCIPAL	controlar/supervisar	apreciación
PROPÓSITO BÁSICO	mejorar la eficacia, ajustar plan de trabajo	mejorar la eficacia, impacto, programación futura
ENFOQUE	insumos, resultados productos de procesos, planes de trabajo	eficacia, pertinencia, impacto eficacia en términos de costo
FUENTES DE INFORMACION	sistemas regulares o de centinela, observación de campo, informes de avance, apreciaciones rápidas	idem, más encuestas y estudios
REALIZADO POR	responsables de programas, trabajadores comunitarios, comunidad, supervisores, donantes	responsables de programas, supervisores donantes, evaluadores externos, comunidad
INFORMA A	responsables de programas, trabajadores comunitarios, comunidad, supervisores, donantes	responsables de programas, supervisores donantes, responsables de políticas, beneficiarios, comunidad

2. Por qué el Monitoreo?

El monitoreo y la evaluación han formado parte integral de los programas de agua y saneamiento que el UNICEF apoya en los países de Centroamérica.

Las evaluaciones efectuadas hasta el momento, han enfatizado el registro de indicadores de cumplimiento y aporte del proyecto, obteniendo mediante encuestas y estadísticas de servicio, datos cuantitativos sobre número de usuarios de los proyectos; instalaciones y longitud de los sistemas de agua; número de letrinas construidas; inversión por habitante o vivienda...

En general, esta información ha sido utilizada para hacer estimaciones en términos de cantidad y frecuencia y de la relación entre estos dos resultados. También se han realizado estudios puntuales de calidad relacionada con la operación y mantenimiento de los sistemas.

No obstante, el monitoreo y la evaluación de la educación sanitaria rara vez ha sido considerado y cuando ello ha ocurrido, no se ha utilizado para apoyarla y fortalecerla. Su propósito se ha limitado a la medición de metas respecto a los insumos, procesos educativos volumen de personas o grupos capacitados, que no dan cuenta, ni explican los cambios que se han producido en los usuarios como consecuencia de esos procesos.

La importancia del monitoreo de la educación sanitaria radica en la necesidad de contar con información pertinente no solo sobre el **qué** y el **cuánto** se cambia el comportamiento, sino sobre el **por qué** -las razones- y el **cómo** se producen las transformaciones. Lo anterior implica introducir un monitoreo que combine la dimensión cuantitativa y la cualitativa que permitan, conocer:

- * Si los proyectos que estamos implementando van por "buen camino".
- * Los factores favorables y desfavorables que están influyendo en el proceso de cambio
- * La relación entre los resultados obtenidos y los objetivos buscados.
- * Los problemas en la marcha y sus alternativas de solución
- * Comprender la realidad en el que están insertos los beneficiarios del proyecto
- * Las expectativas, necesidades e intereses de los usuarios.
- * Los factores psicológicos, sociales y culturales que intervienen e interactúan para producir los cambios
- * Los procesos de cambio y la explicación de sus resultados.

3. **Cuál es su Enfoque y Alcance?**

Enfoque:

Un paso importante en el diseño de un plan de monitoreo es dar respuesta a la pregunta: **Qué se va a monitorear?** La búsqueda de una respuesta adecuada para los programas de educación sanitaria, nos llevó a considerar diversas alternativas y a analizar modelos teóricos y metodológicos que han sido aplicados en el contexto de la educación.

Uno de ellos es el modelo conceptual para evaluar la educación en salud desarrollado por Pisharotti fundamentado en la teoría que los cambios de comportamiento primordiales resultan de la interacción de la educación, la tecnología y la administración; y otro es el de Daniel Stufflebeam creador del modelo C.I.P.P.: Contexto, Insumos, Proceso y Producto.

Estos enfoques y propuestas técnicas pretenden mostrar que tienen la capacidad de describir y explicar el funcionamiento y los resultados obtenidos en un programa, como también proporcionar a los interesados (directivos, técnicos, agencias de financiamiento) recomendaciones para mejorar el desarrollo del mismo.

De la revisión de estos modelos surge un proceso de elaboración y construcción de un diseño de monitoreo en armonía con las tendencias y el nuevo enfoque de la educación sanitaria.

Ambos modelos indican que los cambios no se generan automáticamente sino a través de una cadena que incluye:

Insumos:

Definidos también como variables "estructurales". Integran el conjunto de recursos y medios movilizados para una actividad. Así, incluye los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros, las funciones y la capacitación. Por ejemplo, son insumos de la educación sanitaria los promotores de salud, los promotores comunitarios, las responsabilidades educativas asignadas, la capacitación recibida para cumplir con esas funciones etcétera.

Procesos:

Variables denominadas como "esfuerzo". Son las actividades y operaciones organizadas de naturaleza continua y de apoyo que resultan de la combinación e interacción de los insumos en cumplimiento de unas acciones. Por ejemplo: visitas domiciliarias, actividades de educación sanitaria, participación de los usuarios, estrategias educativas utilizadas.

Producto:

Conocido también como "efecto" son las consecuencias producidas por las actividades. Las respuestas de las personas a los procesos y las modificaciones en sus comportamientos. Por ejemplo: uso adecuado de la letrina, lavado de manos correcto, almacenamiento higiénico del agua en el hogar.

Los productos son considerados como los efectos de más corto plazo, mientras que los impactos son los efectos a largo plazo. Por esto es importante que los estudios de impacto sobre la salud se realicen cuando el programa funciona adecuadamente y están ocurriendo cambios de comportamiento.

Por ejemplo si se encuentra que un alto porcentaje de mujeres se están lavando las manos con jabón antes de preparar los alimentos, después de defecar y después de limpiar a los niños pequeños, se podría estudiar la disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica en los niños. Sin embargo, si sólo en pequeño porcentaje ha cambiado su comportamiento, es poco probable que se de un cambio significativo en las condiciones de salud.

Contexto:

Hace referencia al entorno sociocultural de los usuarios. Los factores individuales y colectivos que influyen en que se dé o no el cambio, las creencias, percepciones.

Alcance:

Aún cuando el tema de la Educación Sanitaria es un componente de los programas de salud, interesa considerar su papel en los programas de agua y saneamiento. Por esa razón el monitoreo que aquí se propone se ha delimitado de acuerdo con los siguientes aspectos:

- * El ámbito del monitoreo será de nivel comunitario e institucional.
- * Inicialmente, el monitoreo de nivel comunitario se implementará en algunas comunidades pequeñas de zonas rurales o urbano-marginales atendidas por proyectos de agua y/o saneamiento, a fin de determinar su efectividad para posterior adecuación y replicación.

La replicabilidad se plantea en términos de explicar suficientemente su proceso y validez para tomar decisiones sobre si es conveniente o no implementar una experiencia similar en otro sitio.

4. Que características tiene el monitoreo comunitario?

El monitoreo comunitario implica una reflexión de todos los beneficiarios acerca de los problemas que los afectan y a la implementación de acciones concretas que tiendan a solucionarlos. Se inscribe en el proceso de cambio individual y colectivo y en la toma de conciencia sobre la realidad social en la cual estan insertos.

Se fundamenta en la convicción de que los protagonistas principales son los miembros de la comunidad. Son ellos quienes poseen los elementos de juicio para comentar su experiencia, percepciones y motivaciones frente al cambio y sus procesos. Esto conlleva a las siguientes características:

- * Se sustenta en el respeto y confianza mutuos.
- * Integra la dimensión cuantitativa y la cualitativa.
- * Es de carácter participativo, lo cual implica partir del conocimiento de las necesidades de la comunidad, valorar la cultura del grupo, sus formas de interpretar las prácticas y ser sensible a las posibilidades y expectativas.

El involucrar a los usuarios en todas las etapas del proceso, garantiza la utilización de los resultados, la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas y la sostenibilidad del programa.

CAPITULO VI. IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE MONITOREO

En general, el diseño e implementación de un sistema de monitoreo es un componente implícito de proyectos y programas. Cuando se introduzca el monitoreo como un proyecto explícito hay que considerar que nunca es un proceso nuevo: siempre se está recolectando información, efectuando visitas de campo y existe algún tipo de registro de actividades.

La diferencia es que ahora planteamos el monitoreo como un instrumento indispensable para la gerencia eficaz de proyectos, programas u organizaciones. Se trata de sistematizar todos los esfuerzos realizados en el pasado y añadir instrumentos para recolectar datos que falten, creando así un sistema ágil de monitoreo.

Se parte pues del sistema existente con sus fuentes, sus registros y sus metodologías y sólo se considera crear nuevas fuentes cuando sea indispensable.

Realizar un sistema de monitoreo tiene las mismas características que instalar cualquier proyecto. Por lo tanto, responde a las distintas etapas que conlleva la introducción de un proyecto. Esas fases sirven para mejor entender el proceso de gerencia, conocer los factores importantes y, consecuentemente, para poder planificar con más transparencia.

A su vez, el monitoreo técnicamente requiere de ciertos pasos que se tocarán en las fases que se distinguen en el diseño y la implementación de un sistema de monitoreo: sensibilización, planificación, ejecución, análisis, seguimiento y evaluación.

1. *Sensibilización*

La primera fase en la implementación de un sistema de monitoreo (o nuevo enfoque) se refiere a motivar e involucrar a todas las personas y niveles, sobre la necesidad de contar con información sobre la educación sanitaria. La sensibilización consiste pues en "vender" la idea de la necesidad de sistematizar, mejorar o ampliar lo que existía. Se puede decir que se trata de "convencer" a las personas de la necesidad de contar con cierta información lo que implica un cambio en la cultura de gerencia de programas de educación sanitaria.

En el tipo de monitoreo que estamos promoviendo hay varios niveles que necesitan contar con información adecuada para tomar decisiones: los niveles centrales, regionales y, de manera progresiva, también los departamentales, municipales y comunitarios. Esto indica que el sistema no va ser de beneficio a un solo actor, sino a muchos. Cada nivel necesita información para monitorear sus actividades y para apreciar su efectividad.

Con este fin se organizan talleres o reuniones y se hace "advocacy" a los diferentes niveles, siempre involucrando a los que serán los ejecutores y los usuarios. Los talleres de Panamá y El Salvador constituyen ejemplos de esta actividad.

Cuando hablamos del monitoreo a nivel comunitario, el proceso de sensibilización es aún más importante: la participación en el monitoreo a nivel de la comunidad sólo se genera cuando los comunitarios la consideran importante y útil y, para eso es imprescindible el advocacy.

Este proceso en realidad constituye una capacitación integral de los actores que va enfocada hacia la conscientización sobre temas como la importancia de monitoreo, el diseño de indicadores, técnicas que usar etc.. Así, de manera progresiva nos encontramos en la fase de planificación.

2. *Planificación*

Es un proceso que se desarrolla conjuntamente con los ejecutores y usuarios del monitoreo. La planificación del monitoreo a nivel comunitario tendrá que trabajarse con los líderes de la comunidad, promotores, técnicos de salud, personal de ONGs y de otras instituciones presentes en la comunidad. Con estos actores se elabora un plan de monitoreo que se basa en la definición de los indicadores.

Aquí influyen los objetivos que tienen los diferentes usuarios de la información. Con base en los objetivos y las actividades que se han formulado se diseñan los indicadores, creando el marco de la información requerida. Claro está que la comunidad puede requerir de indicadores diferentes a los de las instituciones lo cual nos indica que el monitoreo es un proceso estratificado.

Entonces, los usuarios tendrán que responder a preguntas como:

- * Que datos se necesitan?
- * Con qué periodicidad se necesita estos datos?
- * Cuáles son las fuentes existentes?

Con base en estos requerimientos se determinan los métodos o técnicas más apropiados para recoger la información adicional y el clase de registro para llevar.

Ahora es posible calcular los recursos tanto humanos como financieros necesarios, teniendo en cuenta que, la disponibilidad de los recursos determina los límites del diseño. Después se determina quiénes serán responsables de las tareas de recolección, análisis y retroalimentación de los datos, para luego elaborar un cronograma de actividades.

3. *Ejecución*

La fase de ejecución se puede subdividir en varios pasos: capacitación, validación de instrumentos, ejecución final.

El primer paso en la ejecución es la **capacitación** de las personas que van a recolectar y procesar la información: personal institucional o promotores comunitarios. Esta capacitación es muy importante para asegurar la calidad de información que se recolecte. Por lo tanto, hay que discutir con el equipo de personas involucradas la función de cada una de los datos que se quieren obtener con las preguntas o tablas para que la información sea de buena calidad y homogénea.

El ingreso y análisis de los datos requiere de una capacidad de manejo de computadoras avanzada. Para evitar problemas en ese campo se recomienda capacitar debidamente a las personas involucradas.

La **validación de los instrumentos** por medio de una prueba de campo es imprescindible, ya que los instrumentos diseñados detrás del escritorio suelen tener incongruencias y dificultades que solo se manifiestan a la hora de aplicarse a la realidad. Aquí sobresalen problemas de idioma y lenguaje, y el mensaje de dibujos.

Con base en los resultados obtenidos en la prueba de campo y las experiencias vividas por las personas involucradas en el proceso (encuestadores) se realizan los reajustes a los instrumentos y se procede a la ejecución.

La fase de la **ejecución** puede ser puntual como en el caso de un estudio o puede ser de indeterminada duración (registro permanente).

Los factores que merecen mucha atención, en este momento, son los **insumos**: disponibilidad de transporte, de instrumentos y de fondos. Estos factores necesitan ser supervisados para crear un ambiente propicio para efectuar el monitoreo. Esto es, realizar seguimiento, que no solo es importante para asegurar la ejecución efectiva del mismo, sino también para motivar al personal de campo que hace el trabajo de recolectar la información. Un buen seguimiento demuestra que existe real interés en el asunto, lo cual realza, a la vez, la calidad de los datos.

4. *Análisis.*

La **organización y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos**, atiende tanto a la cuantificación de los fenómenos como a la comprensión de los datos en su contexto y se realiza en función de los requerimientos de los usuarios

Es importante establecer previamente quienes son los responsables del análisis y los plazos para la entrega de la información. La primera tarea consiste en clasificar los datos, buscando identificar temas, patrones de comportamiento, relaciones y categorías cuantitativas o conceptuales.

Para una mayor comprensión y ayuda en el proceso de análisis, una vez clasificados los datos se organizan en diferentes formatos gráficos como: esquemas; cuadros de matrices; diagramas. Cuando la información generada ingresa en un sistema que funcione a un nivel alto (como nacional o regional), el plazo y la periodicidad se hacen más importantes, ya que determinan el funcionamiento del sistema más amplio.

Una vez analizados los datos se procede a la elaboración del informe, el cual responde también a la necesidad de los usuarios. En la metodología de Sitio Centinela, por ejemplo, se promueve el uso del informe corto que en una o dos páginas resume la información de modo que sea comprensible y que tenga mayor impacto en el grupo meta. Un informe elaborado adecuada y completamente facilita la retroalimentación, proceso necesario para el impacto que tenga el trabajo de monitoreo.

La retroalimentación implica: devolver verticalmente, los resultados a los niveles inferiores de las instituciones y a los comunitarios y, divulgar horizontalmente la información entre las personas y dependencias que interesen, al interior de las instituciones.

5. *Seguimiento y Evaluación.*

El seguimiento se lleva a cabo mientras dure la ejecución. Este tipo de seguimiento gira en torno a los indicadores que afectan la operalización del sistema de monitoreo y que puede ser: financiero cuando concierna la disponibilidad de fondos para efectuar el monitoreo; de calidad cuando se contempla el control de calidad de los datos obtenidos por medio de supervisores que vigilan y fomentan mejoras de la misma.

Este seguimiento requiere de tiempo y de la asignación de una persona del nivel ejecutor, bien sea institucional, o comunitario y como tal tiene que constar en la planificación de los recursos. De la calidad del trabajo de este supervisor depende en parte la calidad de los datos del sistema de monitoreo. En un estudio de campo el momento de supervisión de la boleta recién llenado representa la última posibilidad de verificar y aumentar la calidad de los datos.

La evaluación del proceso de monitoreo se lleva a cabo al finalizar un período determinado. Puede ser después del primer ciclo de medición o, en el caso de recolección continua, periódicamente. En la evaluación del sistema de monitoreo se buscan respuestas a preguntas tales como "Estamos obteniendo la información con la periodicidad, calidad, entre otros requerida?"; "Qué problemas encontramos en la ejecución?". También es el momento indicado para discutir con los usuarios de la información, si se han cambiado las necesidades o si hay que ajustar los objetivos.

CAPITULO VII. LOS INDICADORES

Un indicador es una medida utilizada para demostrar el cambio generado por una actividad, programa o proyecto. Los indicadores básicamente operacionalizan conceptos; por medio de ellos se puede mensurar o cuantificar datos, así como, obtener informaciones cualitativas sobre las características de las personas y grupos sociales y de su entorno cultural. Los indicadores responden a la pregunta: Qué información se necesita recoger para demostrar que se ha alcanzado el objetivo?

1. *Indicadores Comunitarios*

Para construir indicadores que puedan demostrar cambios de comportamientos a nivel de las personas y comunidad, se puede aplicar el siguiente procedimiento:

- * Formular los objetivos que describan claramente el resultado que se quiere lograr, en términos del comportamiento que se desea modificar.
- * Seleccionar los cambios de comportamiento más importantes en los programas de agua y saneamiento. Esto es los relacionados con las necesidades de la comunidad y con aquellos que producen mayor impacto en la salud. Estos últimos son:
 - Lavado de manos.
 - Disposición sanitaria de excretas.
 - Mantenimiento del agua de beber libre de contaminación.
 - Disposición adecuada de desechos.
- * Definir indicadores intermedios o indirectos como "señales o rastros" físicos, dado que algunos comportamientos son difíciles de observar por tratarse de cosas privadas y personales como defecar, lavarse, cocinar.
- * Identificar, de acuerdo con el enfoque, los indicadores más significativos que se relacionan con: insumo, proceso, y efecto.

Los participantes a los talleres, construyeron una serie de "indicadores clave", que se presentan en el cuadro siguiente. En relación con las fuentes de datos, se hizo énfasis en la necesidad de hacer uso de los datos existentes recolectados a través de instrumentos de los sistemas actuales (sistemas tradicionales de información), uso de datos generados a nivel de la comunidad (sistema de información comunitario).

La responsabilidad en la recolección de los datos, deberá ser tanto del recurso capacitado a nivel de la comunidad como del recurso institucional, que participa en el desarrollo de las actividades.

TABLA 7:

INDICADORES DE EFECTO

<p>1. Protección y conservación de fuentes de agua</p>	<p>CONOCIMIENTOS</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar tres medidas para conservar y proteger las fuentes de agua, según sexo.</p>
<p>2. Higiene de las manos</p>	<p>CONOCIMIENTOS</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar tres razones para el lavado de manos, según sexo.</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar los momentos diarios más importantes del lavado de manos según sexo</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden indicar el procedimiento adecuado del lavado de manos, según sexo.</p> <p>COMPORTAMIENTOS</p> <p>% de hogares que cuentan con elementos apropiados para el lavado de manos.</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que al momento de la observación tienen las manos limpias, según sexo.</p>
<p>3. Protección y tratamiento del agua en el hogar</p>	<p>CONOCIMIENTOS</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que puede nombrar como mínimo tres medidas para evitar contaminación del agua almacenada en el hogar, según sexo.</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden mencionar tres formas de contaminación del agua, según sexo.</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar dos medidas para tratar el agua de beber, según sexo.</p> <p>% de adultos y niños(as) en edad escolar que pueden describir el proceso de cloración del agua, según sexo.</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que puede nombrar al menos tres razones de la importancia de tratar el agua, por sexo.</p> <p>COMPORTAMIENTOS</p> <p>% de hogares en donde se observan recipientes de almacenaje y utensilios de sacado limpios.</p> <p>% de hogares que mantienen tapado el recipiente de almacenaje.</p> <p>% de hogares con recipientes de almacenaje fuere de riesgo de contaminación por adultos, niños y/o animales.</p> <p>% de hogares que cloran, hierven o filtran/sedimentan el agua.</p>

TABLA 7: (CONT.)

INDICADORES DE EFECTO

<p>4. Uso apropiado de la letrina</p>	<p style="text-align: center;">CONOCIMIENTO</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar dos razones adecuadas para utilizar la letrina, según sexo.</p> <p>% de personas que indican que los niños(as) también pueden usar la letrina, según sexo.</p> <p style="text-align: center;">COMPORTAMIENTO</p> <p>% de hogares que tienen letrina propia.</p> <p>% de hogares con uso adecuado de letrinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asiento tapado - puerta cerrada - libre de malos olores - libre de moscas u otros insectos - (libre de) otros usos
<p>5. Mantenimiento apropiado de la letrina</p>	<p style="text-align: center;">CONOCIMIENTO</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden nombrar dos formas para evitar malos olores, según sexo.</p> <p style="text-align: center;">COMPORTAMIENTO</p> <p>% de hogares que dan mantenimiento adecuado a la letrina.</p>
<p>6. Manejo adecuado de basura y desechos</p>	<p style="text-align: center;">CONOCIMIENTO</p> <p>% de adultos y niños en edad escolar que pueden describir dos formas adecuadas para manejar la basura y desechos, según sexo.</p> <p style="text-align: center;">COMPORTAMIENTO</p> <p>% de hogares con logros adecuados para disponer la basura.</p> <p>% de hogares libres de basura en el piso interior y en el patio.</p> <p>% de hogares que eliminan adecuadamente la basura.</p> <p>% de hogares que separan la basur orgánica de la inorgánica.</p>

La periodicidad con la que estos indicadores debieran medirse, se estimó entre 6 meses a 1 año, tomando en consideración la posibilidad de cambio que éstos pudieran experimentar en el tiempo como respuesta a una intervención o paquete de intervenciones.

2. *Indicadores Institucionales*

Para los niveles operativos de instituciones, sean gubernamentales o no gubernamentales, los indicadores anteriores son muy importantes para determinar la eficiencia de sus programas.

Sin embargo, hay otros niveles e instituciones que necesitan de otra información que sea más genérica y que dé una impresión del proceso. Ese tipo de indicadores se llaman indicadores institucionales.

Para el nivel local, por ejemplo, que tiene 2500 comunidades, la información que le interesa es: "cuantos de mis educadores están debidamente capacitados" o "que porcentaje de mis comunidades están en buen camino". Por su parte el nivel central o regional necesita los números absolutos de los departamentos para poder construir el porcentaje de comunidades de todos los departamentos que poseen cierta característica.

Así, cada nivel de las instituciones tiene requerimientos diferentes. UNICEF propone un paquete de indicadores institucionales que pueden servir a las necesidades, tanto municipales como nacionales y centroamericanas para monitorear el avance en la educación sanitaria. En los dos talleres efectuados, se propusieron los siguientes indicadores institucionales:

INDICADORES DE PROCESO

TABLA 8:

- % de personal de salud capacitado en técnicas participativas, según sexo.
- % de promotores comunitarios capacitados en técnicas participativas, según sexo.
- % de comunidades con comités de salud/grupos de líderes para educación sanitaria establecidas
- % de comunidades con miembros de comités capacitados en higiene, saneamiento, salud y técnicas participativas.
- % de comunidades que realizaron un autodiagnóstico
- % de comunidades que desarrollaron un plan de acción para educación sanitaria.
- % de comunidades que lleva un registro de cambios relacionado al plan de acción.
- % de comunidades con alguna organización de mujeres
- % de escuelas que tienen incorporadas actividades de educación sanitaria.
- % de escuelas con proyectos específicos de saneamiento básico

3. *Definiciones*

Los indicadores anteriores, necesitan ser definidos más específicamente, para que en las realidades distintas de cada país se puedan estandarizar. Varios aspectos son de importancia en la definición de indicadores, los cuales formarán el marco teórico:

Variables:	de que fenómenos estamos hablando exactamente?
Universo:	de que ámbito, de quienes estamos hablando?
Desagregación:	cómo queremos desagregar los datos?
Fuente de Datos:	cómo y donde podemos obtener los datos?

A manera de ilustración, veamos un ejemplo:

Indicador: % de funcionarios de salud, según sexo capacitados en técnicas participativas.

Variables:	Funcionarios de salud: personal que trabaja en el campo de salud (Educación sanitaria) remunerado por una institución gubernamental (OG) o no gubernamental (ONG). Capacitado en técnicas participativas: funcionario de salud que haya recibido una capacitación formal (adecuada) en técnicas participativas
Universo:	Deberá establecerse de acuerdo al nivel de desagregación requerido. Por ejemplo: "los funcionarios de salud que trabajan en educación sanitaria dentro del programa educación sanitaria, en las comunidades beneficiadas del municipio, departamento o país".
Desagregación:	Por sexo, edad, según región e institución del funcionario.
Fuente de Datos:	Registros de entidades capacitadoras. Registros institucionales. Censo institucional.

4. Sistema de Monitoreo Centroamericano Propuesto

Uno de los objetivos principales del taller era diseñar las bases para el desarrollo de un sistema que permitiera monitorear los logros del Programa de Agua y Saneamiento Ambiental Subregional, con énfasis en cambios de conducta y procesos de involucramiento de la comunidad.

Se crearon módulos distintos para las dos principales unidades de atención: la comunidad y la escuela, para monitorear los cambios en la conducta de las familias que conforman la comunidad y los niños y las niñas que integran la escuela.

La propuesta, que se encuentra en el anexo 5, lleva cuatro formularios diferentes con sus correspondientes instructivos.

La comunidad: se hizo un formato para recolectar trimestralmente los datos de la comunidad y otro para el consolidado de las comunidades al nivel correspondiente que puede ser el departamento o la región.

La escuela: De igual manera se preparó un formato para recolectar semestralmente los datos de la escuela y el otro formato para consolidar la información.

En los instructivos se describe para cada campo a llenar la información que deba contener. Para algunos campos se indican códigos para las posibles respuestas.

Para el monitoreo de la educación sanitaria y ambiental en las escuelas se pretende asignar la calificación "Escuela Saludable" a esas escuelas que cumplan con ciertos requisitos que se desarrollarán según las características nacionales.

Para introducir un aspecto de premiación en el monitoreo de la educación sanitaria y ambiental en las escuelas se pretende asignarlas la calificación "Escuela Saludable" cuando cumplan con ciertos requisitos. Los programas nacionales tendrán que desarrollar estos requisitos según las características locales.

PARTE III

ANEXOS

ANEXO 1 TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS

Caso Guatemala

El Programa de Servicios Básicos urbanos de la Colonia EL MEZQUITAL en la ciudad de GUATEMALA, comienza el proceso cuando la comunidad pide apoyo, generalmente en la solución de un problema y continúa con los siguientes pasos:

1. Sectorización de la comunidad.
2. Mini Asambleas con líderes naturales y usuarios en donde se eligen representantes hombres y mujeres al comité.
3. Estudio Técnico con participación de los representantes al comité.
4. Estudio histórico y socioeconómico de la comunidad.
5. Previa capacitación a los representantes de la comunidad/sector se preparan y validan herramientas metodológicas para recolección de la información.
6. La comunidad recolecta la información: aplican encuesta familiar, mapeo, testimonios.
7. Se socializa la información a corto plazo.
8. Representantes planifican, promueven actividad para análisis de la información.
9. Análisis por temas. Se presenta a la comunidad los datos a través de gráficos y medios pictóricos.
10. Análisis del problema y búsqueda de alternativas por la misma comunidad.
Se aplica el criterio de urgencia de atender el problema
11. Planificación para implementar soluciones a corto y largo plazo.
12. Implementación.

El proceso de educación sanitaria es paralelo al estudio técnico y al diagnóstico y permanece en las demás etapas.

Los Objetivos y las Conductas:

En la segunda fase del proceso se propicia una instancia de reflexión y de análisis con miembros de la comunidad, sobre aquellas necesidades que son de interés colectivo y cuya satisfacción constituye el inicio para que las personas actúen socialmente frente al cambio.

Según las necesidades identificadas, dentro del quehacer sanitario, se determinan los grupos poblacionales específicos con los cuales se va a trabajar y se definen los objetivos en términos de cambio conductual.

Examinar los Objetivos

Los objetivos conductuales deben cumplir las siguientes condiciones:

- Estar centrados en los aspectos cualitativos del cambio de conductas.
- Corresponder con las necesidades y aspiraciones expresadas y con la conducta a modificar. De esta manera los individuos y comunidad se comprometen a su realización.
- Ser flexibles, en el sentido que se puedan modificar con frecuencia ya que ha medida que el proyecto se va desarrollando y se van produciendo cambios, surgen nuevas necesidades.
- Estar orientados a conductas prioritarias. Concentrar esfuerzos en un número reducido de objetivos, produce mejores resultados que tratar de lograr un gran número de objetivos al mismo tiempo.

Estrategias de Intervención.

El cambio de conductas como foco de la educación sanitaria, implica también, modificar las formas convencionales por estrategias participativas y factibles para la acción y compromiso.

Al formular estrategias de educación sanitaria se debe dar atención al contexto cultural, aprovechar al máximo los recursos disponibles, establecer alianzas, sinergismos e integración intersectorial e interinstitucional. Tampoco se debe olvidar el desarrollo, adaptación y aplicación de tecnologías apropiadas.

ANEXO 2 UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION SANITARIA CON ENFOQUE DE GENERO

Caso El Salvador

Dentro de los objetivos del Programa de Agua y Saneamiento Ambiental, que apoya UNICEF en El Salvador, figura como prioridad la contribución al mejoramiento de la situación y posición social de la mujer, enfatizando en los contenidos y la estrategia de educación sanitaria, sus necesidades e intereses de género.

Con el Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud, se trabajó en la preparación de materiales de capacitación para uso de Inspectores de Saneamiento y Promotores de Salud. Así mismo se avanzó en procesos de sensibilización y capacitación de este personal sobre los temas de género. Sin embargo existen vacíos aún que no han permitido hacer el traslado de estos nuevos enfoques a nivel de las comunidades beneficiarias.

La experiencia acumulada en el pasado tanto en sus aspectos positivos como negativos ha sido la base para ir incursionando en nuevas estrategias que permitan un trabajo más efectivo a nivel comunitario.

Entre los elementos principales de esta estrategia, figuran la educación personalizada, por medio de visitas domiciliarias, el protagonismo de las mujeres organizadas en la implementación de todo el proceso educativo y la elaboración de nuevos instrumentos de monitoreo y evaluación que puedan ser manejados por todos los actores del proceso, en sus diferentes niveles.

Algunos aspectos que se han considerado para la implementación de esta estrategia son:

1. Identificación de grupos de apoyo de educación sanitaria y promoción de la mujer, partir de estructuras organizativas ya existentes (comités de salud, otros.) Si no existieran estructuras de apoyo apropiadas, se tendría que hacer una labor de identificación y de organización de mujeres a nivel de comunidades beneficiarias. a fin de conformar los grupos en cuestión.
2. Estos grupos de mujeres constituirían lo que se ha dado en llamar: "Comités de Visitadoras Familiares" (CVF) y serían la contraparte de las ONGs o del Ministerio de Salud en la comunidad, para efectos de la educación sanitaria y promoción de la mujer.

3. El trabajo de los CVF consistiría en la realización de visitas domiciliarias, por medio de las cuales harían una labor de educación y concientización a nivel de las mujeres beneficiarias del proyecto y sus familias, sobre los temas mencionados. Lo ideal es que cada visitadora cubra un promedio de cinco familias semanalmente. De ahí que el tamaño y número de grupos deberá ser proporcional al de la población atendida por el proyecto.
4. El trabajo de las mujeres de los CVF tendría que ser reconocido a través de una bonificación que podrá ser acordada por las contrapartes y reflejada en sus respectivos planes de acción. El reconocimiento de este trabajo es un elemento importante ya que tradicionalmente el trabajo de salud lo ha realizado la mujer voluntariamente, como una prolongación de las tareas domésticas. Este trabajo no es reconocido ni valorado en las comunidades y poner a las mujeres a hacerlo, sin compensación alguna, sería como reforzar esa práctica estereotipada.

Para dar inicio a la estrategia se identificaron los siguientes pasos:

- * Selección, sensibilización y capacitación de promotoras/es institucionales que atenderán y darán seguimiento a los grupos de apoyo de mujeres.
- * Selección de contenidos de capacitación para el personal institucional a partir de materiales educativos existentes.
- * Calendarización de jornadas de capacitación dirigidas al personal institucional y a los grupos de apoyo de mujeres.
- * Elaboración, revisión y validación de manuales y guías de visitas domiciliarias a ser utilizadas por los promotores institucionales y las visitadoras.
- * Elaboración de instrumentos del monitoreo del trabajo de las visitadoras para uso del personal institucional.
- * Sensibilización y capacitación de CVF

* **Formulación de planes de acción de CVF, que incluya cronograma de las siguientes actividades:**

- **Realización de autodiagnóstico**
- **Mapeo de las familias de la comunidad**
- **Visitas domiciliarias**
- **Capacitaciones de visitadoras**
- **Reuniones de las visitadoras con la ONG y Directiva Comunal**
- **Convivios y reuniones de sensibilización con beneficiarias**
- **Informes de seguimiento a nivel de visitadoras**
- **Informes de seguimiento a nivel institucional**

* **Implementación de las visitas domiciliarias**

* **Seguimiento, retroalimentación y evaluación**

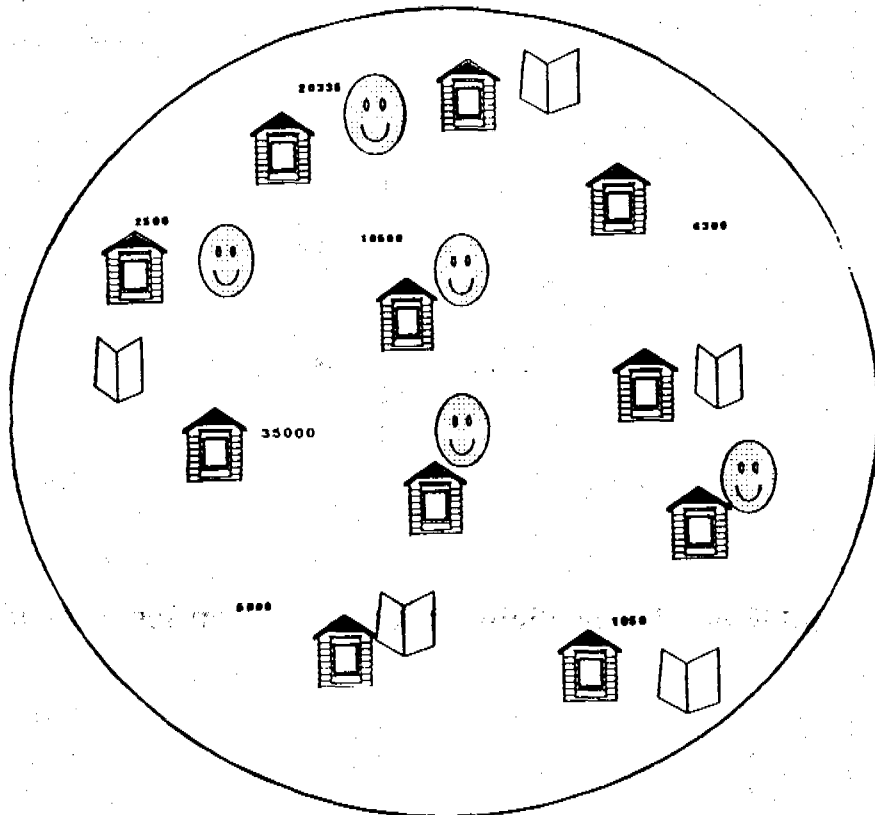
ANEXO 3 INSTRUMENTOS Y GUIAS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

Validados y utilizados en países de Asia y Africa

Ejemplo de matriz elaborado con la comunidad

Recursos naturales en la zona	Situación existente de los recursos y problemas	Soluciones locales ya probadas	Soluciones ya sugeridas
Quebradas	<ul style="list-style-type: none"> - Se rebalsa el agua de los manantiales y la comunidad no está utilizando el rebalse. - La filtración de las fuentes no es buena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir terraplenes para conducir el agua a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir terraplenes con piedras cerca de las fuentes para facilitar el recargo del agua.
Pozos(25)	<ul style="list-style-type: none"> - 16 Pozos útiles, 9 inútiles. - Nivel de agua 35-55 pies - Fuentes de los pozos no están recargadas con agua por diferencia en altitud 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir terraplenes para conducir el agua a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir obras para recargar agua subterránea (charcos, embalses de piedra o albañería) - Ahondar los pozos para facilitar el recargar y descargar del agua.
Pozo comunal	<ul style="list-style-type: none"> - Profundidad insuficiente que facilita la descarga del agua y por eso mismo está inútil. 		<ul style="list-style-type: none"> - Instalar un pozo perforado con más profundidad, para irrigar 80 acres.
Rebalse de agua de lluvia	<ul style="list-style-type: none"> - Más del 80% del rebalse desperdiciado 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir terraplenes pequeños (pero no tienen buena resistencia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Construir una red de obras de conservación de agua de lluvia.

Fuente: IIED, 1991, Participatory Rural Appraisal



MAPA DE CREDITOS EN LA COMUNIDAD

Leyenda



Creditos obtenidos de gente de la misma comunidad.

Prestamista como fuente de crédito.

Bancos como fuente de crédito.

Información general

Total de agricultores 22

Agricultores utilizando crédito de amigos , familiares 10

Agricultores utilizando crédito de prestamistas 13

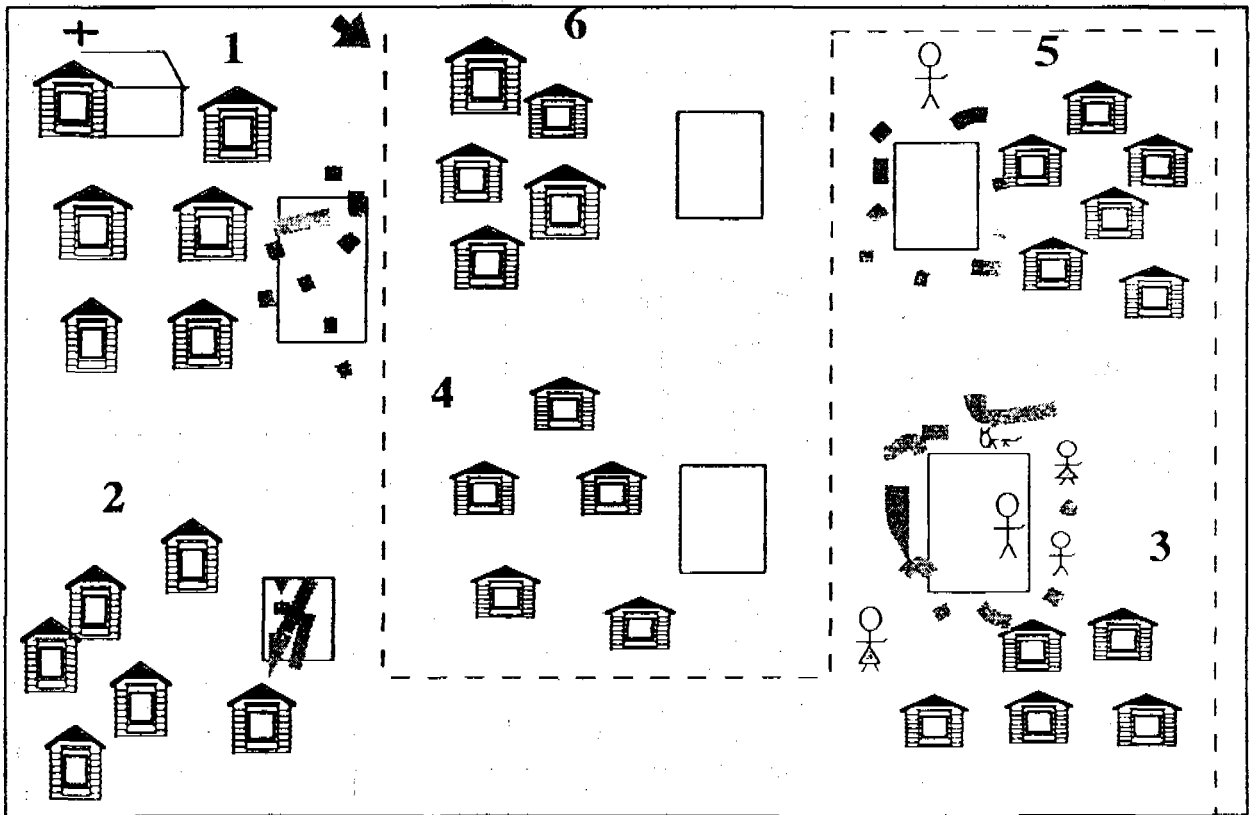
Agricultores utilizando crédito de bancos. 12

Fuente: IIED, 1991, Participatory Rural Appraisal

Instrumentos creados por los participantes con base en los indicadores

Instrumentos creados por los participantes con base en los indicadores

BASURA



RECORRIDO DEL TREN DE ASEO


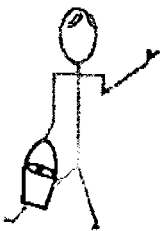


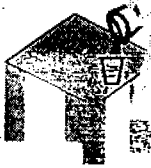
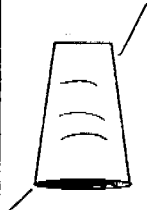





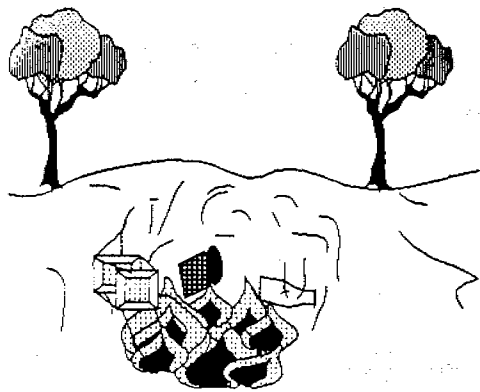
CONTENEDOR



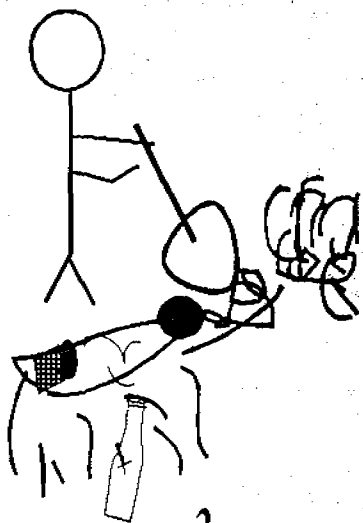
VIVIENDA / SECTORES (1-6)



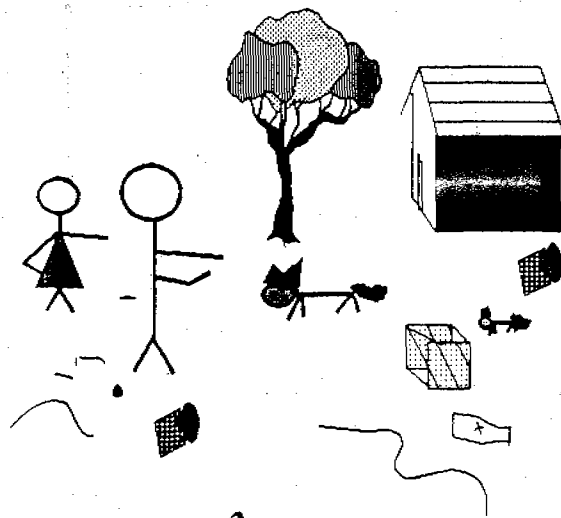
						
						
						
						



1



2

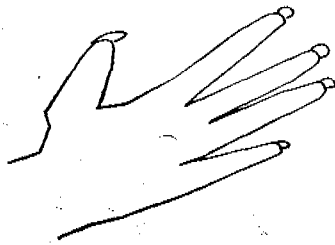


3

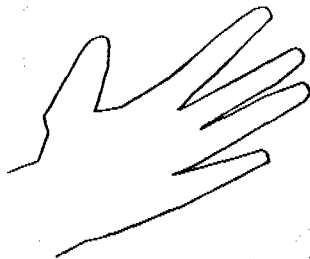
**FORMATO
LAVADO DE MANOS**

TECNICA DE OBSERVACION

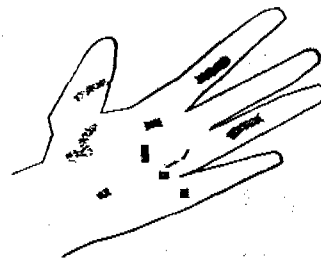
UÑAS LARGAS



UÑAS CORTAS



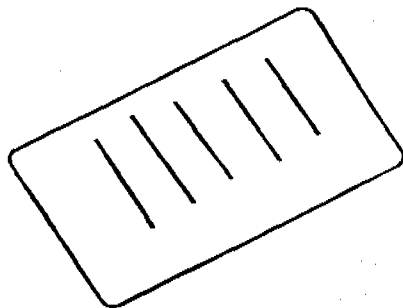
SUCIAS



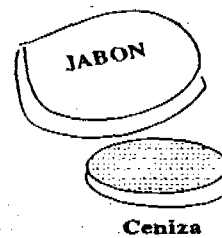
GUACAL



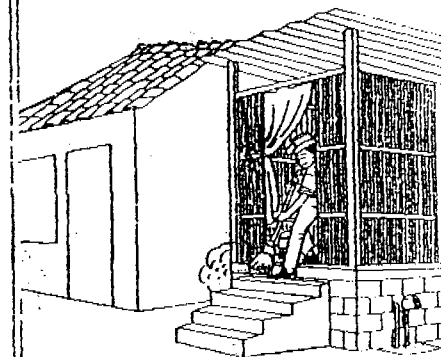
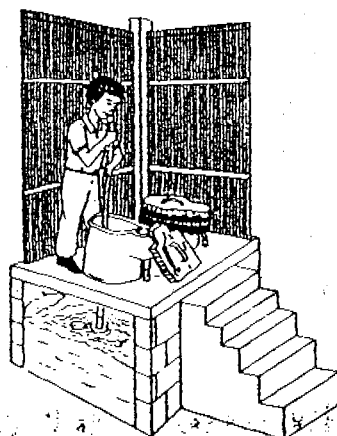
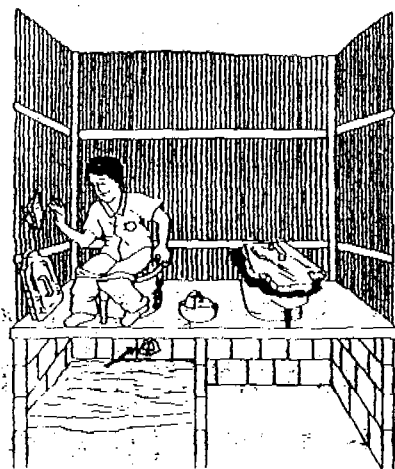
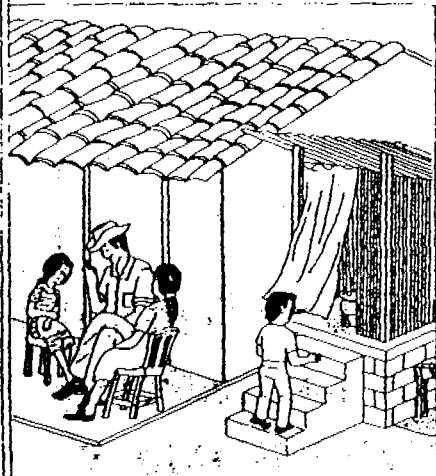
LUGAR PARA LAVADO



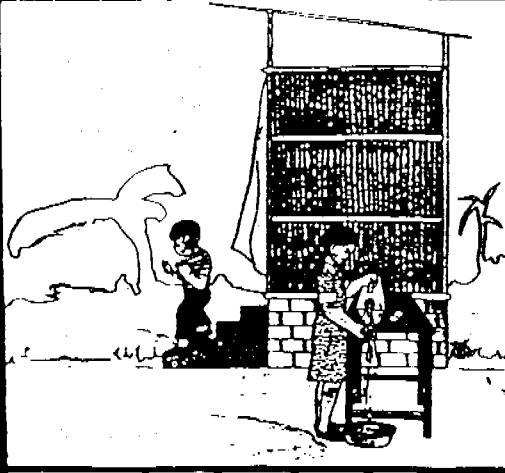
JABON OTRO MATERIAL



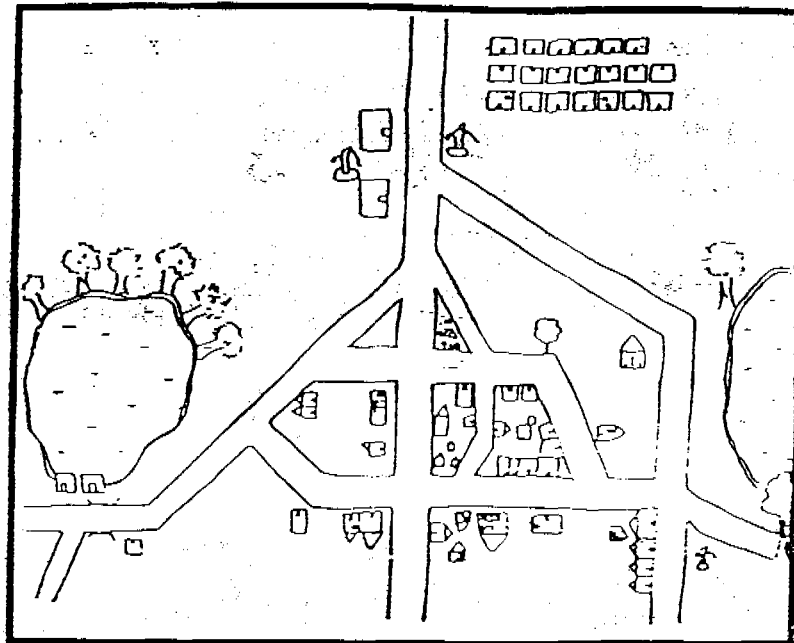
USO Y MANTENIMIENTO DE LA LETRINA ABONERA



HABITOS DE HIGIENE PERSONAL



MAPA QUE MUESTRA LAS ENFERMEDADES EN LA COMUNIDAD

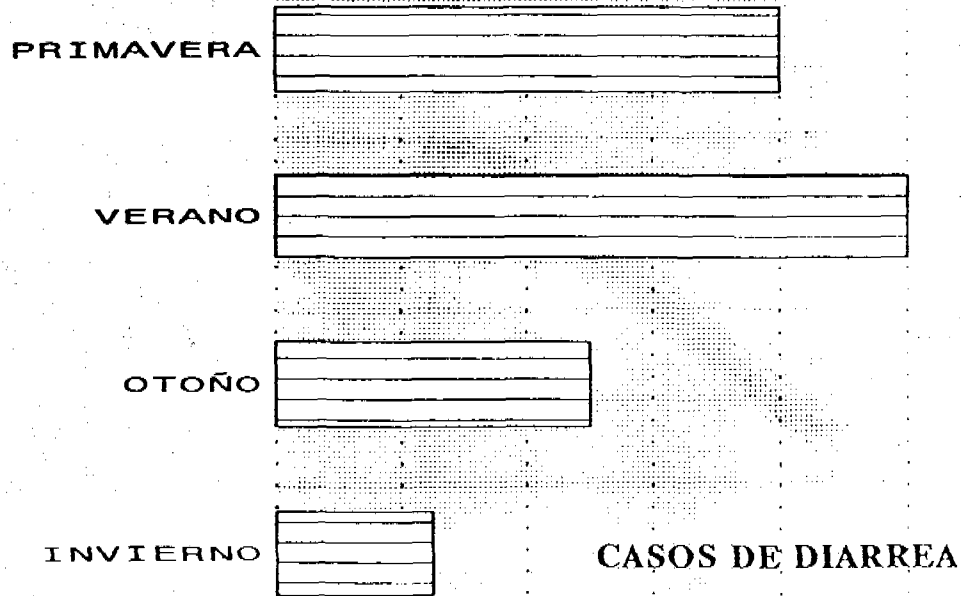
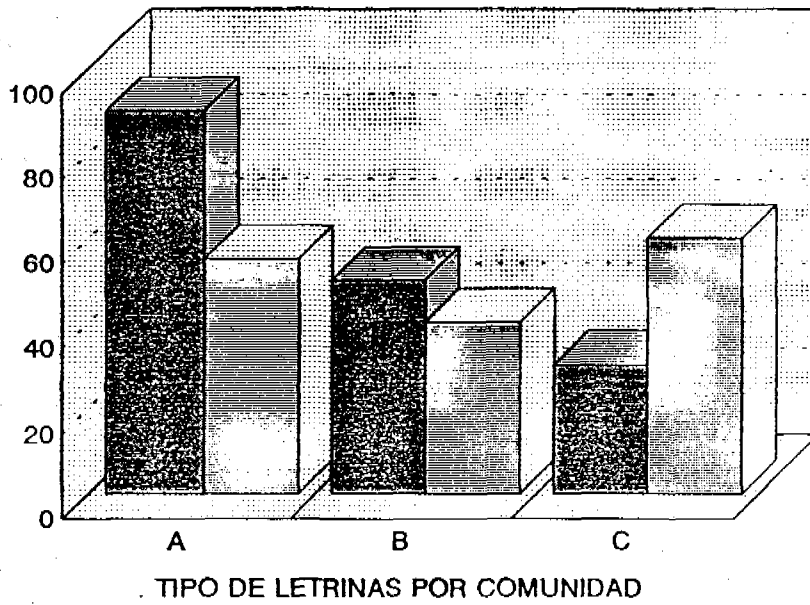


Mapa social con frecuencia de las enfermedades de cada hogar del pueblo "Udayanmoati". Después de que el mapa fue dibujado, los participantes utilizaron etiquetas de diferentes colores para marcar las casas cuyos miembros sufren de problemas pre-natales y post-natales, pérdida auditiva, enfermedades crónicas, discapacidades, desnutrición, ictericia, tuberculosis y parálisis.





Fuente: IIED 1991, Participatory Rural Appraisal.

ANEXO 4 FORMATOS GRAFICOS PARA LA ORGANIZACION Y PRESENTACION DE LA FORMACION

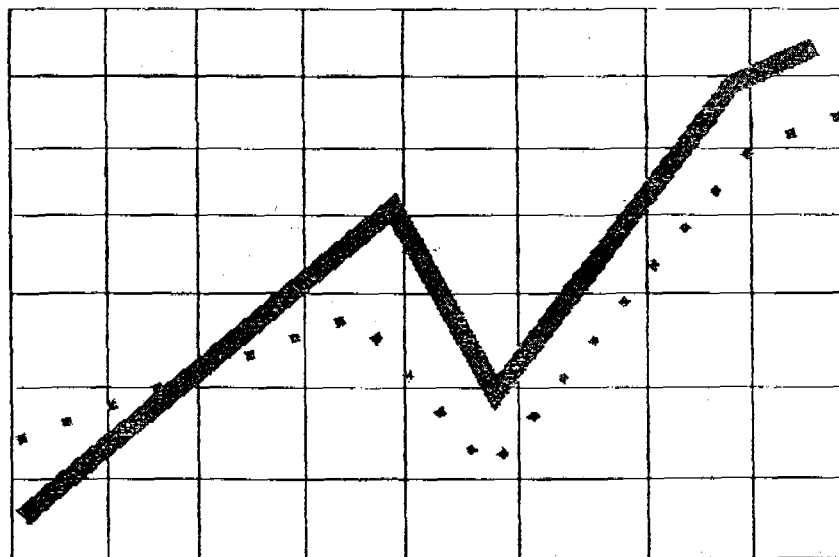
LETRINIZACION



MATRIZ DE DOBLE ENTRADA O TABLA CRUSADA
DISTRIBUCION DE SEMILLAS

	1985	1985	1986	1987
 VIVIENDA	425	700	1250	500
 FINCAS	900	2340	3720	1800
 ESCUELA	300	660	720	550
 ESCUELA	50	800	2950	1230

SEMILLAS



AÑOS

ANEXO 5

SISTEMA DE MONITOREO

INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE EN EDUCACION Y PROMOCION PARA LA HIGIENE CON BASE EN LA COMUNIDAD

DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO:
ALDEA:
COMUNIDAD:
CODIGO:

AGENCIA COOPERANTE:
REGION SANITARIA:
DISTRITO DE SALUD:

RESPONSABLE:
CARGO:
FIRMA:
FECHA:

TRIMESTRE	FECHA	2. INFORMACION GENERAL							3. CAPACITACION				4. AUTODIAGNOSTICO		5. PLAN DE ACCION	
		POBLACION	FAMILIAS	GRUPOS LINGUISTICOS	COBERTURA DE SERVICIO		COMITE DE SALUD ELEGIDO		MIEMBROS COMITE Y LIDERES CAPACITADOS		DESDOE (FECHA)	APROBADO (FECHA)	PREPARADO (FECHA)	APROBADO (FECHA)		
					AGUA POTABLE	SANEAMIENTO (LETRINAS)	TRABAJA SI o NO	Nc. HOMBRES	Nc. MUJERES	SALUD-HIGIENE					TECNICAS PARTICIPATIVA	
HOMBRE	MUJERES	HOMBRES	MUJERES													
1o 1995																
2o 1995																
3o 1995																
1o 1996																
2o 1996																
3o 1996																

TRIMESTRE	5. PLAN DE ACCION				6. INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL COMUNITARIO								7. REGISTROS COMUNITARIOS				
	TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS				LETRINAS				LAVADO DE MANOS				DRENAJE	BASURA	LETRINAS	AGUA	
	GRUPO DE MUJERES	RECORRIDO SANITARIO	CROQUIS	OTROS ESPECIFI	ADULTOS		NIÑOS		LETRINAS PUBLICAS		CONOCIMIENTOS	PRACTICA					PROBLEMAS
USO	O&M	USO	O&M	No. FAM	O&M												
1o 1995																	
2o 1995																	
3o 1995																	
1o 1996																	
2o 1996																	
3o 1996																	

COMENTARIOS

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO DE EDUCACION Y PROMOCION SANITARIA CON BASE EN LA COMUNIDAD

1. IDENTIFICACION DE LA COMUNIDAD

Departamento:	
Municipio:	definición geográfica a la que pertenece la comunidad.
Aldea:	
Comunidad:	colocar el nombre que se le asigna a la comunidad que reciba educación sanitaria.
Código:	colocar el número de orden o codificación nacional que se use frecuentemente para la identificación de la comunidad (si existe).
Agencia Cooperante:	Es la entidad que esta apoyando las actividades de educación sanitaria.
Región sanitaria:	colocar Región Sanitaria o Area de Salud a la que pertenece la comunidad.
Distrito de Salud:	colocar a que distrito o centro de salud pertenece la comunidad.
Responsable Cargo y Firma :	identificación de la persona responsable para llenar el formulario, con su nombre, cargo y firma.
Fecha:	colocar la fecha en que se lleno este formulario.

El formulario está diseñado para llenar cada trimestre. Una hoja puede contener la información de seis trimestres, es decir para el año 1995 y 1996. La idea es que la comunidad se quede con una copia y que la otra se va para el departamento o el lugar donde se hace el consolidado.

2. INFORMACION GENERAL

Fecha: Fecha correspondiente al trimestre en que se llena el formulario.

Población: Número de habitantes en la comunidad.

Familia: Cantidad de familias existente en la comunidad.

Grupos Lingüísticos: Nombrar el o los grupos lingüísticos que existen en la comunidad.

En esta variable surge la necesidad de diseñar o usar una codificación nacional de los idiomas étnicos existentes. Para Guatemala se puede utilizar esta tabla:

O....	Español	H....	Chuj
A....	Kiche'	I....	Zutuhil
B....	Kakchikel	J....	Pocomchi'
C....	Mam	K....	Chorti
D....	Q'eqchi	L....	Itza'
E....	Ixil	M....	Kanjobal
F....	Pocomam	N....	Xinca
G....	Achi	Ñ....	Garifuna

Quizás, en otros países podría aplicarse mejor la división en grupos étnicos en vez de lingüísticos.

COBERTURA DE SERVICIOS

Agua Potable: colocar la cantidad de viviendas que tienen acceso al agua por medio de conexiones domiciliarias o servicio público a una distancia no mayor de 200 metros.

Saneamiento: cantidad de viviendas con sistemas de disposición de excretas o letrinas.

COMITE DE SALUD ELEGIDO

Trabaja Si o No: indicar sí existe comite de desarrollo, pro-mejoramiento u otro que

- trabaje en pro de la comunidad e indicar si hace actividades o no.
- No. de Hombres:** colocar cuántos hombres están dentro de comité de la comunidad.
- No. de Mujeres:** colocar cuántas mujeres están dentro del comité de la comunidad.

3. CAPACITACION

MIEMBROS DEL COMITE Y LIDERES CAPACITADOS

SALUD/HIGIENE

- Hombres:** colocar cuántos hombres han participado en cursos de atención en salud o higiene o en ambos.
- Mujeres:** colocar cuántas mujeres han participado en cursos de atención en salud o en higiene o en ambos.

TECNICAS PARTICIPATIVAS

- Hombres:** colocar cuantos hombres han sido capacitados en técnicas participativas.
- Mujeres:** colocar cuantas mujeres han sido capacitados en técnicas participativas.

4. AUTODIAGNOSTICO

Investigar si la comunidad tiene algún documento o ha definido verbalmente su situación actual en cuanto a problemas prioritarios.

- Preparado Desde:** Colocar fecha aproximativo desde cuando el comité o comunidad están elaborando un autodiagnostico.

Aprobado colocar la fecha en que lo aprobó el comité de la comunidad
< fecha > :

5. PLAN DE ACCION

Preparado Desde: ~~priorización de necesidades~~ que la comunidad tiene programado realizar, colocar fecha desde cuando lo están elaborando (pueden tener un plan en forma verbal o escrito).

Aprobado colocar la fecha en la cual el comité o la comunidad lo aprobó.
< fecha > :

TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS

Grupo de Mujeres: Especificar si se utilizó la técnica grupo (focal) de mujeres en la fase de definición del plan de acción de la comunidad.

Recorrido Sanitario: Especificar si se hacen inspecciones o recorridos sanitarios para conocer y monitorear la condiciones higiénicas.

Croquis: Especificar si se tiene un croquis o mapa de la comunidad con la información geográfica para identificar situaciones o problemas.

Otros especifique: Especificar si se utiliza otra técnica participativa que se involucre dentro del plan de acción.

6. INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL COMUNITARIO

LETRINAS

ADULTOS

USO: indicar el número de familias en la que los adultos usan las letrinas.

O&M: indicar el número de familias en que los adultos aplican

correctamente las técnicas de operación y mantenimiento en las letrinas.

NIÑOS

USO: indicar el número de familias donde los niños y las niñas utilizan las letrinas.

O&M: indicar el número de familias donde los niños y las niñas estén involucrados en la limpieza o reparación de las letrinas.

LETRINAS PÚBLICAS

No. Familias: indicar el número de familias que utilizan letrinas públicas

O&M: indicar el número de familias que están apoyando la limpieza y mantenimiento de estas letrinas.

LAVADO DE MANOS

Conocimientos: indicar porcentaje de familias de la comunidad que tiene conocimientos sobre la importancia del lavado de manos y la consecuencias al no tener esta costumbre.

Prácticas: indicar porcentaje de familias de la comunidad que practica adecuadamente el lavado de manos.

Problemas: indicar si hay algún problema que ha incidido en la mejora o en el empeoramiento de esta actitud. 0=NO 1=SI. En el caso que SI por favor especificar bajo comentarios.

7. REGISTROS COMUNITARIOS

Bajo registros comunitarios se puede entender un gama de instrumentos: un cuaderno con la información, un mapa o croquis, una persona clave el comité que sabe exactamente cuántos y quiénes etcétera.

- Drenaje:** indicar si existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación del drenaje o el modo de evacuar el agua servida o doméstica.
- Basura:** indicar si existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de la basura.
- Letrinas:** indicar si existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de las letrinas u otro modo de saneamiento.
- Agua:** indicar si existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de agua potable.

INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE EN EDUCACION Y PROMOCION PARA LA HIGIENE - CONSOLIDADO DE COMUNIDADES -

1. CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACION INSTITUCIONAL

DEPARTAMENTO:
 No DE COMUNIDADES:
 COMUNIDADES EN PROYECTO:
 AGENTE COOPERANTE:

PERSONAL INSTITUCIONAL:
 PERSONAL CAPACITADO:
 (EN TECNICAS PARTICIPATIVAS)

HOMBRES	MUJERES

RESPONSABLE:
 CARGO:
 FECHA:

COMUNIDAD	CODIGO	2. INFORMACION GENERAL								3. CAPACITACION				4. AUTODIAGNOSTICO		5. PLAN DE ACCION	
		POBLACION	FAMILIAS	GRUPOS LINGUISTICOS	COBERTURA DE SERVICIOS		COMITE DE SALUD ELEGIDO			MIEMBROS COMITE Y LIDERES CAPACITADOS				PREPARADO	APROBADO	PREPARADO	APROBADO
					AGUA POTABLE	SANEAMIENTO (LETRINAS)	TRABAJA S. O NO	No HOMBRES	No. MUJERES	SALUD-HIGIENE		TECNICAS PARTICIPATIVA		DESDE (FECHA)	(FECHA)	DESDE (FECHA)	(FECHA)

COMUNIDAD	5. PLAN DE ACCION				6. INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL COMUNITARIO								7. REGISTROS COMUNITARIOS						
	TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS				LETRINAS								LAVADO DE MANOS			DRENAJE	BASURA	LETRINAS	AGUA
	GRUPO DE MUJERES	RECORRIDO SANITARIO	CROQUIS	OTROS ESPECIFI	ADULTOS		Niños		LETRINAS PUBLICAS		CONICI-MIENTOS	PRACTICA	PROBLEMAS						
				USO	O&M	USC	O&M	No. FAM	O&M										

COMENTARIOS:

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO DE EDUCACION Y PROMOCION SANITARIA - CONSOLIDADO DE COMUNIDADES -

1. CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACION INSTITUCIONAL

Departamento:	el nombre del departamento o region para que se llena este consolidado.
# comunidades:	total de comunidades en el departamento
Comunidades en proyecto:	total de comunidades que ha entrado en el proyecto de educacion sanitaria
Agencia Cooperante:	Es la entidad que esta apoyando las actividades de educación sanitaria.
Personal Institucional:	total de personal (pagado) institucional que trabaja en educacion sanitaria en el departamento por sexo.
Personal Capacitado:	total de personal institucional capacitado en tecnicas participativas por sexo
Responsable Cargo :	identificación de la persona responsable para llenar el formulario, con su nombre y cargo.
Fecha:	colocar la fecha en que se lleno este formulario.

El formulario está diseñado para llenar cada trimestre. Una hoja puede contener la información de seis trimestres, es decir para el año 1995 y 1996. La idea es que la comunidad se quede con una copia y que la otra se va para el departamento o el lugar donde se hace el consolidado.

2. INFORMACION GENERAL

Comunidad: Nombre de la comunidad.

Código: Anotar el código (nacional) utilizado para la comunidad

Población: Número de habitantes en la comunidad.

Familia: Cantidad de familias existente en la comunidad.

Grupos Lingüísticos: Nombrar el o los grupos lingüísticos que existen en la comunidad.

En esta variable surge la necesidad de diseñar o usar una codificación nacional de los idiomas étnicos existentes. Para Guatemala se puede utilizar esta tabla:

O....	Español	H....	Chuj
A....	Kiche'	I....	Zutuhil
B....	Kakchikel	J....	Pocomchi'
C....	Mam	K....	Chorti
D....	Q'eqchi	L....	Itza'
E....	Ixil	M....	Kanjobal
F....	Pocomam	N....	Xinca
G....	Achi	Ñ....	Garifuna

Quizás, en otros países podría aplicarse mejor la división en grupos étnicos en vez de lingüísticos.

COBERTURA DE SERVICIOS

Agua Potable: colocar la cantidad de viviendas que tienen acceso al agua por medio de conexiones domiciliarias o servicio público a una distancia no mayor de 200 metros.

Saneamiento: cantidad de viviendas con sistemas de disposición de excretas o letrinas.

COMITE DE SALUD ELEGIDO

- Trabaja Si o No:** indicar sí existe comite de desarrollo, pro-mejoramiento u otro que trabaje en pro de la comunidad e indicar sí hace actividades o no.
- No. de Hombres:** colocar cuántos hombres están dentro de comité de la comunidad.
- No. de Mujeres:** colocar cuántas mujeres están dentro del comité de la comunidad.

3. CAPACITACION**MIEMBROS DEL COMITE Y LIDERES CAPACITADOS****SALUD/HIGIENE**

- Hombres:** colocar cuántos hombres han participado en cursos de atención en salud o higiene o en ambos.
- Mujeres:** colocar cuántas mujeres han participado en cursos de atención en salud o en higiene o en ambos.

TECNICAS PARTICIPATIVAS

- Hombres:** colocar cuantos hombres han sido capacitados en técnicas participativas.
- Mujeres:** colocar cuantas mujeres han sido capacitados en técnicas participativas.

4. AUTODIAGNOSTICO

Investigar si la comunidad tiene algún documento o ha definido verbalmente su situación actual en cuanto a problemas prioritarios.

Preparado Desde: Colocar fecha aproximativo desde cuando el comité o comunidad están elaborando un autodiagnostico.

Aprobado colocar la fecha en que lo aprobó el comité de la comunidad
< fecha > :

5. PLAN DE ACCION

Preparado Desde: priorización de necesidades que la comunidad tiene programado realizar, colocar fecha desde cuando lo están elaborando (pueden tener un plan en forma verbal o escrito).

Aprobado colocar la fecha en la cual el comité o la comunidad lo aprobó.
< fecha > :

TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS

Grupo de Mujeres: Especificar si se utilizó la técnica grupo (focal) de mujeres en la fase de definición del plan de acción de la comunidad.

Recorrido Sanitario: Especificar si se hacen inspecciones o recorridos sanitarios para conocer y monitorear la condiciones higiénicas.

Croquis: Especificar si se tiene un croquis o mapa de la comunidad con la información geográfica para identificar situaciones o problemas.

Otros especifique: Especificar si se utiliza otra técnica participativa que se involucre dentro del plan de acción.

6. INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL COMUNITARIO**LETRINAS****ADULTOS**

USO: indicar el número de familias en la que los adultos usan las letrinas.

O&M: indicar el número de familias en que los adultos aplican correctamente las técnicas de operación y mantenimiento en las letrinas.

NIÑOS

USO: indicar el número de familias donde los niños y las niñas utilizan las letrinas.

O&M: indicar el número de familias donde los niños y las niñas estén involucrados en la limpieza o reparación de las letrinas.

LETRINAS PÚBLICAS

No. Familias: indicar el número de familias que utilizan letrinas públicas

O&M: indicar el número de familias que están apoyando la limpieza y mantenimiento de estas letrinas.

LAVADO DE MANOS

Conocimientos: indicar porcentaje de familias de la comunidad que tiene conocimientos sobre la importancia del lavado de manos y la consecuencias al no tener esta costumbre.

Prácticas: indicar porcentaje de familias de la comunidad que practica adecuadamente el lavado de manos.

Problemas: indicar si hay algún problema que ha incidido en la mejora o en el empeoramiento de esta actitud. 0=NO 1=SI. En el caso que SI por favor especificar bajo comentarios.

7. REGISTROS COMUNITARIOS

Bajo registros comunitarios se puede entender un gama de instrumentos: un cuaderno con la información, un mapa o croquis, una persona clave el comité que sabe exactamente cuántos y quiénes etcétera.

Drenaje: indicar sí existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación del drenaje o el modo de evacuar el agua servida o doméstica.

Basura: indicar sí existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de la basura.

Letrinas: indicar sí existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de las letrinas u otro modo de saneamiento.

Agua: indicar sí existe un registro en la comunidad para el monitoreo de la situación de agua potable.

INFORME SEMESTRAL DE AVANCE EN EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL EN LA ESCUELA

DEPARTAMENTO:

SUPERVISOR DEL DISTRITO:

GRADOS:

MUNICIPIO:

MAESTROS:

COMUNIDAD:

NOMBRE DE LA ESCUELA:

MAESTRAS:

DISTRITO ESCOLAR:

No. DE LA ESCUELA:

SEMESTRE	FECHA	2. INFORMACION GENERAL						3. CURRICULUM ESCOLAR				
		CAPACITACION EN EDUCACION SANITARIA		No. DE ALUMNOS				IDIOMAS UTILIZADOS	GRUPOS DE REFACCION	COMITES PADRES DE FAMILIA	EDUCACION SANITARIA	EDUCACION AMBIENTAL
				JORNADA	MATUTINA	JORNADA VESPERTINA						
		MAESTROS	MAESTRAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS					
1o 1995												
2o 1995												
1o 1996												
2o 1996												

SEMESTRE	4. DIAGNOSTICO		5. PLAN DE ACCION				6. RESUMEN DE INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL ESCOLAR				7. REGISTROS		
	PARTICIPANTES	FECHA	PREPARADO DESDE	TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS			SISTEMAS DE AGUA	USO DE AGUA PARA TOMAR	LETRINAS		LAVADO DE MANOS	AUSENCIA POR ENFERMEDAD EN EL ULTIMO MES	
				CLUB DE NIÑOS	RECORRIDO SANITARIO	OTRAS ESPECIFICAS			NUMERO	MANTENIMIENTO		EDA	IRA
1o 1995													
2o 1995													
1o 1996													
2o 1996													

COMENTARIOS

INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE CONSOLIDADO DE EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL EN ESCUELAS

1. IDENTIFICACION DE LA ESCUELA

- DEPARTAMENTO:** Escribir el nombre del departamento a que pertenecen las escuelas del consolidado.
- MUNICIPIO:** Escribir el nombre del municipio a que pertenece la escuela.
- COMUNIDAD:** Anotar el nombre de la aldea, caserío a la cual pertenece la escuela.
- DISTRITO ESCOLAR:** Anotar el número de distrito a que pertenece la escuela donde está la escuela.
- SUPERVISOR DEL DISTRITO:** Escribir el nombre del supervisor de la escuela (responsable para este formulario).
- NOMBRE DE LA ESCUELA:** Anotar el nombre de la Escuela.
- No. DE LA ESCUELA:** Anotar el número que le corresponde a la escuela dentro del distrito escolar.
- GRADOS:** Numero de grados que tiene la escuela
- MAESTRAS:** anotar el número de maestras que trabajan en la escuela.
- MAESTROS:** Anotar el número de maestros que trabajan en la escuela.

2. INFORMACION GENERAL

CAPACITACION EN EDUCACION SANITARIA

MAESTROS: Anotar el total de maestros que han recibido capacitación en aspectos de educación sanitaria y ambiental.

MAESTRAS: Anotar el total de maestras que están capacitadas.

NUMERO DE ALUMNOS DE LA JORNADA MATUTINA/ VESPERTINA.

NIÑOS/ NIÑAS: Anotar el número de escolares en la escuela, total de mujeres en la casilla de niñas y total de hombres en la casilla niños.

IDIOMAS UTILIZADOS: identificar código del idioma o idiomas utilizados según el orden más usual en la escuela y la comunidad, de acuerdo al siguiente orden:

O.... español	H.... Chuj
A.... Kiche'	I.... Zutuhil
B.... Kakchikel	J.... Pocomchi'
C.... Mam	K.... Chorti
D.... Q'eqchi	L.... Itza'
E.... Ixil	M.... Kanjobal
F.... Pocomam	N.... Xinca
G.... Achi	ñ.... Garifuna

GRUPOS DE REFACCIÓN: Marcar según código, las características de los grupos de mujeres que preparan la refacción escolar.

1. Madres que rotan cada cierto tiempo
2. Mujeres que no rotan y recibe un sueldo
3. Preparado por los mismos escolares.

COMITES DE PADRES DE FAMILIA:

Anotar el número de comités de padres de familia que existen en la escuela.

3. CURRICULUM ESCOLAR

EDUCACION SANITARIA: anotar si la escuela contempla en su curriculum, la educación sanitaria.

EDUCACION AMBIENTAL: anotar si la educación ambiental es parte del curriculum de estudios de los escolares.

4. DIAGNOSTICO

PARTICIPANTES: Anotar el código que identifica las características del diagnóstico.
No tienen diagnóstico.....0
Preparado por maestros.....1
Preparado por maestros y alumnos..2
Preparado por maestros, alumnos, padres de familia...3

FECHA: Anotar la fecha en que se ha pasado la boleta.

5. PLAN DE ACCION

PREPARADO DESDE: Anotar la fecha desde cuando existe el plan de acción.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS

CLUB DE NIÑOS: Anotar el número de club de niños y niñas que existen.

RECORRIDO SANITARIO: 1: se realiza.
2: no se realiza.

OTROS ESPECIFIQUE: Anotar si se utilizan otras técnicas participativas y especificar cuál(es).

6. RESUMEN DE INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL ESCOLAR

SISTEMA DE AGUA: se refiere a la identificación del sistema de agua que se utiliza en la escuela, anotando los códigos de fuentes en la casilla asignada.

- 1....no tienen agua.
- 2....agua de chorro.
- 3....agua de pozo con bomba Maya.
- 4....agua de pozo no protegido.
- 5....agua de río.
6. ...Nacimiento de agua.

USO DE AGUA PARA TOMAR: anote el código que corresponde al tipo de agua que se consume en la escuela.

- 1.....agua hervida.
- 2.....agua clorada.
- 3.....agua no hervida y no clorada.

LETRINAS

NUMERO: Anote el total de letrinas que tiene la escuela.

MANTENIMIENTO: Anote en la casilla correspondiente, el código correspondiente a las siguientes características de mantenimiento de la letrina.

- 1.....Letrinas limpias y sin mal olor.
- 2.....Letrinas sucias y con mal olor.

LAVADO DE MANOS: Anotar con los códigos correspondientes la practica que caracteriza el lavado de manos:

- 1....la mayoría no se lava las manos después de usar la letrina.
- 2....la mayoría no se lava las manos antes de refaccionar.
- 3....la mayoría se lava las manos después de usar la letrina.
- 4....la mayoría se lava las manos antes de refaccionar.

7. REGISTROS

AUSENCIA POR ENFERMEDAD EN EL ULTIMO MES

DIARREA: anotar el total de alumnos que hayan faltado a la escuela por diarrea.

IRA: anotar el total de niños que hayan faltado en la escuela por problemas respiratorios.

INFORME SEMESTRAL DE AVANCE EN EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL - CONSOLIDADO -

DEPARTAMENTO:
RESPONSABLE:

CARGO:
FIRMA:

FECHA:

ESCUELA	NUMERO	2. INFORMACION GENERAL								3. CURRÍCULO ESCOLAR				
		PERSONAL Y CAPACITACION				Nº. DE ALUMNOS				IDIOMAS UTILIZADOS	GRUPOS DE REFAOCION	COMITES PADRES DE FAMILIA	EDUCACION SANITARIA	EDUCACION AMBIENTAL
		MAESTROS		MAESTRAS		JORNADA		JORNADA VESPERTINA						
		TOTAL	CAPACIT.	TOTAL	CAPACIT.	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS					

ESCUELA	4. DIAGNOSTICO		5. PLAN DE ACCION			6. RESUMEN DE INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL ESCOLAR					7. REGISTROS		8. CALIFICACION	
	PARTICIPANTES	FECHA	PREPARADO DESDE	TECNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADA			SISTEMAS DE AGUA	USO DE AGUA PARA TOMA	LETRINAS		LAVADO DE MANOS	AUSENCIA POR ENFERMEDAD EN EL ULTIMO MES		CALIFICACION ESCUELA SALUDABLE
				CLUB DE NIÑOS	RECORRIDO SANITARIO	OTRAS ESPECIFIQUE			NUMERO	O & M		EDA	IRA	

COMENTARIOS

INSTRUCTIVO PARA EL FORMULARIO DE CONSOLIDADO DE EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL EN ESCUELAS

1. IDENTIFICACION DE QUIEN LLENE EL CONSOLIDADO.

- DEPARTAMENTO:** Escribir el nombre del departamento a que pertenecen las escuelas del consolidado.
- RESPONSABLE:** anotar el nombre de la persona responsable para llenar este formulario.
- CARGO:** escribir el cargo de la persona que llene el consolidado escolar.
- FIRMA:** escribir su firma en el espacio en blanco.
- FECHA:** Anotar la fecha en que se ha realizado el consolidado.

2. INFORMACION GENERAL

- ESCUELA:** En la casilla de escuela anote el nombre de las escuelas pertenecientes al consolidado.
- NUMERO:** anote en la casilla el número que corresponde a la escuela según el distrito escolar.

PERSONAL Y CAPACITACION

MAESTROS

- TOTAL:** Anotar el total de maestros en la escuela
- CAPACIT:** Anotar el total de maestros que han recibido capacitación en aspectos de educación sanitaria y ambiental.

MAESTRAS

TOTAL: Anotar el total de maestras en la escuela.

CAPACIT: Anotar el total de maestras que están capacitadas.

NUMERO DE ALUMNOS DE LA JORNADA MATUTINA/ VESPERTINA.

NIÑOS/ NIÑAS: Anotar el número de escolares en la escuela, total de mujeres en la casilla de niñas y total de hombres en la casilla niños.

IDIOMAS UTILIZADOS: identificar código del idioma o idiomas utilizados según el orden más usual en la escuela y la comunidad, de acuerdo al siguiente orden:

O.... Español	H.... Chuj
A.... Kiche'	I.... Zutuhil
B.... Kakchikel	J.... Pocomchi'
C.... Mam	K.... Chorti
D.... Q'eqchi	L.... Itza'
E.... Ixil	M.... Kanjobal
F.... Pocomam	N.... Xinca
G.... Achi	ñ.... Garifuna

GRUPOS DE REFACCIÓN: Marcar según código, las características de los grupos de mujeres que preparan la refacción escolar.

1. Madres que rotan cada cierto tiempo
2. Mujeres que no rotan y recibe un sueldo
3. Preparado por los mismos escolares.

COMITES DE PADRES DE FAMILIA:

Anotar el número de comités de padres de familia que existen en la escuela.

3. CURRICULUM ESCOLAR

EDUCACION AMBIENTAL: anotar si la escuela contempla en su curriculum, la educación sanitaria.

EDUCACION AMBIENTAL: anotar si la educación ambiental es parte del curriculum de estudios de los escolares.

ESCUELA: volver a anotar el nombre de la escuela a que corresponde la información para no equivocarse de línea.

4. DIAGNOSTICO

PARTICIPANTES: Anotar el código que identifica las características del diagnóstico.
No tienen diagnóstico.....0
Preparado por maestros.....1
Preparado por maestros y alumnos..2
Preparado por maestros, alumnos, padres de familia...3

FECHA: Anotar la fecha en que se ha pasado la boleta.

5. PLAN DE ACCION

PREPARADO DESDE: Anotar la fecha desde cuando existe el plan de acción.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS UTILIZADAS

CLUB DE NIÑOS: Anotar el número de club de niños y niñas que existen.

RECORRIDO SANITARIO: 1: se realiza.
2: no se realiza.

OTROS ESPECIFIQUE: Anotar si se utilizan otras técnicas participativas y especificar cuál(es).

6. RESUMEN DE INDICADORES DE CAMBIO A NIVEL ESCOLAR

SISTEMA DE AGUA: se refiere a la identificación del sistema de agua que se utiliza en la escuela, anotando los códigos de fuentes en la casilla asignada.
1....no tienen agua.
2....agua de chorro.
3....agua de pozo con bomba Maya.
4....agua de pozo no protegido.

- 5...agua de río.
6. ...Nacimiento de agua.

USO DE AGUA PARA TOMAR: anote el código que corresponde al tipo de agua que se consume en la escuela.

- 1....agua hervida.
- 2....agua clorada.
- 3....agua no hervida y no clorada.

LETRINAS: Anote el total de letrinas que tiene la escuela.

O & M: Anote en la casilla correspondiente, el código correspondiente a las siguientes características de mantenimiento de la letrina.

- 1.....Letrinas limpias y sin mal olor.
- 2.....Letrinas sucias y con mal olor.

LAVADO DE MANOS: Anotar con los códigos correspondientes la practica que caracteriza el lavado de manos:

- 1...la mayoría no se lava las manos después de usar la letrina.
- 2...la mayoría no se lava las manos antes de refaccionar.
- 3...la mayoría se lava las manos después de usar la letrina.
- 4...la mayoría se lava las manos antes de refaccionar.

7. REGISTROS

AUSENCIA POR ENFERMEDAD EN EL ULTIMO MES

DIARREA: anotar el total de alumnos que hayan faltado a la escuela por diarrea.

IRA: anotar el total de niños que hayan faltado en la escuela por problemas respiratorios.

8. CALIFICACION

CALIFICACION ESCUELA SALUDABLE:

habrá que hacerse un sistema de puntos para determinar si una escuela cumple con los requisitos y se merece el título "escuela saludable"

ANEXO 6 PARTICIPANTES A LOS TALLERES

Comité Organizador

- * **HANS SPRULJT**
Oficial Programa Subregional Agua, Saneamiento y Educación Sanitaria
UNICEF
- * **JEAN GOUGH**
Oficial Programa Agua y Saneamiento. UNICEF El Salvador
- * **MIGUEL CUELLAR**
Encargado Programa Agua y Saneamiento. UNICEF Panamá
- * **GLORIA CALIXTO B**
Consultora UNICEF Oficina de Area. Coordinadora de los Talleres
- * **NORAH ESPEJO**
Facilitadora de los Talleres. I. R. C. La Haya, Holanda

Apoyo Técnico

- * **PAUL BLOEM**
Asistente Oficial de programas UNICEF Oficina de Area
- * **JULIO ISAACS**
Consultor UNICEF Oficina de Area

Apoyo Secretarial

- * **MITZELA VILLARREAL** Panamá
- * **MARTA LARIOS** El Salvador
- * **LUCRECIA LIMÁ A.** Guatemala

Participantes Taller Panamá

BELICE

Stanley Nicholas

David Diego

Pearl Ellis

Joan Burke

John Bodden

Amelia Cadle

Vandley Jenkins

COSTA RICA

Xina Alvarado

Antonio Porras

Nora Fonseca

Adixa Arce

Gabriel Pérez

Romila Castro

GUATEMALA

Maria Dolores de Guzman

Magda Villegas

Lena Sjoman

Leticia Velásquez

Emilio Quevedo

Yadira Castañeda

Cristina Boman

Carlos Córdoba

Americo López

PANAMA

Gioconda Palacios

Berta de Monctezuma

Alberto Migar

Maria J. Castillo de Guerra

Lorenzo Rivera

Participantes Taller El Salvador

EL SALVADOR

Rosa Alfaro
Herberth Aparicio González
Marina Morales Carbonell
Maria Guadalupe Moreira
Jaime Alexander Ascencio
Maria Soderberg
Ilú Valenzuela
Rafael Artemio Velásquez

GUATEMALA

Shirley Elizabeth de León
Juan Dionisio Ramírez
Efrain Antonio Paz

HONDURAS

Andrea Diaz García
Juana Argentina Martínez
Xavier Enrique Orellana

NICARAGUA

Hugo Mariano García
Cipriano Sequeira
Mario Felipe Mayorga
Egda Marina Torres

Direcciones de UNICEF en Centro America y Panamá

UNICEF-GUATEMALA

Apartado Postal 525
Guatemala Ciudad, Guatemala
Tel. 502-2-336373/336380

UNICEF-NICARAGUA

Apartado Postal 5541
Managua, Nicaragua
Tel. 505-2-222933/226565/224811

UNICEF-HONDURAS

Apartado Postal 2850
Tegucigalpa MDC, Honduras
Tel. 504-311612/325885/311614

UNICEF-BELICE

P.O. BOX 1084
Belize City, Belize
Tel. 501-2-78795/78948/34539

UNICEF-EL SALVADOR

Apartado Postal 1114
San Salvador, El Salvador
Tel. 503-981119/790603-5

UNICEF-COSTA RICA

Apartado Postal 490-1000
San Jose, Costa Rica
Tel. 506-962034/962035/328029

UNICEF-PANAMA

Apartado Postal 6917
Zona 5, Panamá, Panamá
Tel. 690945/690968/690605