INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Proyecto "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados neonatales, en zonas rurales de Honduras"

Período: Noviembre 2015 - Marzo 2019

BID Banco Interamericano de Desarrollo · iniciativa salud mesoamérica · Gobierno de la República de Honduras Secretaría de Salud · Bill & Melinda Gates foundation · Yale Institute for Network Science · World Vision Por los niños

Créditos

Proyecto: "Uso de las Redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras"

Ejecutado por Visión Mundial Honduras en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates

Equipo de elaboración del informe
Lesbia García, Coordinadora del proyecto
Aida Maradiaga, Esp. Cambios de Comportamientos
Manuel Gómez, Esp. Monitoreo y Evaluación
Fátima Solis, Contadora

Equipo revisor del informe:
Jennifer Nelson, UC-ISM/BID
María Elena Ordóñez, Consultora local ISM/BID
Karen Ramos, Directora de Proyectos WVH

Fotografías:
Elías Assaf –Fotógrafo independiente
Otras fotografías: Equipo de proyecto Redes

Diagramación:
Moisés Montenegro Luna

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero y técnico proporcionado por el Banco Interamericano de Desarrollo BID, en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica, a través del Proyecto "Uso de Redes sociales para mejorar los resultados maternos, neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras" (Proyecto Redes), bajo los términos del contrato suscrito con World Vision Honduras. Las opiniones expresadas en este informe son del autor (es) y no refleja necesariamente los puntos de vista del BID, ni de World Vision Honduras.

Contenido

Siglas 3

1. Resumen ejecutivo 5

2. Introducción 9

3. Descripción del proyecto 11

3.1. Línea de tiempo del Proyecto REDES 12

3.2. Familias en la intervención y familias que se retiraron distribuidas por mes 12

4. Marco Contextual 13

5. Marco Conceptual 15

6. Principales logros y resultados alcanzados por componentes: 17

6.1. Diseño de la intervención 17

6.2. Modelo de intervención Comunitaria 18

6.3. Descripción de la visita domiciliar 20

6.4. Reuniones grupales comunitarias 21

6.5. Validación de materiales 22

6.6. Capacitación inicial y capacitación continua 22

6.7. Pilotaje 24

6.8. Modelo Operativo del proyecto 24

6.9. Reuniones de Avance 25

7. Productos y resultados de la intervención comunitaria 27

7.1. Resultados de la visita COD a los hogares (21 meses) 27

7.2. Casas alerta 30

7.3. Resultados en conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) 31

7.4. Resultados de cumplimiento de acuerdos 34

7.5. Cumplimiento de acuerdos por municipio por Tema 36

7.6. Módulos COD brindados a la familia 37

7.7. Resultados de monitoreo de la intervención en campo 38

7.8. Opiniones de las familias sobre las visitas COD 39

7.9. Alerta referencia y situación de salud de las familias 40

7.10. Demanda de los servicios de salud 41

7.11. Visitas a las familias por el personal de salud 42

7.12. Valoración de las familias sobre la atención en los servicios de salud *42*
7.13. Resultados de indicadores de monitoreo *43*
7.14. Visitas realizadas con Calidad *45*
7.15. Implementación de las Reuniones Grupales Comunitarias *46*
7.16. Cierre de la intervención con las familias *47*
8. Uso de la tecnología como elemento innovador en la estrategia de implementación 49
9. Sistematización y evaluación de la experiencia 51
10. Lecciones aprendidas 53
11. Análisis de sostenibilidad de la implementación 55
12. Aspectos administrativos 59
12.1. Contratación del personal *59*
12.2. Habilitación y equipamiento de la oficina *60*
12.3. Adquisiciones *60*
13. Ejecución financiera 63
14. Problemas, dificultades y principales soluciones durante la implementación 65
15. Conclusiones 69
16. Recomendaciones 71
17. Anexos 73
17.1. Agenda desarrollada en reuniones de cierre comunitarias *73*
17.2. Ejemplo de ayuda memoria de entrega de cuadros artísticos a las familias *75*
17.3. Diccionario de datos del sistema *78*
17.4. Visitas y Módulos COD recibidos por las familias *78*
17.5. Cálculo de indicadores *79*
17.5.1. Porcentaje de familias visitadas por mes 79
17.5.2. Porcentaje de familias visitadas en el mes donde se desarrolló la COD 80

Siglas

ACC	Agente de Cambio de Comportamiento
AIEPI	Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de Infancia
AIN-C	Atención Integral de la Niñez a nivel comunitario
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAP	Conocimiento, Actitudes y Prácticas
CAS	Casas Alertas
CIS	Centro Integral de Salud
CC	Cambio de Comportamiento
COD	Consejería Oportuna y Dirigida
CONE	Cuidado Obstétrico Neonatal y Esencial
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
ICEC	Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
LB	Línea de Base
M&E	Monitoreo y Evaluación
MANCORSARIC	Mancomunidad de los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas
MEF	Mujer en Edad Fértil
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PF	Planificación Familiar
RGC	Reuniones Grupales comunitarias
SESAL	Secretaria de Salud
ISM	Iniciativa de Salud Mesoamérica
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
UC-SMI	Unidad Coordinadora-Iniciativa de Salud Mesoamérica
WV	World Vision
WVH	World Vision Honduras
YINS	Yale-Institute Network Science

1. RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados maternos neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras" fue implementado por el Consorcio integrado por World Vision y ChildFund en su primera fase, luego en segunda fase únicamente World Vision, se ejecutó con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates a través de la iniciativa de salud Mesoamérica del BID, en el marco de un estudio realizado por el YINS de la Universidad de YALE en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, en el departamento de Copán.

El objetivo de la intervención es "Contribuir al mejoramiento de los resultados de salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los comportamientos y actitudes de riesgos, a través del fortalecimiento de las redes sociales".

La estrategia de intervención se basó en la consejería oportuna y dirigida (COD), metodología desarrollada por World Vision en África mediante la cual se implementaron visitas domiciliarias que eran realizadas mensualmente con las familias con una duración aproximada de dos horas cada visita y que se desarrollaron en un período de 21 meses. La ejecución del proyecto inició en noviembre de 2015 y finalizó en marzo de 2019, las visitas a las familias se realizaron de diciembre de 2016 a agosto 2018.

La estrategia educativa se inició con 3,634 familias en 154 comunidades de los cuatro municipios donde se realizó la intervención. El programa educativo contenía 15 temas relacionados a la salud materna, neonatal e infantil como cuidados durante el embarazo, control prenatal temprano, parto institucional, plan de parto, señales de peligro durante el embarazo, puerperio, recién nacido, diarrea e IRA, lactancia materna, planificación familiar y violencia de género.

Tabla 1: Cobertura geográfica
Proyecto Redes – Copán, Honduras. Agosto 2018

Municipio	# de Aldeas	# de Hogares	Población
Cabañas	25	671	3,985
Copán Ruinas	68	1,454	12,091
San Jerónimo	11	262	2,804
Santa Rita	50	1,247	9,383
TOTAL	154	3,634	28,263

Al finalizar la intervención en 160 hogares había mujeres embarazadas, en 1,698 hogares había niños de dos a cinco años, en 866 hogares reportaron nacimientos en los últimos dos años.

Para la realización de las visitas se contaba con un set de materiales educativos que fueron diseñados específicamente para esta intervención y validados con la población, entre ellos se contaba con 31 historias para generar diálogo y reflexión con las familias de los diferentes temas, libro de compromisos familiares donde se acordaban los comportamientos que las familias intentarían cumplir, 1 set de láminas

de señales de peligro para reforzar los temas, 15 láminas para colorear, adivinanzas, canciones, bombas y material promocional del proyecto (logo y lema) impreso en camisas, chalecos, gorras y mochila del personal de campo del proyecto.

Las visitas se desarrollaban utilizando la aplicación CommCare cargada en una Tablet donde estaban en formato digital todos los materiales a utilizar en la visita, los pasos con la secuencia a seguir y además permitía el registro de información de cada visita para ser enviado diariamente a la base de datos. Las visitas a las familias eran realizadas por 52 Agentes de Cambio de Comportamiento (ACC) que fueron contratados y capacitados específicamente para esta tarea, ellos eran apoyados por cinco supervisores de campo y el equipo técnico del proyecto.

Además de las visitas domiciliarias a familias, la estrategia contempló la realización de dos reuniones grupales en cada una de las comunidades incluidas en la intervención con temas relacionados a los cuidados durante el embarazo con el fin de que participaran otras personas que no recibían la consejería durante las visitas especialmente los hombres.

Al finalizar el período de implementación en campo continuaban participando 2,552 familias que equivalen a un 70% de las asignadas por el YINS, se logró realizar 51,786 visitas COD, la intervención completa con 21 visitas como era lo programado se logró realizar con 1,034 familias que equivale al 34% de las familias que iniciaron con el programa de visitas, el 83% de las familias recibieron la primera visita, en relación a las 3,634 familias YINS, de las 3,022 que recibieron visita 1, el 98% (2,952) completaron 2 visitas, el 96.2% (2,907) completaron 3 visitas, el 95.2% (2,877) recibieron 4 visitas, el 94.3% (2,850) recibieron 5 visitas, el 93.3% (2,822) completaron 6 visitas, el 92.2% (2,786) recibieron 7 visitas, el 91.5% (2,767) recibieron 8 visitas, el 90.6% (2,740) recibieron 9 visitas, el 89.2% (2,696) recibieron 10 visitas, el 88.3% (2,670) recibieron 11 visitas, el 86.7% (2,619) recibieron 12 visitas, el 84.5% (2,555) recibieron 13 visitas, el 82.2% (2,484) recibieron 14 visitas, el 80.5% (2,434) recibieron 15 visitas, el 76.6% (2,314) recibieron 16 visitas, el 72.1% (2,180) recibieron 17 visitas, el 65.2% (1,974) recibieron 18 visitas, el 56.6% (1,712) completaron 19 visitas, el 45% (1,364) completaron 20 visitas y el 34.2% (1034) completaron las 21 visitas.

Al analizar el cumplimiento de las visitas, no se puede valorar de forma lineal, sino de forma dinámica, cada mes se establecía como meta llegar con la visita COD a todas las familias activas, pero sucedía que por razones diferentes algunas familias no se encontraban en ese mes y la visita COD quedaba pendiente, en el mes siguiente esa familia era buscada para realizar la visita pendiente del mes anterior sino se encontraba o no se lograba realizar la visita, seguía pendiente y se seguía buscando hasta realizar la visita por lo tanto iba quedando una cuota de rezago de visitas cada mes que debían ser programadas junto con la meta del mes en curso.

Hubo 1,082 familias que abandonaron el programa esto sucedió de manera paulatina de la siguiente manera: en la visita cero o visita diagnostica un total de 612 familias decidieron no recibir la visitas COD, entre la COD1 y COD5 194 familias salieron del programa, entre la COD6 y COD10 135 familias decidieron no continuar, entre la COD11 y COD15 145 familias decidieron salir y entre la COD 16 y 21 ninguna familia abandono la intervención, las familias manifestaban diferentes razones: no les interesaba participar, se fueron de la comunidad o por problemas de violencia o salud, es importante hacer notar que las familias que llegaron a la COD 14 se mantuvieron en su mayoría hasta el final de la intervención, el número mayor de pérdida se registra en la visita Diagnostica probablemente debido al desconocimiento, desconfianza o desinterés de la población.

Los datos del monitoreo de CAP indican que en todos los temas hubo un aumento en el porcentaje de familias que tienen opiniones favorables a los comportamientos promovidos tomando como referencia el dato de la línea base, sin embargo hay algunos temas donde la diferencia entre la línea base y el último mes de implementación es mucho mayor, tal es el caso del uso del zinc para el manejo de la diarrea, el uso de los fajeros y el uso de chupones.

En cuanto al cumplimiento de acuerdos que se negociaban en cada visita con las familias, al finalizar el proyecto se obtuvo un promedio de cumplimiento de 87.5%. Los acuerdos que menos se cumplieron son los relacionados a plan de parto y emergencias, (78%) parto institucional (69%) y atención de la mujer y del recién nacido en los primeros tres días después del parto (75%),todas estas acciones implican algún costo económico por lo que probablemente eso sea una causa para un bajo cumplimiento.

Al finalizar la intervención en campo se realizó la sistematización de la metodología de la visita COD y una evaluación cualitativa del proyecto con lo que se concluye que la consejería estructurada y apoyada con materiales didácticos y el uso de tecnología digital, han sido elementos que por su estrategia de utilización, propician el desarrollo de habilidades cognitivas en las familias, en un contexto determinado –su hogar-, facilitando la captación y la comprensión de cada tema.

Queda evidenciado que los ACC concretaron un proceso de reflexión en cada consejería y con ello, motivaron un proceso a lo interno de la o las personas participantes para la toma de mejores decisiones, ha quedado claro que el proyecto involucró directamente desde la visita 1 a 3,022 familias y que las 2,552 familias activas que concluyeron la COD en 15 y 21, participaron en el proyecto por su propia voluntad, es decir, atribuyeron un valor que se expresa al denominar el proyecto como "importante".

La estimación de la posibilidad de cambiar, ¿qué tan susceptibles somos?

Las familias durante la visita cero, recibieron información sobre el carácter educativo del mismo y esta connotación, dejó en claro que la participación no proporcionaría ningún tipo de beneficio material, pero a su vez, se sensibilizó acera de las consecuencias y beneficios que podría tener la familia al conocer de temas de maternidad, planificación familiar, cuidado de recién nacidos. Las familias visualizaron dos aspectos: uno de ellos, es que identificaron posibilidades de un mejor cuido de la mujer embarazada y de la niñez, es decir, reconocieron que en su familia podría haber una muerte materna o infantil y; en segundo lugar, identificaron la posibilidad de aprender.

El beneficio de los cambios de comportamientos propuestos en la COD

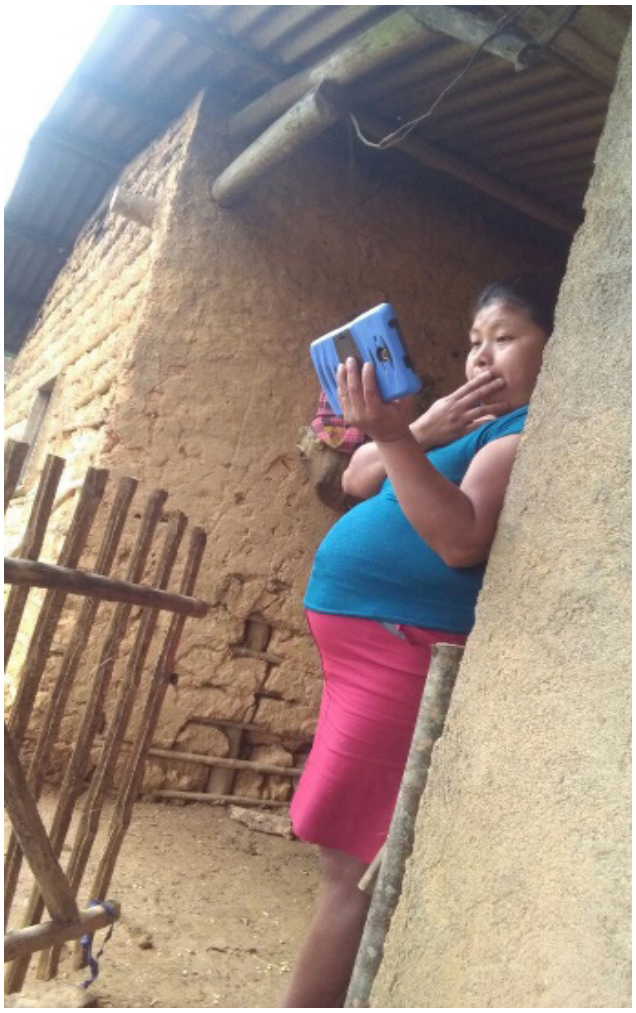
Las familias participantes no incurrieron en costos en el proceso de implementación del proyecto, es decir en la visita de consejería, para cumplir con los acuerdos que consideraron podían cumplir, debieron invertir recursos de tiempo y dinero, en casos en donde el comportamiento incluía traslados, entre ellos, acudir al control prenatal, control puerperal, parto institucional. Ninguna de las familias ha expresado que su participación en el proyecto le costó dinero. Las personas participantes han podido observar que las modificaciones que han realizado a partir de la consejería, les han producido beneficios, citan como ejemplo, el ahorro en el plan de parto. A su vez, han podido identificar en familias no participantes en el proyecto, cómo estas siguen haciendo lo que ellos han cambiado, ejemplificando, situaciones en las que madres con hijo con diarrea, atribuyen la enfermedad al llamado "empacho" y acuden a una persona para que "los sobe" (remedio casero), en estos casos no acuden al centro de salud, no consumen zinc ni litrosol.

Han experimentado como familia, que el ombligo del recién nacido no se infectó y que ha quedado bien al no usar fajero, es una experiencia que proporciona una nueva vivencia y generalmente es compartida por la familia a otras familias.

El diseño de la metodología COD, con 15 temas, 87 acuerdos y con sus mensajes clave, fue ajustada a las necesidades de la población y apoyada con una estrategia de comunicación que no implicó medios masivos, sino una relación directa que construyó un canal de confianza entre ACC y familia, por un período que con algunas familias alcanzó entre 15 y 21 meses y una capacitación continua, basada en las necesidades de los ACC para desarrollar una mejor experiencia en la consejería, refleja una intención de comportamiento planificado.

2. INTRODUCCIÓN

El Proyecto "Uso de las Redes Sociales para mejorar los resultados maternos neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras" fue implementado en una primera fase por el consorcio integrado por Visión Mundial y Childfund y en su segunda fase únicamente por Visión Mundial en la zona del occidente de Honduras específicamente en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, Cabañas y San Jerónimo del departamento de Copán.

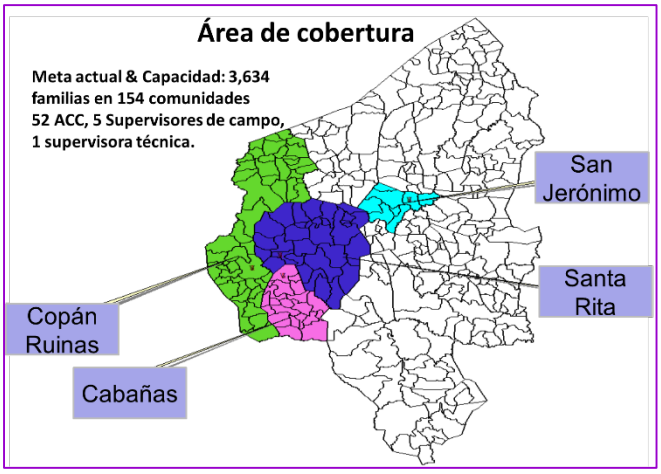


El proyecto fue desarrollado en el marco de un estudio del Yale-Institute Network Science (YINS) de la Universidad de Yale sobre la dinámica de las redes sociales y su influencia en la difusión y adopción de comportamientos y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales de Honduras, el financiamiento fue proporcionado por la Iniciativa de salud Mesoamérica del BID.

La intervención principal del proyecto Redes fue la implementación de una estrategia educativa basada en consejería familiar a través de visitas domiciliares mensuales. El período de ejecución del proyecto fue de noviembre 2015 a marzo de 2019 tiempo durante el cual se diseñó una estrategia educativa, los materiales y el modelo operativo del proyecto, se implementó la actividad educativa con las familias durante 21 meses, se realizaron actividades de cierre en las comunidades, un proceso de sistematización y evaluación cualitativa del proyecto.

El proyecto ha tenido importantes logros en la población participante en cuanto a conocimientos sobre salud materna, neonatal e infantil y se han generado muchos aprendizajes sobre la forma de trabajar programas educativos con las familias, el presente informe final constituye un esfuerzo por plasmar y compartir la experiencia de haber implementado un programa educativo innovador dirigido a un grupo de población vulnerable como es el de las mujeres en etapa de embarazo, parto, puerperio, recién nacidos y menores de cinco años esperando que pueda replicarse en otras zonas del país.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO



El Proyecto "Uso de Redes Sociales para mejorar los resultados maternos neonatales e infantiles en zonas rurales de Honduras" fue implementado por el Consorcio integrado por World Vision y ChildFund en su primera fase, luego en segunda fase únicamente World Vision, se ejecutó con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates a través de la iniciativa de salud Mesoamérica del BID, en el marco de un estudio realizado por el YINS de la Universidad de YALE en los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas, en el departamento de Copán.

El objetivo de la intervención es "Contribuir al mejoramiento de los resultados de salud materna, neonatal e infantil, desarrollando una intervención comunitaria orientada a lograr cambios en los comportamientos y actitudes de riesgos, a través del fortalecimiento de las redes sociales". La primera fase del proyecto fue implementada durante el periodo comprendido, entre noviembre 2015 a abril 2017, la segunda fase se realizó en el periodo de mayo 2017 a marzo 2019, siendo los meses de diciembre 2016 a agosto 2018 de intervención directa llevando consejería a las familias durante 21 meses en total.

En la primera fase el objetivo de la consultoría fue "Diseñar y poner en marcha una intervención basada en la identificación de conocimientos, actitudes y prácticas riesgosas, prevalentes en salud materna neonatal a nivel familiar y comunitario en la población seleccionada, con el fin de influenciar cambios en resultados de la salud de la madre y el neonato, a través de mensajes y prácticas saludables transmitidas por personas claves de redes sociales.

Durante los primeros meses se crearon las condiciones operativas de arranque y funcionamiento de la consultoría; luego se llevó a cabo la investigación formativa sobre CAP en salud materna neonatal e infantil, se realizó el diseño de la intervención comunitaria para desarrollar la implementación con las familias que duró 21 meses y en los últimos seis meses se realizaron actividades de cierre con las familias, además un proceso de sistematización y evaluación del proyecto. En este informe final de intervención del proyecto, se reportan los resultados correspondientes a la ejecución de noviembre 2015 a marzo 2019.

3.1. Línea de tiempo del Proyecto REDES

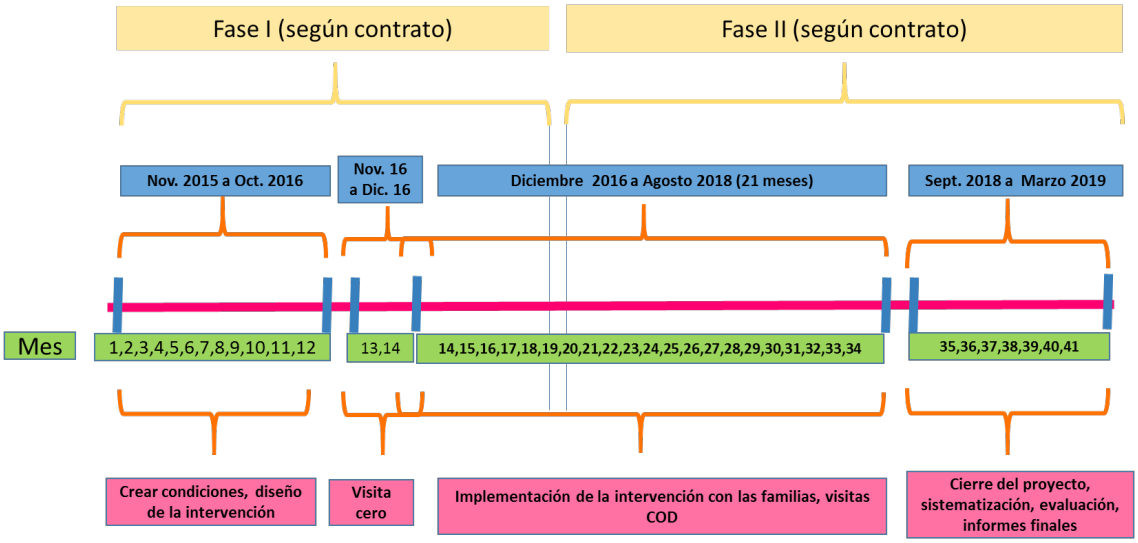


Figura 1: Describe la línea de tiempo del proyecto Redes.

3.2. Familias en la intervención y familias que se retiraron distribuidas por mes

En el gráfico se observa todo el proceso al cierre de la intervención por mes con las familias, desde la llamada visita cero o visita diagnostica hasta el cierre de la intervención, además se observa el movimiento de las familias activas y las familias que se retiraron de la intervención, como se observa fue en la visita cero en donde se retiraron el mayor número de familias (612), debido a diferentes razones entre ellas el desconocimiento y desconfianza en intervenciones educativas, pero en la medida que las familias conocieron detalles del proceso y recibieron las visitas COD el número de familias que salían se fue reduciendo, aunque habían temporadas en las cuales aumentaba por ejemplo cuando las familias salían por cortes de café y al regresar algunas habían perdido el interés, pero otras continuaban en el proceso.

Es necesario tener en cuenta que los resultados finales presentados en el gráfico fueron logrados de manera gradual por ejemplo en la visita cero se programaron 3,125 familias para COD 1, pero en el periodo establecido para desarrollarla solo se concretaron 2,916 visitas COD1, pero en los meses siguientes se continuaban buscando las familias pendientes, de manera que hubo visitas COD1 realizadas en el mes 8 de la intervención a familias que regresaban o que cambiaban de opinión por influencia de sus vecinos, al cierre se completaron 3,022 visitas COD1.

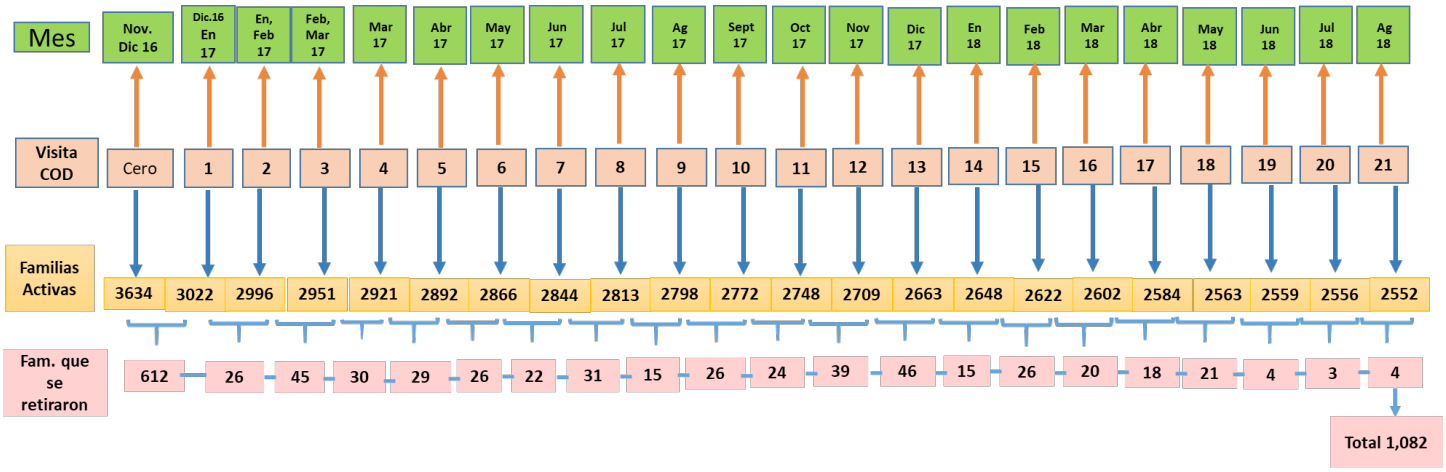


Figura 2: Describe la dinámica de las familias y de las visitas en el tiempo.

4. MARCO CONTEXTUAL

El proyecto se desarrolló en el territorio de la MANCORSARIC que incluye los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, Cabañas y San Jerónimo en el departamento de Copán, esta región se caracteriza por ser rural, montañosa, y con dispersión geográfica entre comunidades, lo cual dificulta su acceso a servicios básicos y limita los servicios de transporte; según datos del INE del censo de población y vivienda del 2013, el 85.1% de la población vive en zonas rurales, mientras que solo el 14.9% vive en áreas urbanas.

Una parte de la población es de origen Maya y Chortí, con costumbres tradicionales muy arraigadas, y que a veces muestran desconfianza en las intervenciones propuestas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el nivel de escolaridad es muy bajo en su población y existe cierto rechazo a proyectos que no ofrecen ayuda material a las familias.

De acuerdo al informe de NBI 2013, el 70.1% de la población de la mancomunidad viven en situación de pobreza. De esta población el 63.3% se encuentra en condiciones de pobreza extrema.

De acuerdo con la ENDESA 2011-2012, la mortalidad neonatal en Honduras, asciende a 18 por cada 1.000 nacidos vivos. En el 2008, las muertes neonatales representaron el 51% de la cifra total de muertes en menores de cinco años; de este porcentaje, el 40% se atribuyó a partos prematuros y otro 40% a asfixias e infecciones. Alrededor del 10% de los recién nacidos hondureños registran bajo peso al nacer. Si bien se ha constatado que el 79% de los neonatos comenzaron a ser amamantados dentro de la primera hora de vida, sólo el 30% fue alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, el 57% de los partos se produjo en zonas rurales donde la atención perinatal puede ser insuficiente o insegura, puesto que apenas la mitad de ellos estuvo a cargo de parteras calificadas.

La gestión descentralizada de los servicios de salud desde marzo de 2018 está a cargo de la ONG Plan en Honduras, quienes son los responsables de la provisión de servicios de atención en salud primaria a más de 94 mil habitantes del área de influencia de la MANCORSARIC, esta población está distribuida en 112 aldeas y 420 caseríos.

La entrega de servicios de salud es realizada a través de 18 establecimientos de los cuales 5 son CIS, 12 son UAPS y 1 CMI, es decir que el 67% (UAPS), de los servicios de salud son de nivel 1 y brindan servicios ambulatorios y dedicados a la promoción y prevención, un 28% son de nivel 2 y brindan servicios ambulatorios urbanos y cuentan con médico general, y atienden referencias de las UAPS y el restante 5% corresponde a 1 clínica materno infantil.

Desde la gestión anterior con Mancorsaric se presentan desafíos en la provisión de servicios de salud y con el cambio de gestor y todas las implicaciones que esto conlleva los retos se mantienen e impactan negativamente en la salud de la población, la escasez de personal disponible en los establecimientos de salud, el tiempo que algunos establecimientos permanecieron cerrados debido al cambio de gestor, el limitado equipo y suministro para poder dar un servicio oportuno y de calidad a los pobladores, así como, una adecuada respuesta ante emergencias médicas, son algunos de los factores que dificultan el avance en los principales indicadores de salud.

En lo que se refiere a los indicadores de salud materna, neonatal e infantil en los municipios de la Mancorsaric, estos siguen siendo un desafío, aunque al comparar algunos indicadores en los años 2017 y 2018 puede apreciarse una mejora de acuerdo a la base de datos de la unidad de estadística de la Red de servicios El Jaral, en el año 2017 la captación de embarazadas era del 74%, mientras que en el año 2018 es del 80%, con un promedio de 5.5 y 6.3 Controles prenatales en 2017 y 2018 respectivamente, pero el indicador de captación de embarazadas antes de las 12 semanas de gestación presenta una disminución de tres puntos porcentuales, en relación al parto institucional en el año 2018 hay un aumento de 1 punto porcentual con respecto al año 2017, el indicador de atención del puerperio en los primeros 7 días muestra una mejora de 1 punto porcentual en relación al año 2017, la tasa de mortalidad materna hasta el año 2017 se mantenía en cero, pero para el año 2018 es de 50 por 100,000 NV, el incremento se debe a una muerte materna ocurrida en el municipio de Copán Ruinas.

Con respecto a los indicadores de salud infantil según la base de datos de la unidad de estadística de la Red de servicios El Jaral en el año 2017 se reporta 44 muertes en menores de cinco años, y en el año 2018 las muertes en menores de cinco años son 37, con una disminución de 7 casos, a diferencia de las muertes en menores de 1 año que se incrementaron en 3 casos dado que en el año 2017 fueron 33 casos y 36 en el año 2018, la mortalidad neonatal continua siendo un desafío, de las 37 muertes ocurridas en el 2017, 24 fueron en neonatos entre 0 a 7 días, siendo las primeras tres causas, la asfixia neonatal, la enfermedad de membrana hialina, y prematurez y de 8 a 28 días las principales causas son la sepsis neonatal y la neumonía.

Aún con todos los esfuerzos realizados en la zona para mejorar la situación de salud de la población, continua siendo un desafío la baja de la mortalidad materno, neonatal e infantil, por otro lado persiste cierta resistencia en algún segmento de la población a asistir a los servicios de salud, debido a las distancias, la falta de calidez e insumos en la atención.

5. MARCO CONCEPTUAL

La Iniciativa SM2015 del BID pretende probar soluciones innovadoras que no sólo sean efectivas, sino que también se puedan poner en práctica de manera más fácil y que se puedan modificar y mejorar sin mayores esfuerzos a fin de sortear las barreras necesarias para llevar intervenciones de salud de alta calidad a las poblaciones más pobres de la región. Una innovación de este tipo utiliza la ciencia de las redes sociales o "network mapping" para cambiar el comportamiento a escala. SM2015 se asoció con el Yale Institute of Network Science (YINS) para probar la aplicabilidad de la ciencia de las redes en el mejoramiento de la salud neonatal en las zonas rurales de Honduras. Específicamente, el programa busca implementar una intervención comunitaria para explorar cómo la dinámica de las redes sociales afecta la adopción, la difusión y el reforzamiento de normativas a nivel grupal de comportamientos y actitudes fundamentales en relación con la salud neonatal e infantil en las zonas rurales de Honduras.

Puede haber efectos "multiplicadores" o "de cascada" en salud, comportamiento de salud y provisión de atención de salud; las intervenciones que cambian los comportamientos frente a la salud neonatal en una persona podrían afectar a muchas otras. No obstante, en el caso de comportamientos complejos, este proceso de difusión puede requerir múltiples exposiciones al comportamiento en cuestión en diversos contactos sociales, incluido el reforzamiento social y cambios en normas grupales

Si bien el YINS es responsable del diseño e implementación del estudio para evaluar el uso de las redes sociales, SM2015 junto con la SESAL, es la entidad encargada de diseñar y aplicar la intervención comunitaria en salud que será evaluada, complementado la modalidad descentralizada utilizado por la SESAL en las zonas de la intervención . La intervención apunta a contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal como resultado de bajo peso al nacer, prematuridad y sepsis, y de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

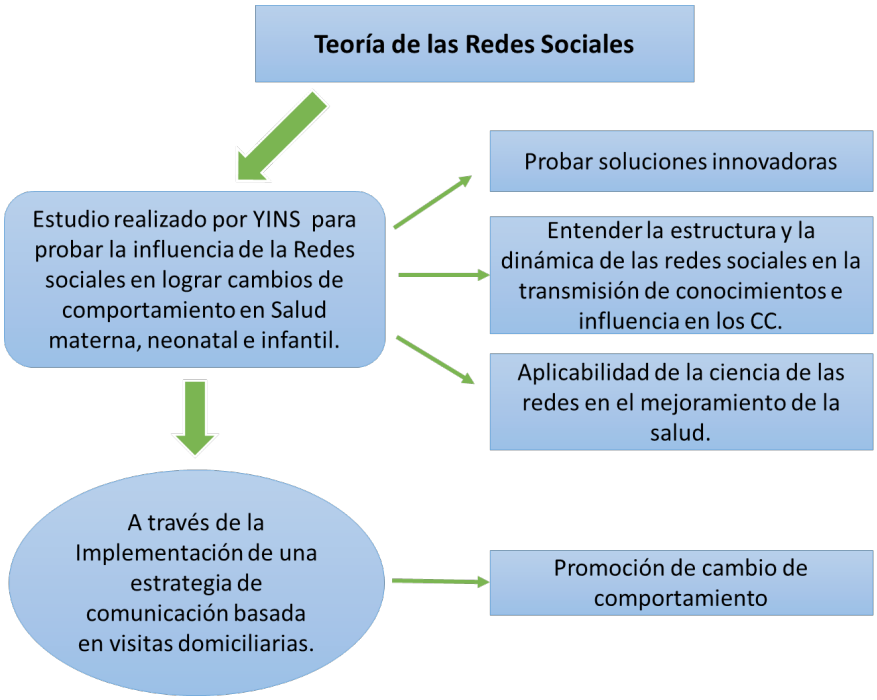


Figura 3: Describe el marco conceptual de la implementación del proyecto Redes.

Para desarrollar la intervención que complementa el estudio del YINS, con fecha 06 de noviembre del año 2015, la Asociación Visión Mundial Honduras, como representante del Consorcio conformado por la AVMH y ChildFund Honduras, suscribió el Contrato #SCL/SPH.15.23.00-C con el Banco Interamericano de Desarrollo BID, para la prestación de servicios de consultoría para la implementación de la Fase I del Proyecto "Redes Sociales (Redes) para Mejorar Resultados Neonatales, Infantiles y Maternos en Zonas Rurales" durante 16 meses en el periodo comprendido entre el 6 de noviembre del 2015 y el 28 de febrero del 2017. En fecha del 12 de noviembre del 2016, el BID aprobó dos meses de extensión sin costo, finalizando primera fase hasta el 30 de abril del 2017.

6. PRINCIPALES LOGROS Y RESULTADOS ALCANZADOS POR COMPONENTES:

6.1. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Al inicio del proyecto, se realizó la Investigación Formativa, indagando creencias, actitudes, conocimientos y prácticas de salud materna y neonatal con población en las comunidades meta del proyecto. Este proceso proporcionó valiosos elementos que se retomaron para redefinir la propuesta del marco de resultados del proyecto, indicadores, metodología y estrategia de comunicación e intervención con las familias.

Los hallazgos de la investigación formativa fueron discutidos con autoridades nacionales de la SESAL, funcionarios del BID y del Consorcio. La información fue clave para el diseño de la intervención comunitaria, principalmente relacionada a la estrategia de comunicación, metodología de intervención COD y a la definición del marco de resultados y sus indicadores.

Se logró desarrollar un proceso de construcción participativa de la estrategia de comunicación que dio como resultado la definición del modelo de intervención comunitaria, ajustado a la necesidad del proyecto y temas de intervención. Durante ese proceso se contó con la asistencia de una consultora del BID, especialmente para la elaboración de la estrategia, incluyendo todos los materiales de comunicación de la metodología de intervención comunitaria.

Los temas también fueron adaptados de acuerdo al objetivo del proyecto y a las necesidades identificadas en la investigación formativa en total se definieron 15 temas que se dividen por etapas: Preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido, niños y niñas menores de cinco años, temas generales.

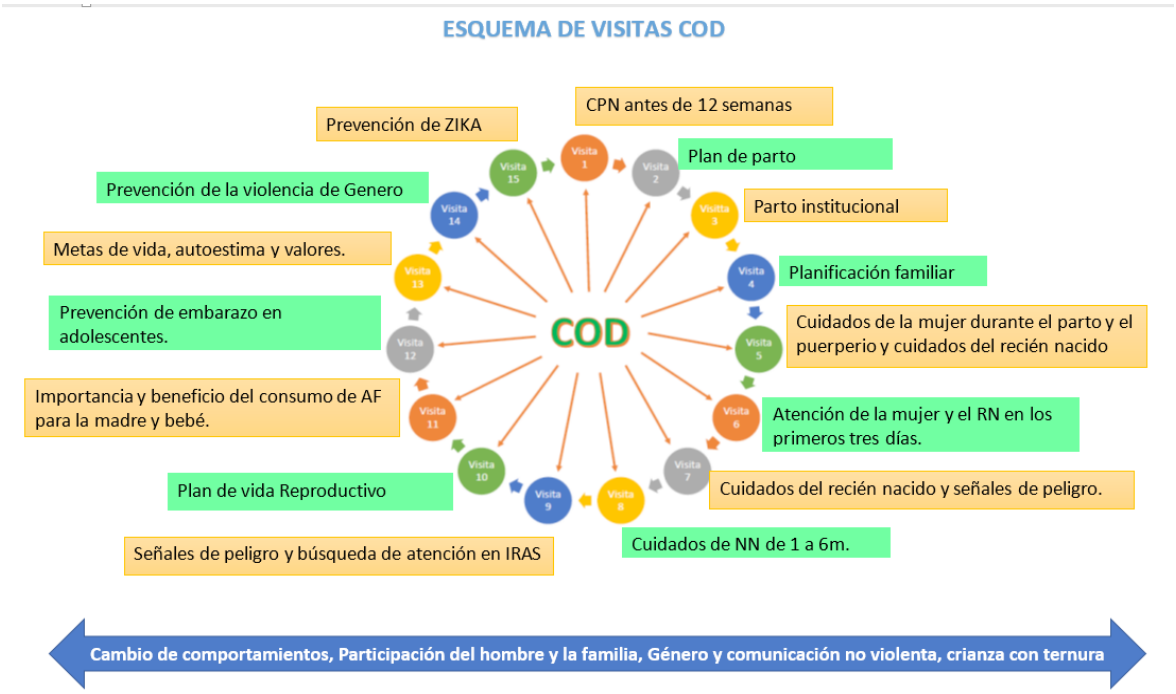


Figura 4: Describe el esquema de las visitas COD, y los ejes transversales.

6.2. Modelo de intervención Comunitaria

Se definió que el modelo de intervención comunitaria se desarrollaría a través de visitas domiciliares, y reuniones grupales, para las visitas se propuso la metodología Consejería Oportuna y Dirigida que se adaptó para los fines del proyecto tomando como base la COD implementada por WV Guatemala. Las visitas domiciliarias y reuniones grupales son realizadas por personal contratado por el proyecto específicamente para esa labor y son llamados Agentes de Cambio de Comportamiento (ACC).

Características de las visitas COD

a) Oportuna y Dirigida

La Consejería Oportuna y Dirigida (COD), se entiende: Primero, la Consejería como un proceso de diálogo con la mujer, el hombre y familia, mediante el cual se reflexiona sobre los temas de salud y se negocian acuerdos encaminados a lograr cambios de comportamientos para la salud materna y neonatal. Segundo, por qué es Oportuna: Porque está diseñada para permitir que los mensajes sean comunicados en el momento adecuado: ni demasiado temprano, no sea que vayan a olvidarse, ni tan tarde que de hecho la conducta ya no pueda practicarse; y Tercero, por qué es Dirigida: Porque se enfoca directamente en la necesidad de la familia; es decir en la mujer durante el ciclo de embarazo, parto, puerperio y el recién nacido; así como en los cuidados hasta los 59 meses de edad de los niños.

Decimos además que es flexible porque se adapta a las necesidades particulares de cada familia, significa que el ACC no llegará a todas las familias con la misma propuesta de consejería; es decir, si en una comunidad hay en el hogar una mujer con 3 meses de embarazo, pero también hay una mujer en edad fértil, el ACC priorizará la realización de la visita que corresponde, de acuerdo a la necesidad más urgente en la familia.

b) Visitas a hogares individuales

En el ambiente seguro de sus propios hogares, los miembros de la familia pueden dialogar sin duda ni reserva sobre los asuntos que les inquietan, preocupan o confunden con respecto a las prácticas recomendadas en la estrategia.

Entrar en el hogar permite la participación de todos los miembros del hogar. Esto es importante, porque, a menudo la mujer es la prestadora de cuidados primarios de salud (mujer embarazada/la madre del niño) poniendo en práctica las conductas recomendadas, sin embargo, la capacidad de esta mujer para lograrlo a veces es limitada por las opiniones y decisiones de otros miembros del hogar, muy especialmente del esposo, mujeres mayores, abuelas y suegras. Por esta razón, es importante, la visita directa al hogar y hacer la COD con la participación de la mayoría de los miembros de la familia.

c) Basado en historias y en el diálogo

El enfoque de la COD en el hogar está basado en principios de aprendizaje y de cambio de conducta donde se reconoce que: la

transmisión "tradicional, unidireccional, de arriba a abajo, de la información", no conduce a un aprendizaje y retención eficaz, ni a cambios de conducta.

Desde el punto de vista del aprendizaje, se reconoce que los adultos necesitan participar activamente en su propio proceso de aprendizaje, basándose en lo que ellos ya saben, e incorporando nueva información e ideas a marcos mentales existentes. Desde el punto de vista del cambio de comportamiento, se reconoce que la información y la sensibilización en sí, no son suficiente para cambiar un comportamiento; pero, en vez de ello, un proceso más largo de consideración de nuevas prácticas, atención a barreras y limitaciones, y puestas a prueba con apoyo y ánimo, son etapas a través de las cuales un individuo pasará a menudo antes de mantener por completo una nueva práctica o conducta.

Para generar ese proceso de diálogo, reflexión, negociación y practicar un comportamiento, la COD se realiza a través de historias que se narran a la familia; y a partir de las situaciones planteadas se genera el diálogo. Las historias abordan situaciones relacionadas a los temas de salud y presentan "historias con situaciones problemas" e "historias que presentan situaciones de salud positiva". A partir de la narración que hace el ACC: primero de la "historia problema", y después la "historia positiva", se analiza cada situación en la historia mediante preguntas que van llevando a la familia a la reflexión y facilitando la negociación y acuerdos para practicar un comportamiento necesario.

Este enfoque de COD en el hogar, conlleva la presentación respetuosa de nueva información, genera el diálogo sobre nuevas ideas, negociación de puestas a prueba; y el análisis de los posibles obstáculos a estas prácticas. Asimismo, optimiza las condiciones bajo las cuales los hogares pueden aprender y ser apoyados más eficazmente en sus esfuerzos para mejorar el estado de su salud y nutrición.

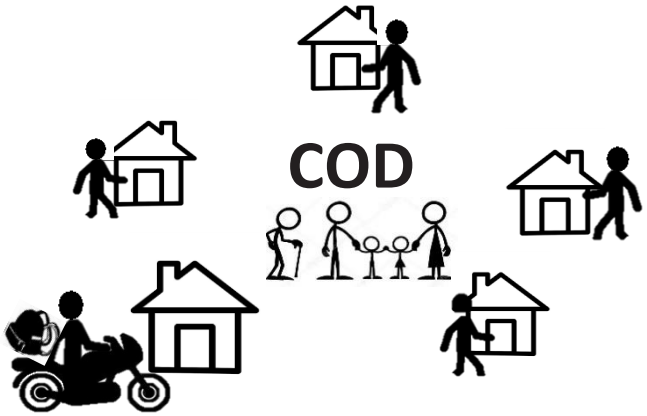


Figura 5: Proceso de la visita domiciliar, para el desarrollo de la COD.

Una guía de visita domiciliar y dos flujogramas describen los pasos de la intervención, mismos que están detallados en una aplicación llamada CommCare, que se aplica mediante tablet como herramienta en las visitas con cada familia.

A continuación, se describen de forma general, los materiales de la estrategia de comunicación:

a. Tres libros de visitas domiciliares conteniendo 31 Historias COD (problema y positiva) ilustradas acorde a los 15 temas priorizados para la intervención.

b. Libro de Compromisos familiares con 15 temas de intervención en el (mediante acuerdos) que se negocian con las familias. Por cada tema de la visita domiciliar se definieron los comportamientos clave.

c. Set de láminas de señales de peligro embarazo, puerperio, recién nacido; IRAs y EDAs; y planificación familiar;

d. Juego 15 láminas para colorear (una por cada tema COD) y crayones.

e. Canciones, rimas, adivinanzas y mensajes clave para cada tema.

f. Kit de herramientas de apoyo para la facilitación de las visitas domiciliares: Tablet, parlante para amplificar el sonido de las canciones y las historias, crayones.

g. Paquete de materiales promocionales para las familias: caja, calendario, cuadro artístico y fotografía familiar.

h. Kit promocional de la imagen del proyecto: logo, lema, banner e identificación del equipo, que contiene: chaleco, camiseta, gorra, mochila y carnet.

i. La aplicación CommCare en la cual se cargó toda la información necesaria para el desarrollo de la visita COD como ser: historias en audiovisuales y para lectura, ilustraciones de cada historia, sesiones técnicas de 7 temas, letra y audio de las canciones, rimas, bombas, adivinanzas, mensajes clave, acuerdos de cada visita.

j. Guía metodológica para las reuniones grupales conteniendo nueve temas sobre salud materna, neonatal basada en técnicas lúdicas que promueven la participación activa de las familias.

6.3. Descripción de la visita domiciliar

La visita domiciliar para este proyecto retoma cuatro elementos clave: interacción con la familia, el diálogo con los miembros de la familia utilizando historias que representan diversas situaciones positivas y negativas, con las cuales el ACC genera un espacio de reflexión, que lleva a la negociación de propuestas de práctica de nuevos comportamientos. Se definió que la visita COD debía durar dos horas desarrollando los siguientes pasos:

Llenado de 5 formularios generales:

Estos cinco formularios se completan en cada visita COD, El primero es el llamado Verificación del hogar: cuyo objetivo es asegurar que el hogar visitado es el correcto de acuerdo a los datos proporcionados por el YINS, además aquí se registra la fecha y hora de la visita COD, se recolecta la ubicación GPS del hogar, verifica la condición de la casa y si la familia puede recibir la visita, recopila información de quien está presente para recibir la visita, se verifica que la información del grupo familiar es correcta o se actualiza si hay embarazadas, menores de cinco años, también aquí se determina el módulo COD a impartir de acuerdo a la información seleccionada, presenta una pantalla con los módulos que anteriormente ha recibido esa familia, aquí se agregan miembros nuevos que han llegado al hogar. (Nombre, fecha de nacimiento).

En el formulario de verificación de los miembros del hogar (individuo), el objetivo es verificar si hay miembros del hogar que ya no viven ahí, se pregunta por cada individuo si vive en esa casa, si esa persona falleció (si responde SI: este nombre se archiva y no aparece para veri-

ficar en próximas visitas), se verifica que los datos como: Nombre, sexo, embarazo y otros sean correctos y si no es así se actualizan.

En el formulario de miembros del hogar estado de salud se verifica si hay señales de alarma o de emergencia que pongan en riesgo la salud y si se identifica una señal de emergencia se extiende una referencia escrita y se registra en este formulario y se realiza el reportaje al servicio de salud de acuerdo al protocolo, este formulario genera alerta referencia al supervisor.

El formulario de conocimiento, actitudes y prácticas tiene el objetivo de recolectar la adopción de conocimientos por parte de la familia, se desarrolla realizando 19 preguntas que varían en su número de acuerdo al módulo COD entregado, las opciones de respuesta para cada pregunta son: Todos están de acuerdo, Algunos están de acuerdo, Nadie está de acuerdo, No sabe/No responde.

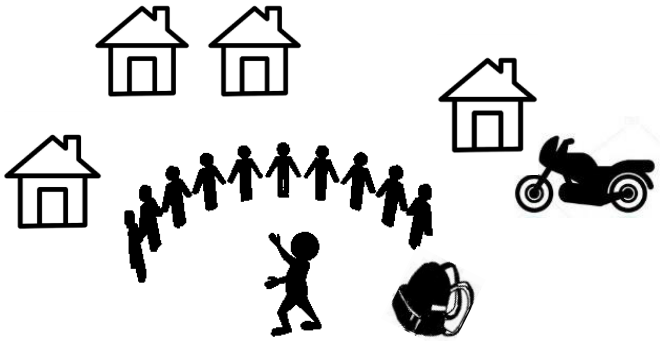
El objetivo del formulario Revisión de acuerdos Previos es verificar el cumplimiento de los acuerdos o compromisos de la visita anterior, aquí se pregunta a cada familia por los acuerdos suscritos en la visita anterior y las opciones de respuesta son las siguientes: La familia cumplió totalmente el acuerdo, la familia cumplió parcialmente con el acuerdo, La familia no cumplió con el acuerdo, la familia no estaba de acuerdo en intentar probar el acuerdo, El acuerdo no aplica a la familia. Este formulario se empezó a aplicar a partir de la segunda visita a la familia, pues en la primera visita de consejería no había acuerdos que revisar.

Al completar estos formularios generales se inicia con la sesión de consejería de la siguiente manera:

- ✓ El o la ACC inicia la consejería colocando la canción de acuerdo al tema e invita a la familia a cantarla posteriormente realiza una reflexión sobre el contenido y aplicación práctica de la misma.
- ✓ Para introducir el tema comparte una rima o bomba con la familia e invita a repetirla.
- ✓ Comparte la historia del problema y utiliza la guía de preguntas para generar diálogo y reflexionar con la familia.
- ✓ Comparte la historia positiva y utiliza la guía de preguntas para generar diálogo y reflexionar con la familia.
- ✓ Negociación de acuerdos, basándose en el diálogo generado y en el aprendizaje con apoyo del libro de acuerdos y compromisos familiares.
- ✓ Sesión técnica, busca fortalecer el conocimiento y ampliar sobre el tema.
- ✓ Se comparten los mensajes clave del tema, se dice una adivinanza para verificar la apropiación del tema y reforzar si es necesario y se colorean las láminas explicando el mensaje del dibujo.
- ✓ Por último se acuerda con la familia la fecha de la próxima visita con el calendario el cual contiene un mensaje clave e ilustración para cada mes que se reflexiona con la familia.

6.4. Reuniones grupales comunitarias

Las reuniones grupales comunitarias formaban parte de la intervención para atender al grupo de población masculina que no participaba en las consejerías en el hogar, esta modalidad eran reuniones lúdicas en las que se invitaba a participar a las familias y los temas se abordaban mediante juegos, historias, cuentos y otras metodologías participativas.



Reuniones Grupales Comunitarias

Las reuniones grupales comunitarias se desarrollaron en la fase II de la intervención como una modalidad de comunicación grupal. El objetivo es que mediante el desarrollo de actividades lúdicas en un espacio diferente al del hogar, las personas invitadas especialmente hombres, se animen a participar y aprovechen el espacio para compartir e intercambiar mensajes clave de salud materna y neonatal, entre familias beneficiadas y, de forma espontánea con otras personas de la red social.

En este espacio grupal se pretendía reunir al menos 1 miembro de cada familia beneficiada, con prioridad hombres, suegras, abuelas. Los criterios para organizar las reuniones grupales fueron dados por el YINS, y al inicio de la intervención fueron programadas cada dos meses o cada mes y medio incluyendo nueve temas con cada grupo organizado en cada comunidad, luego el lineamiento cambio y se realizó dos reuniones en cada comunidad, por lo que se brindaron dos temas en dos reuniones grupales desarrolladas en cada comunidad.

6.5. Validación de materiales

Como parte de la fase de diseño de los materiales educativos de la estrategia de comunicación, se desarrolló un proceso de validación con poblaciones similares a las que iban a participar en el proyecto pero que estaban fuera del área de intervención, estas poblaciones fueron identificadas por Yale Institute for Network Science (YINS).

La validación se realizó con el fin de comprobar con grupos representativos del público objetivo si el contenido y el diseño de los materiales permitían su adecuada comprensión tanto en los textos como en los dibujos y si eran de su agrado. Este proceso fue dirigido por la empresa contratada para la elaboración de los materiales con la participación de miembros del equipo técnico del Proyecto.

En total se realizaron 12 jornadas de validación a través de grupos focales en las comunidades de Río Amarillo, Santa Rita y El Salto y Agua Fría del municipio de Copán Ruinas, además se realizó una reunión de consulta / validación con un grupo de ACC que tuvo lugar en la ciudad de Copán Ruinas. Las consultas a la población se hicieron con diferentes grupos: madres de familia de diferentes edades, mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, hombres y adolescentes. Hubo muy buena asistencia a los grupos focales aunque la participación en su mayoría fue de mujeres, muy pocos hombres atendieron la invitación debido principalmente a que estaban en el corte de café.

La mayoría de los participantes consideraron que las piezas validadas llamaban la atención y que los mensajes eran aplicables en sus comunidades, también coincidieron en que los dibujos aportan al entendimiento del mensaje, es decir, que había concordancia entre imagen y texto. Los participantes además sugirieron algunos cambios en relación a los colores de los dibujos, las expresiones en algunos rostros y en la vestimenta de uno de los personajes en el logo.

Con los resultados de la validación se realizaron los ajustes pertinentes y se procedió a la reproducción definitiva de los materiales.

6.6. Capacitación inicial y capacitación continua

La capacitación del recurso humano involucrado directamente en el trabajo con las familias fue una de las tareas más significativas que realizó el equipo técnico del proyecto en diferentes momentos de la implementación; dos jornadas puntuales de capacitación a ACC y supervisores de campo antes de incorporarse al trabajo y un proceso de capacitación continua durante todo el tiempo que duró la ejecución del proyecto.

La primera jornada de capacitación se realizó previo al inicio de la implementación de la estrategia educativa y

estuvo dirigida a los 52 ACC que serían los encargados de realizar las consejerías en las familias participantes en el proyecto y a cinco supervisores de campo. La capacitación estuvo enfocada en los contenidos técnicos en salud materna, neonatal e infantil, planificación familiar, género, prevención de zika, autoestima y la metodología de la COD incluyendo las habilidades de comunicación para poder establecer un diálogo y reflexión con las familias además del uso de los materiales diseñados. Se dedicó también un espacio para capacitar al personal en el uso de la aplicación CommCare y la Tablet respectiva.

El desarrollo de los temas técnicos y metodológicos de la capacitación estuvo a cargo del equipo técnico del proyecto contando además con la participación de técnicos de la oficina central de Visión Mundial, Childfund, Mancorsaric y la Secretaría de Salud. Las metodologías utilizadas fueron muy variadas incluyendo exposiciones participativas, lecturas, presentación de videos, juegos, trabajos de grupo, plenarias, sociodramas y dinámicas para motivar el interés y participación de los asistentes.

Durante todo el proceso de capacitación al finalizar el día se realizaba alguna actividad de evaluación para obtener las impresiones de los participantes sobre el desarrollo de la jornada y algunas sugerencias para los siguientes días. Algunos temas se reforzaron en los últimos días de la capacitación de acuerdo a las evaluaciones parciales que se fueron realizando. Posterior a las tres semanas de capacitación se llevó a cabo una prueba piloto en cuatro comunidades con el fin de que los ACC pusieran en práctica los conocimientos adquiridos, con familias similares a las que se atenderían con el proyecto.

Dado que la capacitación inicial incluyó únicamente el número exacto de ACC que serían contratados, a los tres meses de iniciado el proyecto se realizó una segunda jornada de capacitación para tener un grupo de candidatos formados en la temática y metodología del proyecto para cubrir posibles vacantes por salida o incapacidad de algún ACC. Esta segunda jornada fue desarrollada por el equipo técnico del proyecto con el apoyo de algunos supervisores de campo e incluyó siempre una semana de práctica en las comunidades atendidas por el proyecto, este segundo grupo capacitado se fue incorporando como ACC a medida que iban saliendo algunos de los contratados originalmente.

También se desarrolló una segunda jornada de capacitación para supervisores ya que también hubo salida de algunos de ellos, con este nuevo grupo se pudo cubrir las vacantes que habían quedado. La capacitación al igual que las dos anteriores cubrió los temas técnicos y metodológicos de la COD además de algunos elementos de supervisión y monitoreo de las actividades. También con este grupo se realizó una jornada práctica de realización y supervisión de visitas a las familias.

Además de las jornadas puntuales ya mencionadas también se desarrolló un proceso de capacitación continua al personal de campo (ACC y supervisores) con el fin de reforzar los contenidos técnicos clave y algunas técnicas de comunicación para promover los cambios de comportamiento en las familias, se realizaron 8 jornadas de capacitación bimensuales sobre cuidados del embarazo, puerperio y recién nacido, señales de peligro, manejo de IRA, diarrea, planificación familiar, consejería para cambio de comportamiento, género, seguridad corporativa, primeros auxilios psicológicos y metodología de reuniones grupales, estas jornadas se realizaban coincidiendo con las reuniones mensuales de avance y tenían una duración de 1 a 2 días. En el caso de supervisores se desarrollaron además algunas jornadas con temas de liderazgo, supervisión y monitoreo, motivación y cuidado de personal.

Como parte de la capacitación continua del personal, también se elaboró una guía con preguntas y respuestas sobre los temas de salud materna, neonatal e infantil a manera de material de consulta para los ACC y supervisores.

6.7. Pilotaje

Al finalizar la capacitación inicial del personal de campo del proyecto, se realizó una prueba piloto con el fin de que los ACC pusieran en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridas durante el proceso de capacitación y además poner a prueba los materiales, instrumentos y el proceso metodológico incluyendo el uso de la aplicación CommCare en una visita real con familias. Además de lo anterior el objetivo de esta actividad era conocer las reacciones y opiniones de las familias acerca del uso de la tecnología en una actividad educativa en salud.

El pilotaje se realizó en las comunidades de Río Amarillo y Planón del Mirador municipio de Santa Rita y en El Salto y Agua Fría municipio de Copán Ruinas. Los ACC se organizaron en 9 grupos acompañados por un supervisor o miembro del equipo técnico para realizar una visita 0 y una COD, después de cada visita al interior de cada grupo, se discutían los aspectos que habían resultado muy bien y los que necesitaban mejora.

En este proceso se contó con la asistencia técnica de un consultor del BID con experiencia en consejería a familias y cambio de comportamientos en temas de salud quien también se incorporó al trabajo de campo observando visitas e integrándose a las reuniones del equipo técnico dando sus comentarios y sugerencias específicas de acuerdo a lo observado.

Con la realización de la prueba piloto se logró fortalecer en los ACC el manejo del proceso metodológico de la visita así como el uso de los instrumentos y herramientas que incluía la estrategia, el hecho de enfrentarse ya a situaciones reales con diferentes familias y no con situaciones simuladas como se había hecho en el aula de capacitación, contribuyó a darles más seguridad y confianza en la realización de las visitas, por otro lado este proceso también permitió identificar algunos ajustes que necesitaban los materiales, herramientas y los formularios de la aplicación CommCare a utilizar en la estrategia.

6.8. Modelo Operativo del proyecto

Para la realización de las actividades en campo se organizó el personal en cinco grupos cada uno de los cuales era dirigido por un supervisor, 2 de los cinco grupos tenía 11 ACC y tres tenían 10, cada grupo funcionaba como una unidad de campo en una área geográfica determinada que fue asignada al inicio de la intervención.

Al realizar la distribución de las comunidades fue necesario considerar el número de familias determinado por el YINS como muestra en cada comunidad debido a que variaba desde el 10% hasta el 80%, por ejemplo en la comunidad de San Antonio del Norte solo se recibió una familia para atender con la intervención, mientras que en la comunidad de Santa Elena la muestra era de 137 familias, además se consideró en la medida de lo posible

que los grupos de comunidades quedarán en una sola ruta geográfica y que las comunidades más cercanas a las cabeceras municipales fueran asignadas a mujeres.

El número de ACC a contratar se determinó al estimar que el tiempo de duración de la visita seria de dos horas y con el número de visitas a realizar por mes, dando como resultado que 52 ACC podían realizar entre 3 y 4 visitas diarias para lograr a final de mes visitar a todas las familias asignadas por el YINS.

Para monitorear el trabajo de los ACC se estableció un sistema de reportaje diario al terminar las labores del día, este era realizado a través de grupos de whatsapp en donde cada ACC reportaba a su supervisor(a) las visitas a cada familia, y los casos de familias programadas con las que por alguna razón no había sido posible realizar la visita indicando los motivos, en estos grupos estaba integrado un miembro del equipo técnico que junto al supervisor daba soporte y seguimiento al trabajo.

6.9. Reuniones de Avance

Además del seguimiento y reportaje diario se estableció la realización de una jornada mensual con todo el equipo de proyecto para discutir y analizar los avances y dificultades del mes, así como para la planificación del siguiente mes, con el análisis de la información obtenida del sistema se reorientaban las actividades, se hacía énfasis en las áreas de mejora en el desempeño de los ACC.

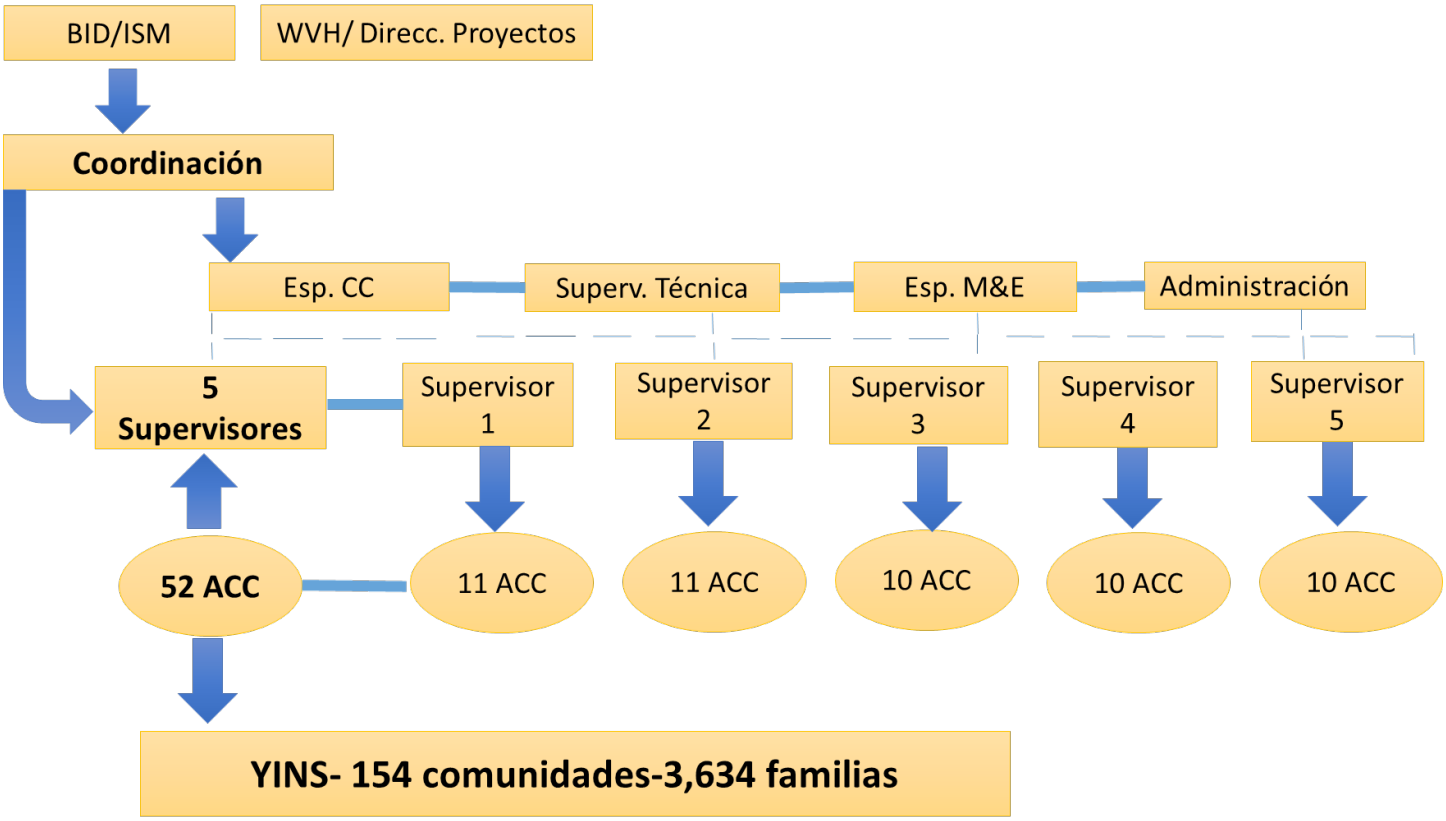


Figura 7: Modelo Operativo del Proyecto Redes.

7. PRODUCTOS Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

7.1. Resultados de la visita COD a los hogares (21 meses)

Las familias participantes del proyecto corresponden a 3,634 (listado original del YINS) con las cuales se inició la intervención comunitaria. Una de las primeras actividades en las comunidades fue la realización de la Visita cero, o línea de base (LB). De las familias del listado YINS, se logró visitar 3,614 hogares lo que equivale al 99% del listado, quedando sólo 20 familias no visitadas por distintas circunstancias.

Del total de las familias visitadas (3,614) se logró realizar con éxito 3,125 visitas 0 (consentimiento informado=1), es decir, familias con quienes se llenaron los formularios, se registró información de LB en el sistema y se logró programar la primera COD. En términos de porcentaje se alcanzó un 86% de visitas 0 efectivas para COD (3,125) versus las 3,614 visitas 0 realizadas.

Al cierre del proyecto quedaron 20 hogares no encontrados (la casa no existía) y 489 familias que no dieron su consentimiento informado; entre ellas 165 rechazaron la visita cero y las demás por diversas razones o motivos: nadie conocía a los integrantes, persona sola que emigró de la comunidad, en una misma casa se encontró había registrados dos ID, por violencia no se pudo acceder, casas cerradas, familias en jornadas de corte de café.

Al cierre del proyecto en total se logró realizar un acumulado de 51,786 visitas COD con las familias, tomando como referencia las visitas COD 1 realizadas (3,022) al comparar con la muestra recibida del YINS (3,634) podemos decir que iniciamos la intervención con el 83% de las familias asignadas y al finalizar el proyecto continuaban activas 2,552 familias que equivale al 70.2% de la lista original, en cuanto al número de visitas se observa en la tabla 1 que 2,434 (80.5%) familias recibieron los 15 temas de la intervención y 1,034 (34.2%) familias completaron las 21 visitas programadas en el proyecto.

Tabla No. 2: Número de familias según el número de visitas recibidas

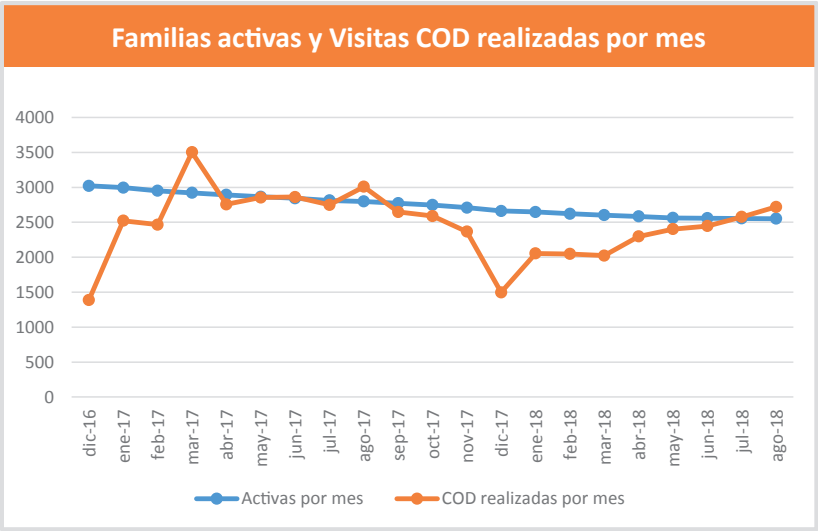
Familias que recibieron Visitas					
Cuadro A Datos numéricos	**Municipio**	**de 1 a 14**	**de 15 a 20**	**Completo 21**	**Total**
	Copan Ruinas	217	585	413	1215
	Santa Rita	215	433	371	1019
	Cabañas	111	281	158	550
	San Jerónimo	45	101	92	238
	Total	**588**	**1400**	**1034**	**3022**

Al analizar el cumplimiento de las visitas, no se puede valorar de forma lineal, sino de forma dinámica, cada mes se establecía como meta llegar con la visita COD a todas las familias activas, pero sucedía que por razones diferentes algunas familias no se encontraban en ese mes y la visita COD quedaba pendiente, en el mes siguiente esa familia era buscada para realizar la visita pendiente del mes anterior sino se encontraba o no se lograba realizar la visita, seguía pendiente y se seguía buscando hasta realizar la visita por lo tanto iba quedando una cuota de rezago de visitas cada mes que debían ser programadas junto con la meta del mes en curso.

Tabla No. 3 Familias activas y Visitas COD realizadas por mes

Mes	No. Familias Activas por mes	Visitas COD realizadas por mes
dic-16	3,022	1,388
ene-17	2,996	2523
feb-17	2,951	2,466
mar-17	2,921	3,503
abr-17	2,892	2,756
may-17	2,866	2,855
jun-17	2,844	2,862
jul-17	2,813	2,750
ago-17	2,798	3,009
sep-17	2,772	2,648
oct-17	2,748	2,590
nov-17	2,709	2,367
dic-17	2,663	1,498
ene-18	2,648	2,055
feb-18	2,622	2,048
mar-18	2,602	2,024
abr-18	2,584	2,297
may-18	2,563	2,402
jun-18	2,559	2,447
jul-18	2,556	2,577
ago-18	2,552	2,721
		51,786

Gráfico No.1 Familias activas y visitas COD realizadas por mes



El municipio que da cuenta de mayor número de visitas realizadas es Copán Ruinas, continuando Santa Rita, después Cabañas y por último San Jerónimo, de acuerdo a la distribución de hogares por municipio Copán Ruinas tiene el 40% de la muestra de hogares, asignados por el YINS, Santa Rita 34.3%, Cabañas 18.5% y San Jerónimo el 7.2%.

Desarrollo de visita COD en la comunidad de Nueva Alianza.

Tabla No. 4 Distribución de visitas COD por Municipio - Visitas COD (1-21) acumuladas

Supervisor	Visitas realizadas																						Total
	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10	Visita 11	Visita 12	Visita 13	Visita 14	Visita 15	Visita 16	Visita 17	Visita 18	Visita 19	Visita 20	Visita 21	Visita 22	
Copán Ruinas	1215	1181	1166	1156	1140	1131	1116	1112	1102	1083	1071	1052	1033	1015	998	951	894	821	711	563	413	2	20926
Santa Rita	1019	997	978	968	965	955	943	937	929	913	907	885	852	822	804	761	715	637	552	453	371	9	17372
Cabañas	550	540	532	526	521	514	508	504	496	490	484	475	468	448	439	416	393	350	311	240	158	12	9375
San Jerónimo	238	234	231	227	224	222	219	214	213	210	208	207	202	199	193	186	178	166	138	108	92	4	4113
Total	3022	2952	2907	2877	2850	2822	2786	2767	2740	2696	2670	2619	2555	2484	2434	2314	2180	1974	1712	1364	1034	27	51786

Nota: Por error involuntario se realizaron 27 visitas 22 a igual número de familia

7.2. Casas alerta

El concepto de "Casas alertas" (CAS) era un proceso dinámico que podía ser transitorio en un determinado periodo. Se seguía el procedimiento establecido en la visita a la familia y el ACC marcaba en la aplicación CommCare en su Tablet, al presentarse durante la visita una de las 6 posibles variables que ubicaban a la casa visitada como Casa alerta (1=Hogar abandonado, 2=Hogar con algún tipo de violencia, 3=Hogar visitado 3 veces y nadie respondió, 4=Hogar con familia que vive en otra comunidad, 5=Hogar que rechazó la visita Cero, 6=Hogar que rechazó la visita COD). En estos casos, si una de las opciones era registrada por el ACC, se generaba automáticamente como CAS y se activaba en el módulo del supervisor o supervisora de campo; después se seguía el protocolo que implicaba la realización de visitas in situ por el equipo de supervisión para la verificación y recomendación de cada uno de los casos reportados.

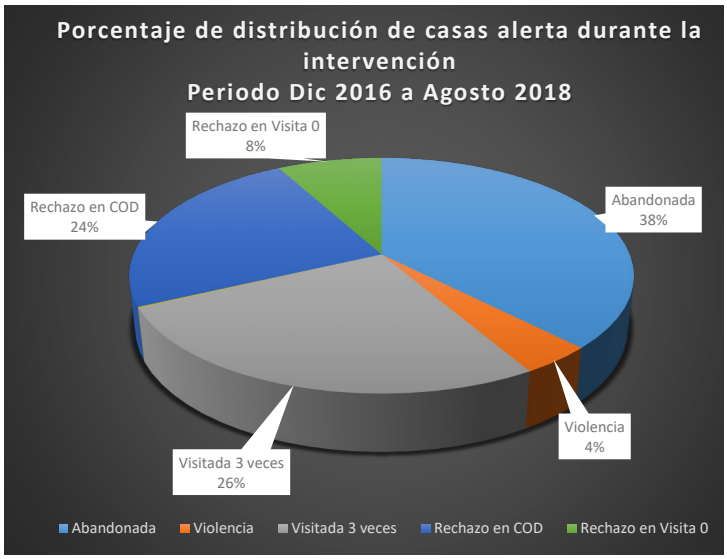
En tal sentido, se plantea que el concepto de Casa alerta, es dinámico porque cada casa podía ser reportada con varias alertas y en la medida que el equipo de supervisión de campo verificaba los casos, algunos se rescataban y el status cambiaba constantemente de casa inactiva a casa activa que continuaba recibiendo COD. En relación a esa dinámica, al finalizar la intervención en campo en agosto de 2018, en 2,515 hogares de los intervenidos se generó 3,288 eventos de alerta distribuidos como se observa en la tabla No. 3.

Un 38% (1238) de los eventos corresponde a alertas por casa abandonada, vale aclarar que esta condición en muchos casos era temporal por los cortes de café, después de la verificación por los supervisores 641 hogares continuaron como casas activas y 265 como inactivas o sea que no pudieron ser rescatadas, en segundo lugar un 26% de eventos es correspondiente a visitados tres veces sin encontrar a la familia, esta situación también era temporal y se generaba solo cuando la familia era visitada tres veces en el mismo mes y no se encontraba, en tercer lugar un 24% (790) de los eventos generados corresponde a rechazos COD, cabe mencionar que de este número de rechazos 286 fueron recuperados y continuaron participando en el proyecto hasta el final.

Tabla No.5 Casas alerta

Motivo	No. eventos	No. Hog.	%
Abandonadas	1,238	906	38%
Violencia	130	119	4%
Visitada 3 veces	865	586	26%
No viven en la comunidad	3	3	0.0%
Rechazo Visita Cero	262	247	8%
Rechazo de COD	790	654	24%
Total de eventos	3,288	2,515	100%

Gráfico No.2 Porcentaje de Casas alerta durante la intervención



7.3. Resultados en conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)

El sistema de monitoreo del Proyecto Redes incluyó un módulo sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las familias en relación a los principales mensajes que contenía la estrategia educativa, este módulo era aplicado en cada una de las visitas mensuales que se realizaban con las familias participantes en el proyecto iniciando desde la visita 0. El formulario aplicado era de tipo grupal o sea se esperaba que varios miembros de la familia respondieran a las diferentes interrogantes y se registraba si "todos están de acuerdo", si "algunos están de acuerdo" o si "nadie está de acuerdo" con los diferentes mensajes que se planteaban en las preguntas.

Como se puede observar en la tabla No. 3, de las 19 preguntas incluidas en el formulario, hay 16 donde la respuesta esperada sería "todos están de acuerdo" porque las situaciones presentadas son favorables a la salud de niños y mujeres embarazadas, por otro lado hay tres preguntas (5, 7 y 14) donde lo esperado sería "nadie está de acuerdo" ya que lo que se plantea son situaciones desfavorables a la salud de mujeres embarazadas y niños, por lo tanto los datos que se presentan en la tabla No. 3 y en la gráfica No. 2 son diferenciadas de acuerdo a lo explicado anteriormente para obtener los porcentajes de respuestas favorables a los cuidados en salud.

Los datos indican que en todos los temas hubo un aumento en el porcentaje de familias que tienen opiniones favorables a los comportamientos promovidos tomando como referencia el dato de la línea base, sin embargo hay algunos temas donde la diferencia entre la línea base y el último mes de implementación es mucho mayor, tal es el caso del uso del zinc para el manejo de la diarrea que de un 11.79% de familias que tenía ese conocimiento al inicio del proyecto, pasó a un 98.05% (86 puntos porcentuales de diferencia), el uso de los fajeros con una diferencia de 73 puntos porcentuales y el uso de chupones con diferencia de 61 puntos porcentuales. Casi todos los temas planteados en las preguntas, en el último mes de implementación tuvieron respuestas favorables a los mensajes cercanas a 100%, únicamente 2 preguntas (la No. 5 y la No. 7) tuvieron porcentajes menores a 90%, sin embargo, no hay ninguna pregunta con porcentaje menor a 80%.

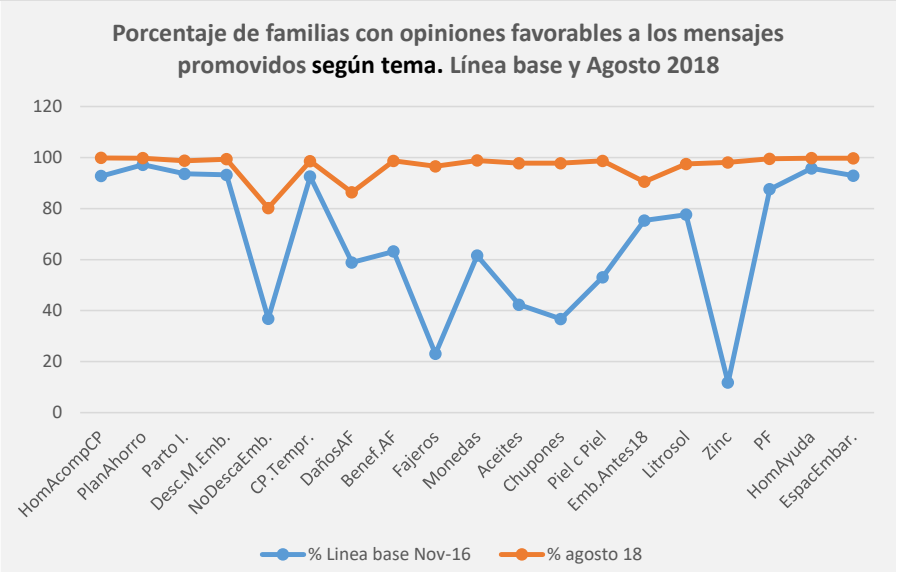
También puede observarse que algunos temas como el contar con ahorro para el momento del parto, el parto institucional y el descanso de embarazada y puérpera ya eran temas con los cuales las familias estaban de acuerdo desde el inicio del proyecto por lo que los cambios en los porcentajes son mínimos. Estos datos también pueden verse en la gráfica No. 2.

La intervención continua y personalizada a las familias por el ACC, fue un punto clave para generar conocimiento y preparar a las familias para realizar gradualmente cambios de comportamiento; las familias además de adquirir conocimiento, acudían o llamaban al ACC **ante cualquier señal de peligro**, es importante resaltar que ya han pasado 5 meses desde que finalizó la intervención y muchas familias aún llaman a los ACC para solicitar apoyo con consejos sobre situaciones de salud que se les presentan.

Tabla No. 6 Porcentaje de familias con opiniones favorables a los mensajes promovidos
Comparación CAP Línea Base y Agosto 2018. Proyecto Redes

No.	Preguntas	Respuesta Registrada	% Linea base Nov-16	% agosto 18
1	1.- ¿Ustedes creen que es importante que los hombres vayan con sus esposas al centro de salud y entran y hablan con la Dra/Dr. durante las visitas prenatales?	Todos de acuerdo	92.72	99.85
2	2. ¿Creen ustedes que una familia donde hay mujeres embarazadas y niños pequeños debería contar con un plan de emergencia y ahorro ante una señal de peligro?	Todos de acuerdo	97.18	99.74
3	3. ¿Ustedes creen que la mujer embarazada debería tener su parto en la clínica u hospital?	Todos de acuerdo	93.59	98.72
4	4. ¿Ustedes creen que las mujeres embarazadas y puérperas necesitan descansar y comer más durante el embarazo?	Todos de acuerdo	93.21	99.37
5	¿Ustedes creen que, si una mujer embarazada descansa, se le va pegar la criatura?	Nadie está de acuerdo	36.83	80.19
6	6. ¿Están de acuerdo que una mujer embarazada vaya a la clínica tan pronto como sea posible, aunque no se le note la barriga?	Todos de acuerdo	92.56	98.6
7	¿Usted cree que el ácido fólico puede causar algún daño al organismo?	Nadie está de acuerdo	58.88	86.32
8	8. ¿Ustedes creen que ácido fólico previene defectos en el cerebro y la columna vertebral del bebé?	Todos de acuerdo	63.17	98.7
9	9. ¿Ustedes creen que los fajeros son dañinos a los niños y pueden causarles infecciones	Todos de acuerdo	23.04	96.54
10	10. ¿Ustedes creen que colocar monedas es dañinos a los niños y pueden causarles infecciones?	Todos de acuerdo	61.57	98.82
11	11. ¿Ustedes creen que los aceites son dañinos a los niños y pueden causarles enfermedades graves?	Todos de acuerdo	42.31	97.76
12	12. ¿Creen ustedes que los chupones pueden dañar la salud de los recién nacidos?	Todos de acuerdo	36.73	97.76
13	13. ¿Ustedes creen que la familia (la mamá, el papá y los abuelos) pueden poner el recién nacido piel con piel?	Todos de acuerdo	53.08	98.68
14	Ustedes creen que una joven menor de 18 años está lista para embarazarse.	Nadie está de acuerdo	75.32	90.51
15	15. ¿Ustedes creen que el mejor tratamiento para diarrea es el SRO o litrosol?	Todos de acuerdo	77.6	97.46
16	16. ¿Ustedes creen que el mejor tratamiento para diarrea es el ZINC?	Todos de acuerdo	11.79	98.05
17	17. ¿Está de acuerdo con que las personas planifiquen sus familias?	Todos de acuerdo	87.54	99.52
18	18. ¿Están de acuerdo que el hombre apoye con los quehaceres de la casa, especialmente cuando su esposa está embarazada o tiene recién nacido?	Todos de acuerdo	95.76	99.74
19	19. ¿Están de acuerdo que las familias esperen por lo menos dos años entre un embarazo y otro?	Todos de acuerdo	92.91	99.71

Gráfico No. 3



En las siguientes dos gráficas se presentan los cambios en los porcentajes de familias con opiniones favorables a lo planteado en las preguntas del CAP a través del tiempo de intervención, donde se observa que a medida que avanzó la implementación era mayor el porcentaje de familias con conocimientos y opiniones favorables al cuidado de la salud de mujeres embarazadas y niños.

Gráfico No. 4

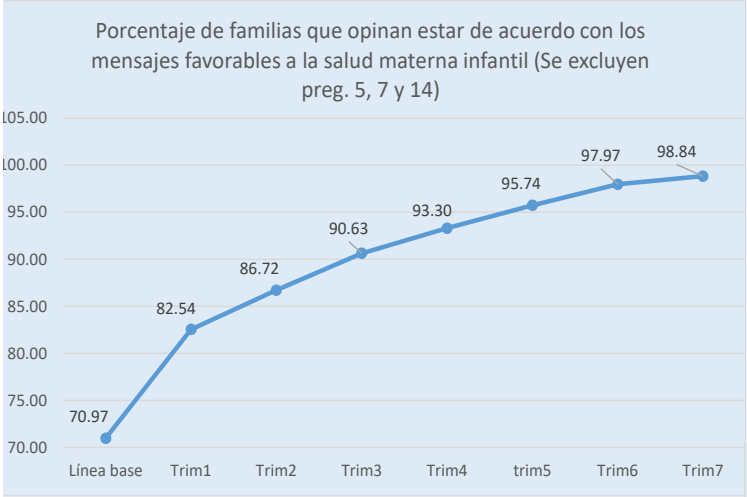
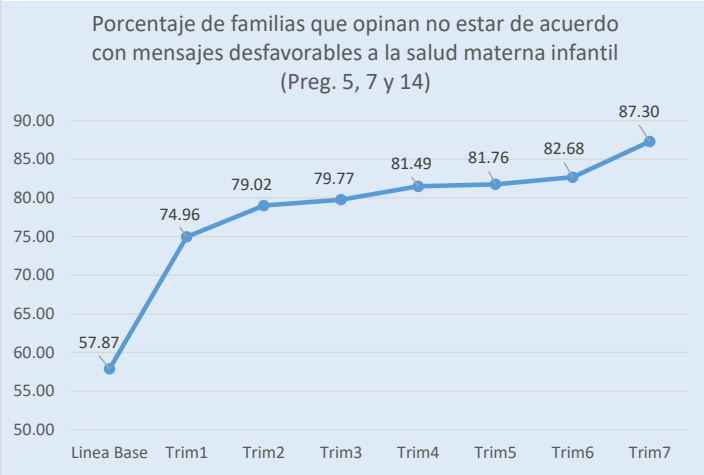


Gráfico No.5



7.4. Resultados de cumplimiento de acuerdos

La metodología COD contempla la negociación de acuerdos por cada comportamiento de salud con la familia que se visita y al mes siguiente se valora su cumplimiento. En el libro de consejos que le quedaba a la familia, se anotaban los compromisos de acuerdos a cumplir y cuando se revisaba con la familia al mes siguiente, los ACC registraban el dato en las siguientes opciones: "cumplieron totalmente el acuerdo", cumplieron parcialmente el acuerdo, no cumplieron el acuerdo, no estaba de acuerdo en probar el acuerdo y al final no aplica el acuerdo"; en estas opciones los ACC registraban los resultados al ser valorados con cada familia.

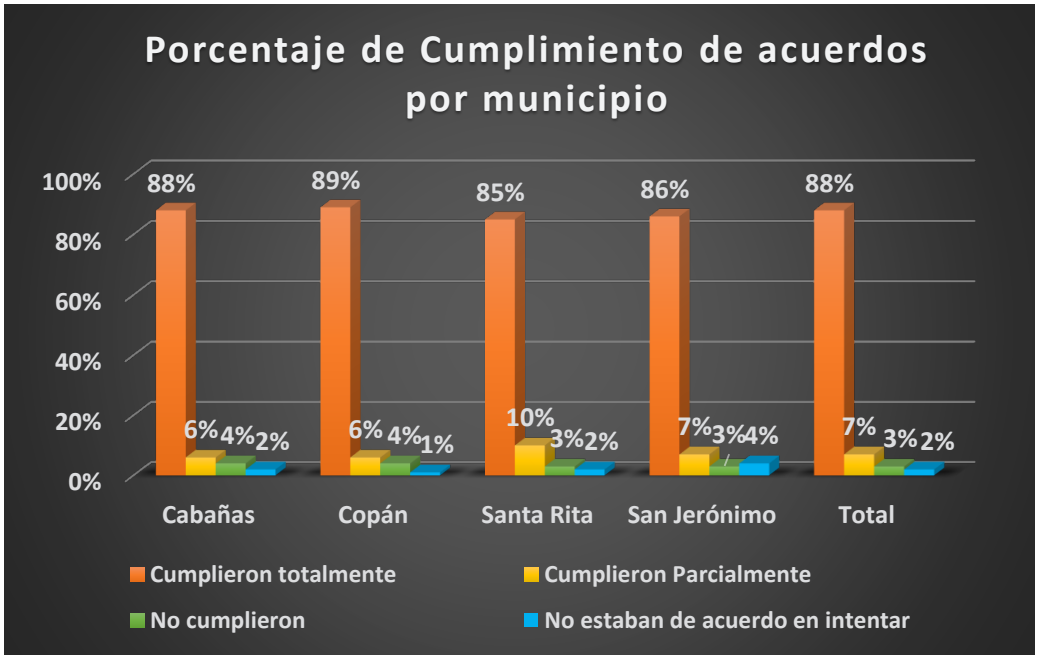
Al cierre de la intervención los resultados globales reflejan un buen cumplimiento, logrando que el 87.5% de las familias cumplieran los acuerdos que fueron negociados durante las visitas COD. Un porcentaje menor de familias correspondiente al 7.44% cumplieron parcialmente los acuerdos y el 3.43% no cumplieron los acuerdos. Un mínimo de familias no estuvo de acuerdo en probar algún acuerdo, lo que equivale al 1.63%.

Tabla No. 7 Cumplimiento de acuerdos por municipio

Municipio	% de familias en cumplimento de acuerdos COD			
	Cumplieron Totalmente el acuerdo	Cumplieron parcialmente el acuerdo	No cumplieron el acuerdo	No estaban de acuerdo en probar el acuerdo
Cabañas	87.90	5.98	3.72	2.40
Copán	89.24	6.41	3.53	0.82
Santa Rita	84.98	9.86	3.23	1.92
San Jerónimo	85.74	7.05	2.94	4.27
Total	**87.50**	**7.44**	**3.43**	**1.63**

En el siguiente gráfico se muestra el cumplimiento de acuerdos por municipio de intervención donde se observa que Copán es el que tiene el mayor porcentaje, seguido de Cabañas y San Jerónimo, pero es notable que en los 4 municipios los porcentajes están por encima del 80%.

Gráfico No. 6 Cumplimiento de acuerdos por municipio



7.5. Cumplimiento de acuerdos por municipio por Tema

Los acuerdos que presentan porcentajes menores de cumplimiento son:

- ✓ Visita 2, Plan de parto y emergencias, en el cumplimento de los acuerdos de esta visita lo que influye es la situación económica que viven las familias de extrema pobreza, es así que, aunque estén de acuerdo en cumplir lo pactado no tienen los medios para hacerlo.
- ✓ Visita 3, Importancia del parto en la clínica materna u hospital, al igual que el anterior el cumplimiento de este acuerdo se ve influenciado por la situación económica, y por las barreras culturales que aún existen.
- ✓ Visita 6, Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los primeros tres días, este indicador al igual que el anterior está relacionado con el acceso a los servicios de salud y con la situación económica de las familias.

En general se puede valorar que la práctica de comportamientos nuevos afianzados mediante el cumplimiento de acuerdos, indica que se ha venido avanzando en el cambio de las familias beneficiadas del proyecto.

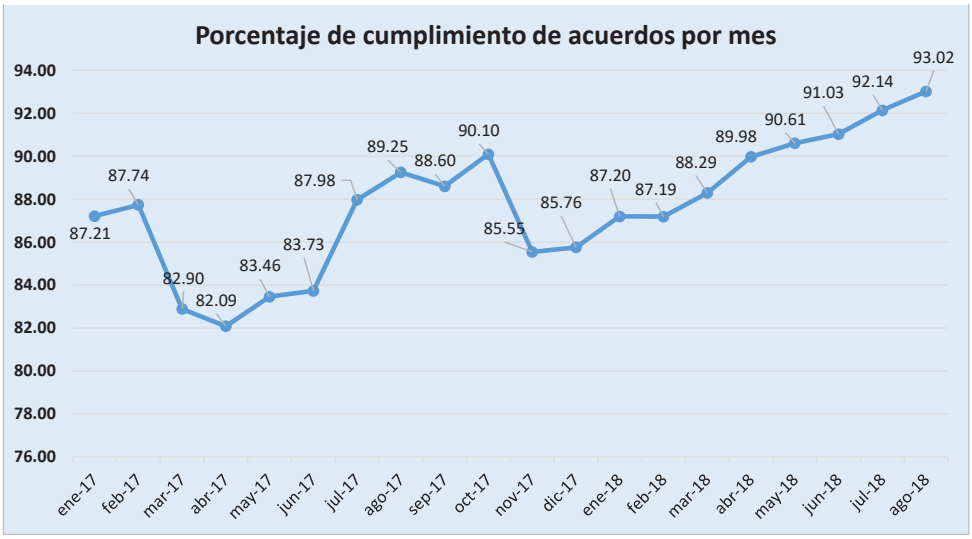
Tabla No.8 Cumplimiento de acuerdos por municipio por tema

Cumplieron totalmente el Acuerdo					
No.	**Visita COD/Temas**	**Copán**	**Santa Rita**	**Cabañas**	**San Jerónimo**
1	Cuidados durante el embarazo y atención prenatal antes de las doce semanas	**90.54**	**78.24**	**83.33**	**78.70**
2	Plan de parto	**86.72**	**74.26**	**81.46**	**69.19**
3	Importancia del parto institucional	**84.94**	**64.86**	**63.25**	**64.13**

Cumplieron totalmente el Acuerdo					
No.	**Visita COD/Temas**	**Copán**	**Santa Rita**	**Cabañas**	**San Jeró-nimo**
4	Importancia de la planificación familiar	**93.80**	**90.72**	**90.34**	**86.83**
5	Cuidados de la mujer durante el parto y el puerperio y cuida-dos del recién nacido	**85.98**	**72.78**	**76.32**	**75.63**
6	Atención de la mujer después del parto y del recién nacido en los primeros tres días	**88.23**	**69.23**	**78.10**	**65.85**
7	Cuidados del recién nacido y señales de peligro	**88.28**	**77.97**	**80.06**	**81.77**
8	Cuidados de niños y niñas de 1 mes a 6 meses	**92.40**	**87.21**	**87.57**	**91.18**
9	Señales de peligro y búsqueda de atención en IRAS y EDAS	**93.64**	**89.08**	**94.38**	**93.99**
10	Plan de vida reproductivo	**88.02**	**85.79**	**86.59**	**84.01**
11	Importancia y beneficio del consumo de ácido fólico para la madre y el bebé	**86.86**	**84.14**	**90.68**	**91.36**
12	Prevención del embarazo antes de los 18 años	**85.82**	**84.16**	**86.74**	**82.99**
13	Autoestima, valores, metas de vida	**81.95**	**75.74**	**82.07**	**78.86**
14	Prevención de violencia de género; comunicación no violenta	**93.44**	**91.20**	**94.31**	**95.09**
15	Prevención de Zika	**91.90**	**91.17**	**91.74**	**87.45**

En el gráfico No. 7 se presentan los porcentajes de familias que cumplieron los acuerdos según el mes de intervención donde se puede observar que en el primer año el comportamiento del cumplimiento es algo irregular, sin embargo, a partir del segundo año este porcentaje tiene un ascenso constante hasta llegar a un 93.02% en el último mes de intervención. Es de hacer notar que durante todo el tiempo de intervención los porcentajes de cumplimiento de acuerdos eran mayores a 80%.

Gráfico No. 7 Porcentaje de cumplimiento de acuerdos por mes



7.6. Módulos COD brindados a la familia

De los 15 temas o módulos que incluye el programa educativo, los que más se brindaron a las familias hasta finalizar la intervención son el No. 14 (violencia de género) del cual se realizaron 4,579 visitas y el No. 10 (plan de vida reproductivo) del cual se realizaron 4,347 visitas.

Los módulos en los que menos visitas se realizaron son: el número 6 con 2,643 (atención de la mujer y el recién nacido en los primeros tres días) y el No. 7 con 2,696 visitas al 31 de agosto de 2018.

Al analizar esta misma información a lo interno de cada equipo de trabajo se observa una tendencia similar en cuanto a los módulos más abordados con las familias.

En general se observa que los módulos que tienen un menor número de aplicaciones con la familia son los del embarazo, parto y puerperio esto debido a que el grupo de población para el cual aplican estos temas no se encontraba en todas las familias.

Tabla: No. 9 Visitas por módulo COD brindado a las familias al 31 de Agosto de 2018

Módulo COD	Cantidad de visitas por módulo COD brindado					Total
	Supervisor 1	Supervisor 2	Supervisor 3	Supervisor 4	Supervisor 5	
COD Módulo 1	572	577	574	600	584	2907
COD Módulo 2	570	569	561	612	579	2891
COD Módulo 3	548	541	522	543	547	2701
COD Módulo 4	757	801	703	683	724	3668
COD Módulo 5	535	548	517	542	566	2708
COD Módulo 6	520	529	513	520	561	2643
COD Módulo 7	529	538	541	538	550	2696
COD Módulo 8	632	682	631	619	668	3232
COD Módulo 9	780	788	772	695	780	3815
COD Módulo 10	851	894	854	853	895	4347
COD Módulo 11	743	779	712	817	830	3881
COD Módulo 12	849	852	805	871	890	4267
COD Módulo 13	842	828	774	868	896	4208
COD Módulo 14	892	928	863	925	971	4579
COD Módulo 15	629	658	630	635	691	3243
Total	**10249**	**10512**	**9972**	**10321**	**10732**	**51786**

7.7 Resultados de monitoreo de la intervención en campo

Supervisión de la intervención

Los 52 ACC debían recibir dos supervisiones en el mes, para tal fin se diseñó un módulo en CommCare, aquí el supervisor registraba en un formulario el cumplimiento de cada paso de la visita COD, y las habilidades del ACC y en otro formulario se registraba mediante una lista de verificación que el ACC tuviera todos los materiales necesarios para desarrollar la COD, al finalizar la supervisión se asignaba una calificación para habilidades y otra para materiales, esta calificación era discutida con el ACC y se establecían áreas de mejora a las que se daba seguimiento posteriormente.

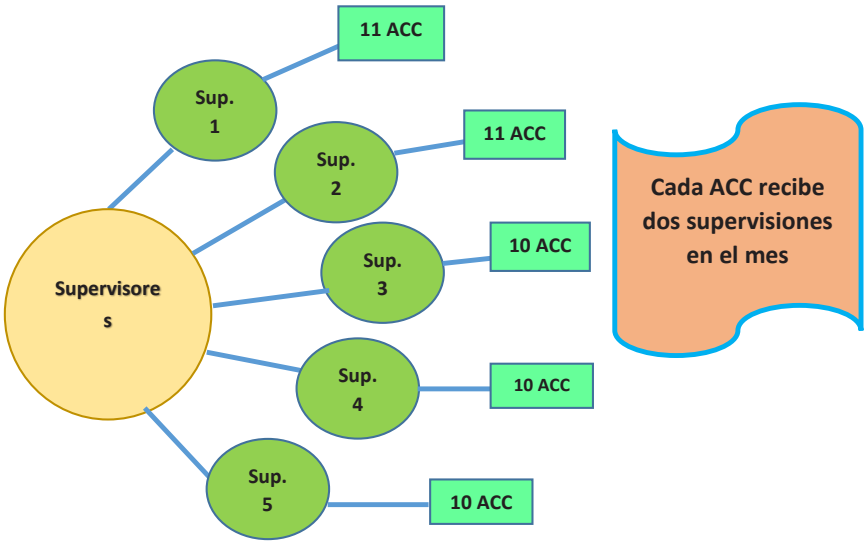


Figura 8: organización de los equipos de trabajo.

En enero de 2018 para complementar la supervisión y el aseguramiento de la calidad de las visitas a las familias, se diseñó en la aplicación un formulario llamado "Monitoreo de la calidad de las visitas COD", este era utilizado por el supervisor para verificar con las familias el cumplimiento de las visitas cada mes y todas las actividades de las mismas, con esta forma de complementar la supervisión el ACC recibía solo una visita de supervisión al mes y el supervisor visitaba a las familias para realizar el monitoreo de calidad de las visitas.

Al finalizar la intervención con las familias se cumplió la meta de supervisiones en un 98%, que equivale a 1,462 supervisiones realizadas a los ACC, en promedio 1.3 supervisiones realizadas al mes a cada ACC y en promedio 292 supervisiones realizadas por cada uno de los 5 supervisores. En relación a la verificación de la calidad de las visitas en total se logró llegar a 2,356 familias que corresponde al 93% del total de familias con las que se finalizó la intervención.

En la tabla 7, se observa que los trimestres 2 y 4 de la intervención son los que reportan el mayor número de supervisiones, en general el cumplimiento de la meta es bueno considerando que en los últimos 7 meses de intervención los supervisores visitaron al 93% de las familias en sus hogares en 150 comunidades para verificar la calidad de la intervención.

Tabla: 10 Total de supervisiones de ACC por trimestre

Supervisor	Meta	1 trim	2	3	4	5	6	7	8	Total
		Nov, dic, en (2016-17)	Feb, mar, abr (17)	May, jun, jul (17)	Ag,sep, oct (17)	Nov, dic, en (2017-18)	Feb, mar, abr (18)	May, jun, jul (18)	Ago (18)	
Supervisor 1	288	36	59	54	61	40	37	30	10	**327**
Supervisora 2	316	5	20	27	60	50	46	30	9	**247**
Supervisor 3	288	47	61	27	56	38	32	30	10	**301**
Supervisora 4	288	24	46	48	59	37	36	30	10	**290**
Supervisor 5	316	22	53	30	63	47	41	30	11	**297**
Total	**1,496**	**134**	**239**	**186**	**299**	**212**	**192**	**150**	**50**	**1462**

Tabla No. 11 Número de visitas de monitoreo de la calidad COD por supervisor

No.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total
Sup. 1	7	13	57	60	81	104	83	92	**497**
Sup. 2	17	15	58	59	86	83	122	68	**508**
Sup. 3	6	9	39	57	63	83	86	82	**425**
Sup. 4	6	11	53	57	85	81	106	71	**470**
Sup. 5	8	10	52	57	73	89	98	69	**456**

7.8. Opiniones de las familias sobre las visitas COD

Durante la verificación de calidad de las visitas el supervisor preguntaba a las familias sobre su valoración de las mismas, la clasificación definida era excelente, buenas, malas o no sabe o no responde, un 80% de las familias califico las visitas como excelentes, mientras que un 19.5% refiere que son buenas y solo un 0.30% no respondió, nadie califico las visitas COD como malas, como puede observarse en la tabla a continuación.

Tabla: 12 Valoración de las familias sobre las visitas COD
Período de enero a agosto 2018

¿Qué le parecen las visitas?	No.	Porcentaje
Excelentes o muy buenas	1889	80.18
Buenas	460	19.52
Malas	0	0.00
No Sabe/No responde	7	0.30
Total	**2356**	**100.00**

7.9. Alerta referencia y situación de salud de las familias

Durante la etapa de intervención del proyecto se ha logrado contribuir en concientizar a la población para la búsqueda oportuna de atención, especialmente de la mujer embarazada y de los niños y niñas de cero a cinco años. Se diseñó y aplicó un flujo de información para el manejo de las emergencias de salud, especialmente con mujeres embarazadas, recién nacidos y niños menores de cinco años.

En el funcionamiento del flujo, el ACC durante la visita domiciliar identificaba la señal de peligro con la familia, realizaba la referencia por escrito y se la entregaba a la familia; registraba la referencia en la aplicación de la tablet y de forma simultánea informaba a su supervisor y/o a la persona de contacto de Mancorsaric; el supervisor o supervisora de campo, informaba a la Supervisora técnica del proyecto, quien a su vez informaba y coordinaba con los encargados en la clínica El Jaral o Unidades de salud y/o a la gerencia de Mancorsaric para la atención oportuna, de acuerdo a la gravedad del caso. Tanto el ACC, como los supervisores de campo y supervisora técnica, daban seguimiento a la familia y al prestador de servicios en la ruta de atención, a fin de brindar apoyo a la familia.

Bajo este modelo, se realizaron las referencias al sistema de salud y están registradas en la plataforma CommCare. Las familias acudían a los servicios de salud para buscar atención, pero a veces no eran atendidas o escuchadas con calidez y manifestaban su descontento con el servicio y expresaban no querer buscar atención en el sistema de salud. El aporte del proyecto ha sido significativo en cuanto a generar conocimiento y aumentar la demanda de servicios de salud, especialmente con el consumo de ácido fólico en mujeres en edad fértil (MEF) desde los 10 a los 49 años.

Las principales causas de referencia son por razones no especificadas en el sistema, con un 37.14% entre las cuales se encuentran las enfermedades de la piel, y enfermedades en adultos como la hipertensión arterial y diabetes, además las infecciones respiratorias y las diarreas en menores de cinco años con 21.27% (67) y 16.83% (53) respectivamente continúan siendo causas de morbilidad en la población infantil.

Además de las mencionadas anteriormente las familias refieren entre las dificultades para asistir a las unidades de salud, la falta de recursos económicos y las dificultades para llegar a los servicios de salud relacionado con las vías de acceso especialmente en invierno, además al llegar al sistema de salud son rechazados a veces porque existen días específicos para atención por ejemplo si los días lunes son para club de embarazadas o el martes está definido para atención de enfermos crónicos, el personal no atiende otras consultas, a menos que sea una emergencia, también tienen como regla interna en algunos establecimientos que si van dos pacientes de la misma familia solo atienden a uno aún si son niños, además el personal de salud no organiza de manera frecuente visitas para atención en las comunidades lo que dificulta que la población reciba el servicio.

Tabla No. 13 Causas de referencia

Causas de referencia

Causas	No	%
Niño con IRA	67	21.27
Recién nacido	10	3.17
Mujer Puérpera	5	1.59
Mujer Embarazada	38	12.06
Niño con diarrea	53	16.83
MEF sin menstruac. En 6 semanas	25	7.94
Otro	117	37.14
Total	**315**	100.00

7.10. Demanda de los servicios de salud

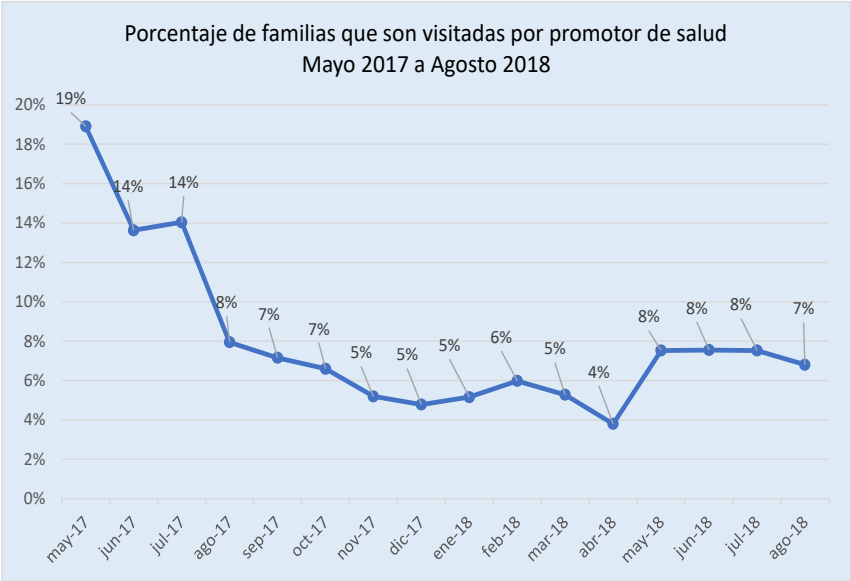
En el formulario de miembros del hogar-estado de salud cada mes se preguntaba a la familia sobre aspectos de salud, una de las preguntas era ¿Durante los últimos 30 días visitaron el centro de salud para atención?, esta interrogante fue incorporada al iniciar la segunda fase de intervención en mayo de 2017, se puede observar que de las familias consultadas cada mes los porcentajes se mantienen entre el 26% y el 13%, en los meses de septiembre a enero se reportan las cifras más bajas de búsqueda de atención en los servicios de salud, esto probablemente se deba a que en estos meses el invierno es fuerte, y las vías de acceso se dañan, además los ríos crecen e impiden el paso, sumado a eso la distancia a los servicios de salud que varía entre 2 a 4 horas de camino a pie, y en el mes de noviembre inicia la temporada de corte de café y las familias se desplazan a fincas de café fuera de la zona y a veces los niños quedan bajo el cuidado de adultos mayores.

Tabla No. 14 Porcentaje de familias que visitaron el centro de salud en los últimos 30 días

Período de mayo 2017 a agosto 2018

Mes	No.	Denom.	%
may-17	224	862	26%
jun-17	703	2853	25%
jul-17	653	2749	24%
ago-17	588	3019	19%
sep-17	450	2627	17%
oct-17	442	2590	17%
nov-17	332	2366	14%
dic-17	199	1505	13%
ene-18	347	2054	17%
feb-18	379	2038	19%
mar-18	442	2007	22%
abr-18	528	2290	23%
may-18	694	2392	29%
jun-18	602	2437	25%
jul-18	586	2578	23%
ago-18	583	2718	21%

Gráfico No. 9 Porcentaje de familias que son visitadas por promotor de salud



7.11. Visitas a las familias por el personal de salud

De acuerdo a lo establecido en el modelo nacional de salud, los niveles de atención primaria de los servicios de salud están organizados en Centro Integral de Salud (CIS) y Unidades de Atención Primaria en Salud (UAPS).

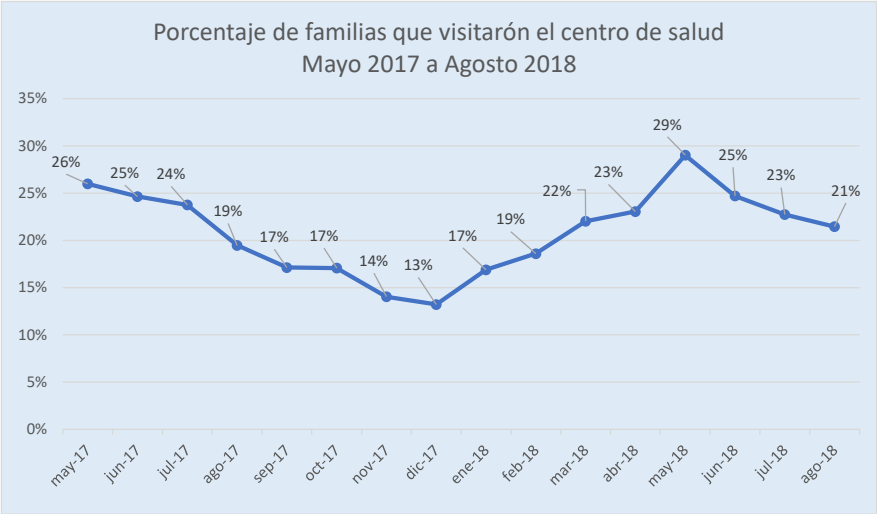
El personal del CIS y UAPS se conforma como equipo de Salud Familiar, responsable del cuidado de la salud de las familias asignadas bajo su responsabilidad, este equipo además de prestar atención integral en salud en el ES debe brindar atención domiciliaria dos días a la semana en las comunidades.

Al analizar las visitas de los promotores de salud a las familias podemos observar que en la zona de intervención del proyecto es baja la cobertura de este tipo de visitas, teniendo como referencia 16 meses en los cuales se realizó cada mes la consulta a las familias vemos que el máximo porcentaje es de 19%, descendiendo en algunos meses hasta 4 y 5%, si tomamos como referencia que el proyecto atendió un promedio de 2,317 familias cada mes (según la tabla) vemos que en promedio el número de familias visitadas en sus hogares oscila entre 116 y 324 cada mes, dejando ver el desafío de intensificar por parte del prestador de servicios de salud la atención primaria a la cual hace referencia el plan nacional de salud.

Tabla No. 15 Porcentaje de familias que han sido visitados por promotor de salud
Período de mayo 2017 a agosto 2018

Mes	No.	Denom.	%
may-17	163	862	19%
jun-17	389	2853	14%
jul-17	386	2749	14%
ago-17	240	3019	8%
sep-17	188	2627	7%
oct-17	171	2590	7%
nov-17	123	2366	5%
dic-17	72	1505	5%
ene-18	106	2054	5%
feb-18	122	2038	6%
mar-18	106	2007	5%
abr-18	87	2290	4%
may-18	180	2392	8%
jun-18	184	2437	8%
jul-18	194	2578	8%
ago-18	185	2718	7%

Gráfico No. 8 Porcentaje de familias que visitaron el centro de salud



7.12. Valoración de las familias sobre la atención en los servicios de salud

La valoración de los servicios de salud por parte de las familias participantes se llevaba a cabo mediante la pregunta ¿Cómo fue la atención recibida en el servicio de salud? que estaba incluida en el formulario 2.3 Miembros del hogar-estado de salud el cual era realizado a todas las familias visitadas.

En la tabla se observa que en el año 2017 un 24.23% califica la atención en los servicios de salud como excelentes en comparación con el año 2018 este porcentaje se mantiene, el porcentaje de familias que catalogaron la atención recibida como mala aumento 2 puntos porcentuales de 2017 a 2018.

Tabla No. 16 Valoración de la atención en los servicios de salud

Como fue la atención recibida	Año 2017 Numero	Porcentaje Año 2017	Año 2018 Numero	Porcentaje Año 2018
Excelente	**870**	24.23	1002	24.08
Normal	**2426**	67.58	2731	65.63
Mal	**250**	6.96	379	9.11
Horrible	**44**	1.23	49	1.18
Total	**3590**	100.00	**4161**	100.00

7.13. Resultados de indicadores de monitoreo

Para efectos de monitoreo de la intervención se priorizaron algunos indicadores y se automatizaron en la plataforma CommCare HQ, esto permitió dar seguimiento a la información de las visitas realizadas cada día, a continuación se muestra el avance de los indicadores principales al cierre del proyecto.

Tabla No. 17 Resultados de indicadores de monitoreo

Objetivo Intermedio 1 (IO1):							
Indicadores		**Mes**	**Meta**	**# realizado**	**% de Cumplimiento**	**Medio de verificación**	**Observaciones**
Producto: Visitas COD a los hogares							
1	% de familias visitado en el mes donde se logró desarrollar la COD.	**A agosto 2018**	**100%**		**74.40%**	**Sistema**	Formulario donde programan fecha de próxima visita. Formulario 8
2	# de familias que completaron las visitas 1-15	**A agosto 2018**	**3,022**	**2,434**	**80.5%**	**Sistema**	**Form fecha próxima visita, por mes y No. visitas (calculado este último previamente)**
3	# de familias que completaron las visitas 1-21	**A agosto 2018**	**3,022**	**1,034**	**34.2%**	**Sistema**	
Indicadores de Calidad de la Visita							
4	% de familias visitado con todos los formularios de la aplicación llenados en la misma visita por ACC en el mes,	**A agosto 2018**	**100%**		**94.80%**	**Sistema**	Este indicador se inició a calcular desde junio 2017, cuando agregamos 2 valores escondidos para apoyar en su cálculo. # de visitas con 100% de los formularios COD completado - el indicador quiere medir la calidad de la intervencion, lo principal es que el acc llena todos los formularios correctamente en la misma visita

Indicadores de cumplimiento de acuerdos							
5	% de familias quienes cumplieron totalmente con el acuerdo	**A agosto 2018**	**100%**		**87.50%**	**Sistema**	Formulario de revisión de acuerdos previos.
6	% de familias quienes cumplieron parcialmente con el acuerdo	**A agosto 2018**	**0**		**7.44%**	**Sistema**	
7	% de familias quienes no cumplieron con el acuerdo	**A agosto 2018**	**0**		**3.43%**	**Sistema**	
8	% de familias quienes no estaba de acuerdo en probar el acuerdo	**A agosto 2018**	**0**		**1.63%**	**Sistema**	
Producto 3: Supervisiones de ACC realizadas por supervisores							
9	# de supervisiones a ACC por supervisores por mes	**A agosto 2018**	**1,496**	**1,462**	**98%**	**Sistema**	**Form 4.1 Supervisor,**
Producto 4: Casas Alerta y verificación in Situ							
10	# de Casas Alertas que fueron verificado por supervisor	**A agosto 2018**	**3,288**	**2,899**	**88.2%**	**Sistema**	**Form 4.2 Supervisor, En total durante la intervención se generaron 3,288 alertas de las cuales 2,899 fueron verificadas.**
11	% de casas alertas verificadas por supervisor que se recomienda quitar del estudio	**A agosto 2018**	**2,899**	**994**	**34.28%**	**Sistema**	**Form 4.2 Supervisor, var Suprv 4_2_05=1 Y Form 2.1 verificación del Hogar Var Save/ Casa Alerta**
12	% de casas alertas verificadas por supervisor que se recomienda Quedar en el estudio.	**A agosto 2018**	**2,899**	**1,905**	**65.71%**	**Sistema**	

Gráfico No. 10 Resultado de Indicadores priorizados

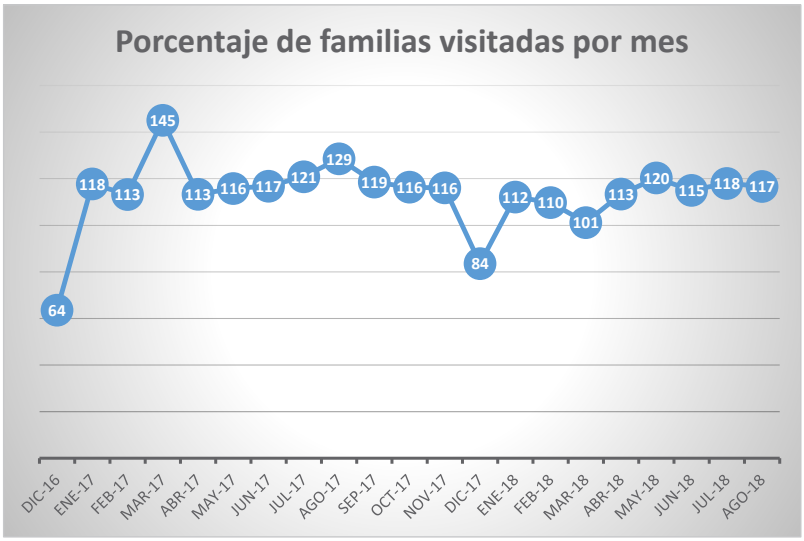
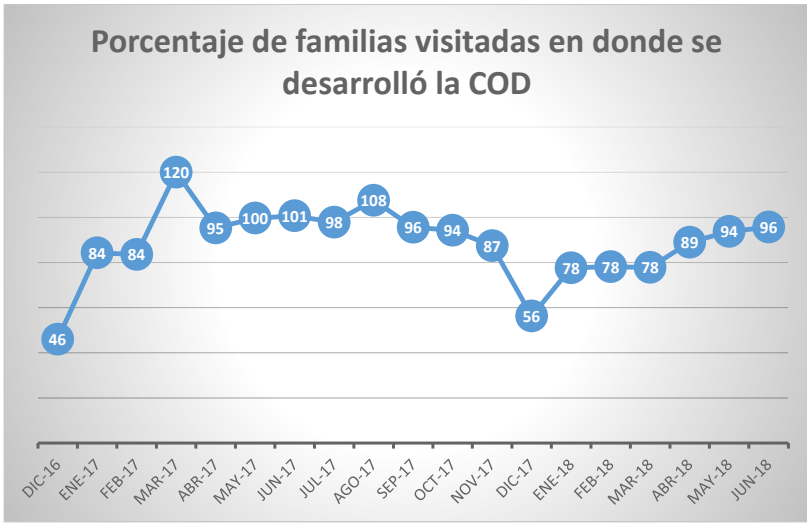


Gráfico No. 11 Porcentaje de familias visitadas en donde se desarrollo la COD



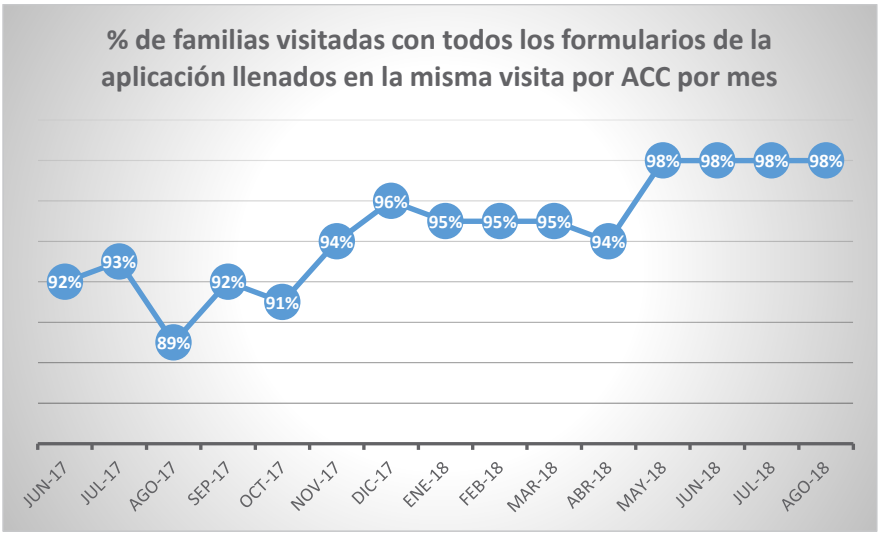
7.14 Visitas realizadas con Calidad

Este indicador mide la calidad de la visita en base a los formularios llenados en el momento de realización de la visita, es decir que ningún formulario fue llenado después de la visita, este indicador se empezó a medir en junio de 2017, al inicio de la intervención este indicador mostraba porcentajes que oscilaban entre el 89 y el 95%, a partir de mayo 2018 se realizó un ajuste a la aplicación este consistía en una pantalla que indicaba al ACC que le había quedado un formulario incompleto y que debía llenarlo mostrándole el número y el nombre del mismo y no le dejaba avanzar para finalizar la visita si el proceso no se completaba, esto nos llevó a mantener el indicador en los últimos 4 meses en un 98% de cumplimiento.

Tabla No. 18 Llenado de formularios completo al cierre de la intervención

Municipio	Completos	Incompleto
Cabañas	**95.56**	4.44
Copan Ruinas	**94.54**	5.46
San Jerónimo	**95.84**	4.16
Santa Rita	**94.47**	5.53
TOTAL	**94.80**	5.20

Gráfico No. 12 Porcentaje de familias visitadas con todos los formularios de la aplicación llenados en la misma visita por ACC por Mes



7.15. Implementación de las Reuniones Grupales Comunitarias

Se logró realizar un total de 341 RGC en 145 comunidades con una participación de 3,400 personas de las familias beneficiarias y 130 invitados, en 7 comunidades solamente se logró realizar 1 reunión debido principalmente a la no asistencia de las familias ante las convocatorias, las cuales se hicieron en 3 y hasta 4 ocasiones, en 9 comunidades no se logró realizar ninguna reunión debido principalmente a problemas de inseguridad por delincuencia, en dos casos por falta de asistencia ante las convocatorias y en dos casos porque no había ninguna familia activa.

De las RGC realizadas, 177 corresponden al desarrollo del tema 1 y 164 se realizaron con el tema 2.

Se valora que las RGC propiciaron un espacio para interactuar entre las familias participantes y las personas invitadas, fue aprovechado para reafirmar los temas tratados, compartir sus opiniones y reflexionar más sobre la importancia de continuar poniendo en práctica comportamientos saludables en las familias.

A pesar de que se puso especial énfasis en la invitación a hombres siempre la participación fue mayoritariamente de mujeres.

7.16. Cierre de la intervención con las familias

En el mes de agosto finalizo el proceso de implementación con las familias, y dado que transcurrieron 21 meses de estrecha re-

lación entre los ACC y las familias, por parte del proyecto se planifico un proceso de desapego o despedida, tiempo durante el cual se realizaron varias actividades:

- ✓ Capacitación al equipo del proyecto en técnicas de cierre y manejo psicoafectivo de la finalización de las visitas con las familias.
- ✓ Toma de una fotografía familiar por parte de los ACC a sus familias asignadas mismas que fue impresa, colocada en una retratera y entregada a cada familia, en muchas de estas fotografías las familias pidieron a él o la ACC incorporarse en la fotografía familiar.
- ✓ Entrega de un diploma de participación a cada familia que llegó hasta el final del proceso, cada diploma iba identificado con los apellidos de la familia.
- ✓ Entrega de un cuadro artístico a cada familia participante.
- ✓ En cada comunidad (152) los ACC realizaron reuniones de despedida, donde se compartió, una reflexión final sobre el proyecto, los asistentes expresaron sus opiniones y lo importante que fue para ellos su participación al final se compartió una comida con los asistentes.

8. USO DE LA TECNOLOGÍA COMO ELEMENTO INNOVADOR EN LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

El uso de la tecnología en la implementación del proyecto jugó un papel determinante ya que favoreció la recolección de información de las familias, permitió mantener actualizada la información necesaria, pero sobre todo fue una herramienta en el aprendizaje de las familias, el diseño de la APP CommCare permitió organizar todos los materiales necesarios para desarrollar la visita COD en una Tablet y el sistema de recolección de la información funcionaba offline y al conectarse a una red y sincronizar permitía enviar la información y ser utilizada en el momento.

El uso de la tecnología en la educación de adultos ha demostrado ser efectivo para este proyecto proporcionando ventajas como:

- ✓ Portabilidad, el agente de Cambio de Comportamiento no necesitaba llevar consigo documentos impresos como formularios sino que todos estaban contenidos en la tableta.
- ✓ Interacción y sencillez de uso hacen que sean más atractivos para las personas, el tomar la Tablet en sus manos proporcionaba a las personas mayor interés por el tema y vuelve el proceso enseñanza aprendizaje interactivo.
- ✓ Flexibilidad y eficiencia de los recursos, el uso de la tecnología flexibiliza el proceso de adopción del conocimiento y eficienta los recursos disponibles, menos impresión de documentos, duración de los materiales y equipo.

La tecnología como elemento innovador en este proceso de enseñanza aprendizaje en salud facilitó la retención del conocimiento al ser combinada con la metodología COD, basada en historias que al ser cargadas en la Tablet permitía realizar la reproducción de vídeos y canciones, si tomamos en cuenta la pirámide de aprendizaje tene-

mos que los adultos retienen un 50% cuando ven y oyen por lo que el uso de la tecnología complementa perfectamente este proceso intencional y profesional que intenta generar cambios en los comportamientos actitudes y prácticas de las personas y sus familias.

Por otro lado el diseño de la aplicación o plataforma tecnológica CommCare se realizó considerando las necesidades técnicas del proyecto en cuanto a monitoreo —actualización de información sobre familias y generación de reportes.

En el caso de la plataforma para el sistema de monitoreo se diseñó y programo el sistema para el registro de información con CommCare HQ para la automatización al seguimiento de los indicadores priorizados, lo que permitía al sistema generar informes inmediatos sobre la información ingresada por los ACC.

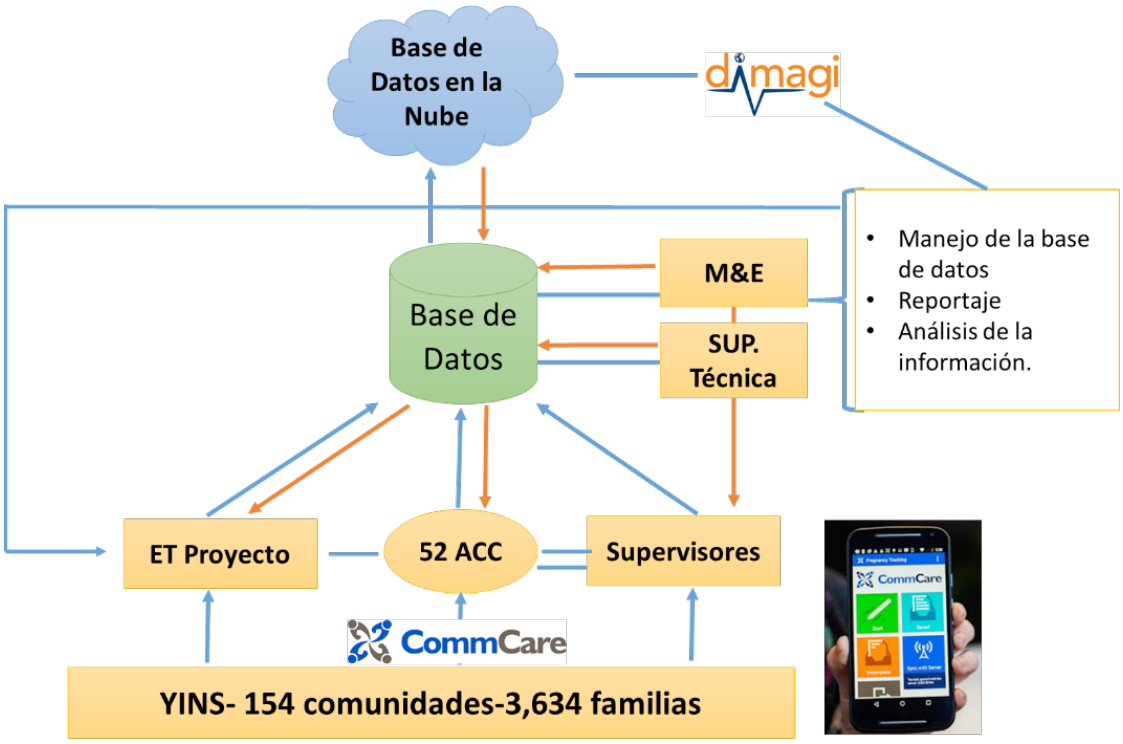


Figura 9: Uso de la tecnología en la realización de visitas y flujo de información.

9. SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Al finalizar la implementación en campo de la estrategia educativa se llevó a cabo un proceso de evaluación cualitativa y sistematización del proyecto, con el fin de valorar los cambios de comportamiento en la población participante y las razones por las que han ocurrido o no, además rescatar las lecciones aprendidas en la implementación de la metodología COD para que puedan ser utilizadas en futuras intervenciones educativas.

Para iniciar este proceso se elaboraron términos de referencia para la contratación de una empresa con experiencia en este campo, las propuestas recibidas fueron revisadas y analizadas y como resultado se contrató a Nicasalud ya que fue la que demostró un mayor conocimiento y experiencia en el tema.

Una vez que se contrató la empresa seleccionada, se procedió a la elaboración de los protocolos tanto para la evaluación como para la sistematización, dichos protocolos fueron revisados y aprobados por el equipo técnico del Proyecto Redes, consultora y representante del BID y además se sometieron a la aprobación del comité de ética de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) ya que se espera publicar estos resultados.

Una vez se obtuvo la aprobación por parte de la UNAH se inició la recolección de datos en campo realizando 3 talleres con el personal del proyecto, 6 grupos focales y 28 entrevistas con familias participantes en el proyecto de 33 comunidades, además de personal de salud y líderes de Conimchh para obtener las opiniones e impresiones de su experiencia con el proyecto Redes.

Con toda la información recabada en campo y la revisión documental realizada, el equipo de Nicasalud elaboró los informes respectivos de la evaluación y la sistematización los cuales fueron revisados y aprobados por el equipo técnico del proyecto y por representantes del BID. Además de los informes, se elaboró un video que incluye los principales logros del proyecto y algunas experiencias de éxito con las familias, así también se preparó una publicación de 15 historias de éxito que compartieron algunas de las familias participantes del proyecto quienes pusieron en práctica los comportamientos promovidos y pudieron percibir sus beneficios.

10. LECCIONES APRENDIDAs

1) La realización de la investigación formativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) — como punto de partida del proyecto—, permite la identificación de temas y comportamientos que deben abordarse en el proceso de intervención y, la adaptación de la metodología COD para que responda a las condiciones culturales y socioeconómicas de la zona. Esto facilita el proceso para adaptar la metodología COD para que responda a las necesidades específicas de la zona de intervención, identificar los mensajes claves que deben reforzarse o introducirse en el abordaje de las visitas COD y, establecer una línea base de comportamientos en los que se desea generar un cambio.

2) Contar con material didáctico elaborado con base en la información generada por la investigación formativa, asegura que este contribuya en el abordaje efectivo de los temas clave y en el impulso de cambios de comportamiento que se desea obtener. Lo anterior considerando que para la preparación del material se toma en cuenta las características socioculturales de las familias y se escogen opciones educativo – comunicacionales atractivas y que faciliten la interacción con las familias.

Este material didáctico demostró su utilidad como herramienta de apoyo al facilitar que las familias se sientan identificadas con los personajes utilizados, se aborden claramente los mensajes claves y se utilicen recursos didácticos de refuerzo temático (canciones, adivinanzas, rimas).

3) La utilización de una plataforma tecnológica como la CommCare facilita la actualización de información sobre la familia, el monitoreo sobre los cambios en CAP relacionados con los temas de interés, y el aprovechamiento de los dispositivos electrónicos para utilizar el material de apoyo audiovisual para el desarrollo de las visitas COD.

- Implementación de sesiones de COD

4) La formación de capacidades en el equipo técnico mediante una metodología aprender haciendo asegura que estos adquieran el adecuado manejo temático, metodológico y de la tecnología de tal forma que se garantice la calidad en el desarrollo de la visita COD. Complementariamente esto permite que los ACC desarrollen capacidades y actitudes de empatía y escucha activa que facilita el acercamiento y aceptación a su acompañamiento por parte de las familias, y generan mayor confianza para la transferencia de conocimientos y el reforzamiento a prácticas esenciales en salud (temas interés en COD).

5) Para el abordaje adecuado de las comunidades chortí, es necesario considerar sus prácticas culturales y comunitarias, razón por la cual el acercamiento a las familias se debe coordinar con los líderes comunitarios quienes son los que autorizan la entrada a la comunidad y la participación de las familias.

6) La conformación del equipo técnico del proyecto considerando la inclusión de hombres y mujeres garantiza que durante la implementación se puedan realizar, de ser necesario, ajustes en la asignación de familias pues algunas de ellas muestran mayor apertura hacia los ACC mujeres, ya sea por las actitudes machistas de la pareja o por que la mujer tiene mayor confianza para abordar

algunos temas con ellas. Este aspecto exige que el proceso inicial de acercamiento y de ganarse la confianza de la familia, por parte de los ACC, deba realizarse de forma cuidadosa y consistente.

7) EL tiempo de duración de la consejería a muchas familias les parecía extenso, por lo que este punto debe ser analizado cuidadosamente al planificar la implementación de un programa educativo de este tipo, considerar un tiempo mínimo prudencial de 1 hora para discutir el tema pero sin afectar la rutina establecida en los hogares.

8) En contextos de poblaciones con altos niveles de pobreza es pertinente considerar la implementación de este tipo de estrategias dentro de un programa de intervención más amplio que incluya otro tipo de apoyo a las familias para mejorar su situación socioeconómica, como ser: apoyo con capacitación y capital semilla para emprendimientos familiares, bonos de alimentos a familias con cambios de comportamiento sostenidos, implementación de huertos familiares.

11. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN

Sostenibilidad técnica: Un proceso de comunicación sostenible para cambio de comportamiento en salud materna neonatal e infantil y con una metodología cara a cara como la del proyecto Redes requiere del involucramiento de la SESAL y los prestadores de servicios de salud, debe partir de un conocimiento por parte del personal de salud de las creencias, prácticas y actitudes de la población en este tema así como las barreras que existen para la adopción de comportamientos de cuidado de la salud. La SESAL como órgano rector de la salud en el país ya cuenta con estrategias que pueden aprovechar para incorporar la Consejería Oportuna y Dirigida entre ellas la AIN-C y el programa gubernamental Criando con Amor.

Con el uso de la tecnología pueden aprovecharse los teléfonos inteligentes que tienen algunos líderes voluntarios en las comunidades puesto que la aplicación puede cargarse en cualquier dispositivo inteligente y funciona offline para la recolección de datos y para realizar las visitas de consejería con esto se reducirían los costos de compra de aparatos.

Al definir los contenidos y mensajes clave que se deben promover, es muy importante incluir aspectos sobre empatía, sensibilización, respeto a los derechos de los usuarios de manera tal que se logre establecer una relación más horizontal y de respeto entre los prestadores de servicios y la población.

Sostenibilidad social: El apoyo de las organizaciones comunitarias especialmente en las comunidades chortí es clave para que un proceso educativo a las familias sea posible, la influencia que estas instancias ejercen en las comunidades es bastante fuerte, además el involucramiento de los gobiernos locales también puede favorecer y hacer más sostenibles este tipo de intervenciones.

Otro de los elementos clave para la sostenibilidad social es el fortalecimiento de las redes de voluntarios y otras instancias comunitarias como comités de protección de la niñez, junta de agua, sociedad de padres de familia, organizaciones basadas en la fe, redes juveniles, etc, para fortalecer estas estructuras puede considerarse el asocio con las municipalidades y otras ONG para gestionar fondos y dar mensualmente un estipendio como estímulo y reconocimiento a su trabajo.

Sostenibilidad política: los convenios que el país sostiene con organismos internacionales que brindan financiamiento para programas de salud pueden ser el elemento promotor y de soporte para incidir ante tomadores de decisiones para la promulgación de políticas que apoyen la implementación de este tipo de estrategias y que se mantengan y sean sostenibles a través del tiempo.

La puesta en marcha del nuevo modelo de atención en salud incluyendo los servicios descentralizados de salud puede ser un espacio para impulsar la implementación de este tipo de estrategias considerando que los CIS y las UAPS deben brindar atención domiciliaria a nivel comunitario 2 días a la semana, basada principalmente en prevención.

Sostenibilidad económica/costos: Al analizar los costos de la COD es necesario considerar que se realizaron 65,212 visitas a los hogares de las cuales 51,786 fueron Consejerías Oportunas y Dirigidas (COD), al finalizar la intervención en agosto de 2018 se contaba con 2,552 familias activas que llegaron al final del proceso, además se realizaron 341 Reuniones Grupales comunitarias que permitieron la participación de 3,400 beneficiarios del proyecto y 304 invitados por los participantes.

Tabla 19: Inversión en el aprendizaje de las familias

Inversión aprendizaje de las familias y participación colectiva de la población		
Línea de Inversión	**Fase I**	**Fase II**
Salario y Beneficios (52) ACC	326,763	774,920
Comunicación ACC	6,248	18,786
Capacitación Inicial ACC	33,034	
Capacitación continua ACC	10,578	31,065
Reuniones de revisión de avances		17,786
Insumos y material Educativo facilitar COD	111,771	79,599
Costos de movilización ACC(Alimentación, combustible, depreciación)	61,834	184,492
Total	**$ 550,228**	**$ 1106,648**
Total Inversión directa en COD		**$ 1656,876**
Total de Visitas COD realizadas		**51,786**
Total reuniones grupales		**341**
Total COD + Reuniones grupales		**52,127**
Valor Unitario de cada COD		**$ 32**

Para logar todo este proceso con las familias se invirtió un estimado de $1,656,876 en costos directos en las visitas COD que contempla el salario del ACC, combustible para movilización, costo de telefonía, depreciación de las motocicletas y el material comunicacional que se utilizó para facilitar la consejería se estima que cada COD impartida tiene un costo de $32, es decir que la inversión en las familias que recibieron 15 visitas COD x $32 es igual a $480 y en las familias que recibieron 21 visitas la inversión fue de $672. Sin considerar los costos indirectos como las asesorías del equipo técnico, los costos administrativos y demás costos paralelos al proceso.

Aseguramiento de la calidad de la intervención en campo/Costo de la supervisión

Para asegurar la calidad de la intervención en campo se aplicaron un total 1,462 supervisiones con base en una meta establecida de 1496, (se logró un 98%) de ejecución. Los Monitoreos de calidad de las visitas realizados por los 5 supervisores son 2,356; momentos en los que se sostuvieron diálogos con las familias para verificar la calidad de las visitas, el trabajo de los ACC y el aumento de conocimientos.

El resultado de estas intervenciones directas del equipo de supervisión da fe de la calidad de la enseñanza brindada por el personal del proyecto, como del nivel de adquisición de conocimientos por parte de las familias.

Además como parte del proceso se generaron un total de 3,288 alertas de las cuales 2,899 fueron verificadas por los supervisores como medio de rescate para la reinserción en el proceso y 315 referencias realizadas por los ACC con seguimiento por el equipo de supervisión.

Tabla No. 20 Inversión en monitoreo y supervisión de la intervención

Inversión en Supervisiones, Monitoreos, casas alerta y referencias de salud.		
Línea de Inversión	**Fase I**	**Fase II**
Salario y Beneficios (5) Supervisores	63,259	128,614
Comunicación Supervisores	1,200	3,000
Costos de movilización Supervisores (Alimentación, combustible, depreciación)	4,918	13,926
Total	**$ 69,377**	**$ 145,540**
Total Inversión directa en Supervisiones y Monitoreos, y verificación de casas alerta		**$ 214,917**
Total Monitoreos, Supervisiones, casas alerta y referencias y verificación de casas alerta		**7,032**
Valor Unitario por Visita Supervisión o Monitoreo de calidad		**$ 31**

Para el proceso de supervisión, monitoreos de calidad, verificación de casas y referencias de salud se estima que se realizó una inversión directa de $214,917 que contempla salarios de 5 supervisores, combustible para movilización, costo de telefonía, alimentación y depreciación de las motocicletas asignadas, en total se generaron 7,032 productos esto significa que se invirtió un promedio de $ 31 por cada producto.

Tabla No. 21 Inversión vs resultados al cierre de la intervención

	Presupuesto
FASE I	$ 1046,666
FASE II	$ 1773,559
TOTAL USD	**$ 2820,225**
Total familias	**2,552**
Inversión por familia	**$ 1,105**

Cantidad	**Descripción**
51,786	COD
1,462	Supervisiones
2,356	Monitoreos de Calidad
341	Reuniones grupales
315	Referencias de Salud
2899	Casas alerta
59,159	**Total Productos**
$. 2820,225	**Inversión Total**

En síntesis; con una inversión presupuestaria de $ 2,820,225 se atendieron 3,634 familias, de las cuales 2,552 terminaron el proceso, esto significa que la inversión por familia beneficiada directamente en todo el estudio fue de $1,105, que equivale a $52.6 por familia por mes. Junto a las familias es importante mencionar que también los 63 empleados (52 ACC, 5 Supervisores, 2 especialistas, 1 supervisora técnica, 1 coordinadora y 2 financieros) participantes en la ejecución del proyecto (por disponer de un empleo en condiciones dignas) se convierten en beneficiarios de la intervención.

Este proyecto ha logrado con $1,105, brindar COD a un promedio de 9,318 personas de todas las edades cada mes durante 21 meses, en aspectos como el cuidado de embarazadas en todos los momentos pre y post natales, recién nacidos y niños hasta 5 años de edad, jóvenes en aspectos relacionados con autoestima y embarazos a temprana edad, parejas con temas para la prevención de violencia y mejoramiento de las relaciones interpersonales.

12. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

12.1. Contratación del personal

La primera fase de ejecución del Proyecto se ejecutó en consorcio entre WVH y Childfund, la contratación del personal se realizó de la siguiente manera:

- ✓ World Visión contrató el personal técnico: 1 Jefa de equipo, 1 Especialista en Cambio de Comportamiento, 1 Especialista M&E, 1 Contadora y Analista Financiero.
- ✓ Childfund contrató el personal operativo: 52 Agentes de cambio de comportamiento, 5 Supervisores de campo y 1 supervisora Técnica.

En la segunda Fase que inició en Mayo de 2017 el socio Childfund se retiró del estudio asumiendo Visión Mundial todo el proceso de implementación por lo que a finales de abril e inicios del mes de mayo 2017, llevó a cabo las contrataciones el personal para la implementación de la II fase se realizó el proceso de inducción sobre las políticas, normas y procedimientos organizaciones también se capacitó en aspectos administrativos, socialización de políticas institucionales, seguro médico y de vida y demás asuntos del contrato.

Al finalizar la primera fase (30 de abril 2017), no continuaron 4 ACC y 3 supervisores por lo se hizo proceso de convocatoria, selección, contratación e inducción de estos recursos humanos para completar el personal del proyecto. Los 52 ACC 2 Supervisores y el equipo técnico ingresaron en la primera semana de mayo 2017 y los 3 supervisores nuevos el 15 de junio, el equipo administrativo financiero se completó en Julio de 2017 mediante la contratación 1 asistente administrativo-Contable.

En el proceso de ejecución se tuvieron diferentes situaciones especiales con el personal como renuncias, ausencias, accidentes, incidentes de inseguridad, estas situaciones que se tuvieron que manejar muy estratégicamente para cubrir los compromisos con las familias a pesar de todas las situaciones de ausencias que se dieron no dejaron de realizar las visitas a las familias.

El proceso de salida del personal al cierre de la intervención en campo ha sido de manera gradual, primero se retiraron los 49 ACC que finalizaron su contrato el 15 de septiembre de 2018, luego fueron recontratados 25 ACC por 1 mes del 15 de Octubre al 15 de noviembre 2018 para participar en el proceso de sistematización y evaluación del proyecto así como el apoyo con la distribución de diplomas y cuadros artísticos para las familias, el Asistente contable finalizó su contrato el 31 de octubre de 2018 y 5 Supervisores de campo finalizaron su contrato el 15 de noviembre de 2018 quedando el equipo técnico (4), 2 especialistas, contadora Financiera y coordinadora del proyecto para finalizar en marzo 2019 con la entrega de productos finales y cierre final del Proyecto.

En síntesis la inversión total en la nómina del personal del Personal fue de $1, 654,058 que representa el 59% de la inversión total. Particularidad de este estudio donde la mayor inversión se centró en costos del personal ya que la dinámica de intervención se desarrolló de manera personalizada con las familias.

Costos de Personal		
Fase I	$	539,053
Fase II	$	1115,005
Total	**$**	**1654,058**

12.2. Habilitación y equipamiento de la oficina

En la primera fase del estudio se habilitó la oficina de la sede del proyecto en la Ciudad de Copán Ruinas, Copán para lo cual se contrató una empresa encargada de la remodelación y acondicionamiento de las oficinas invirtiendo un total de $6,422.

En la segunda fase de intervención WVH asume directamente el rol de implementación y ejecución del proyecto, desapareciendo la figura de consorcio WVH-Childfund. Por lo que WVH asigno vehículos entre ellos 2 Pick Up 4x4 para equipo técnico y 4 motocicletas para supervisores. Así mismo se asignó el equipo informático 22 computadoras para ser utilizadas por equipo técnico, supervisores y ACC además asigno el mobiliario y equipo para acondicionamiento de las oficinas.

12.3. Adquisiciones

En la primera fase del Proyecto como parte de los productos la estrategia de comunicación se realizó el diseño y tiraje de los materiales para realizar las visitas COD que incluyó libros de visitas COD No. 1, 2, láminas de señales de peligro y PF, Libros de consejos familiares; calendarios 2017, cajas de cartón y banner del proyecto. También se adquirió la indumentaria de identificación del personal (gorras, camisas, chalecos, carnet de identificación). Mochilas solares para ser utilizadas por el equipo del proyecto invirtiendo las 75 Tablet´s Samsung galaxi fueron asignadas en calidad de préstamo del BID solo se adquirieron parlantes y micro SD para ser adaptadas a las tablet´s.

A inicios de la II fase se trabajó con el material existente de la primera fase posteriormente se realizaron las adquisiciones de insumos y materiales educativos, equipo básico de campo (botas y capotes). Se realizó una segunda compra de materiales comunicacionales y de identificación del personal (libros de visitas COD, láminas de señales de peligro, libros de consejos, camisas, gorras, chalecos) además se realizó la compra de diplomas, fotografías familiares y cuadros artísticos para las familias y la contratación de servicios de consultoría para Evaluación y Sistematización del Proyecto, Soporte técnico y ajustes a la aplicación ComCare.

Como se describe en el siguiente detalle de adquisiciones en la II Fase:

Tabla No. 22 Adquisiciones fase II

No.	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	Total
INSUMOS Y MATERIAL EDUCATIVO					
1	10,900	Unidad	Cajas de crayolas de 24 unidades.	0.67	7,297
2	38,000	Unidad	Laminas para colorear	0.02	930
Subtotal					**$ 8,227**
EQUIPO BASICO DE CAMPO					
3	65	Pares	Botas de hule	42	2,752
4	65	unidad	Capotes de 2 piezas	89	5,795
Subtotal					**$ 8,547**
VISIBILIDAD E IDENTIFICACIÓN					
5	210	unidad	Camiseta manga larga, marca PACER color blanco con 5 logos y eslogam Proy. REDES impresos en serigrafía a colores.	14	3,019
6	70	unidad	Camiseta manga corta, marca PACER cuello V, color blanco con 5 logos y eslogam Proy. REDES, impresos en serigrafía a colores.	8	557
7	25	unidad	Camisa formal de botones, estilo Oxford, manga corta color blanco, con 5 logos y eslogam Proy. REDES, bordados full color (mujer)	19	485
8	45	unidad	Camisa formal de botones, estilo oxford manga larga color blanco, con 5 logos bordados y eslogam Proy. REDES full color (hombre)	22	989
9	65	unidad	Chalecos tipo safari, color gris, con 5 logos y eslogam Proy. REDES bordados full color.	34	2,227
10	45	unidad	Camisa formal de botones, estilo oxford manga corta, color blanco, con 5 logos y eslogam Proy. REDES bordados full color (hombre)	19	873
11	25	unidad	Camisa formal de botones, estilo oxford, manga larga color blanco, con 5 logos y eslogam Proy. REDES. bordados color full color (mujer)	22	549
12	105		Gorras de lona prelavadas	6	670
Subtotal					**$ 9,368**

MATERIAL COMUNICACIONAL					
13	30	unidad	Libros de 278 páginas en blanco y negro interno impresión doble hoja, mas encuadernado con espiral de alta calidad y caratula en cartoncillo full color 8.5 X 11 pulgadas.	8	236
14	30	unidad	Libros de 208 páginas en blanco y negro interno impresión doble hoja, mas encuadernado con espiral de alta calidad y caratula en cartoncillo full color 8.5 X 11 pulgadas.	6	191
15	30	unidad	Libros de 178 páginas en blanco y negro interno impresión doble hoja, mas encuadernado con espiral de alta calidad y caratula en cartoncillo full color 8.5 X 11 pulgadas.	6	172
16	55	unidad	Kit de 15 láminas full color en lona banner (vinil) de 11 x 17 pulgadas.	13	702
17	2000	unidad	Manuales de 48 páginas full color más pasta en cartoncillo con UV	3	5,617
18	2297	unidad	Fotografías [impresas::en papel fotografía	4	9,840
19	2571	unidad	Diplomas de reconocimiento para las familias	2	5,164
20	2725	unidad	Cuadro artístico [en pvc 6mm :: 21x17 pulgadas]	7	19,021
Subtotal					**$ 40,943**
KIT ALIMENTICIO PARA FAMILIAS					
21	2650	unidad	Kit alimenticio para familias participantes en reuniones de cierre comunitario	9	$ 23,921
Subtotal					**$ 23,921**
SERVICIOS					
22	1	Consultoría	Evaluación cualitativa y sistematización del Proyecto	59,162.80	59,163
23	1	Consultoría	Soporte técnico Aplicación ComCare	41,026.20	41,026
24	1	Consultoría	Toma e impresión de fotografías Profesionales	2,450.75	2,451
Subtotal					**$102,640**
Total USD					**$193,645**

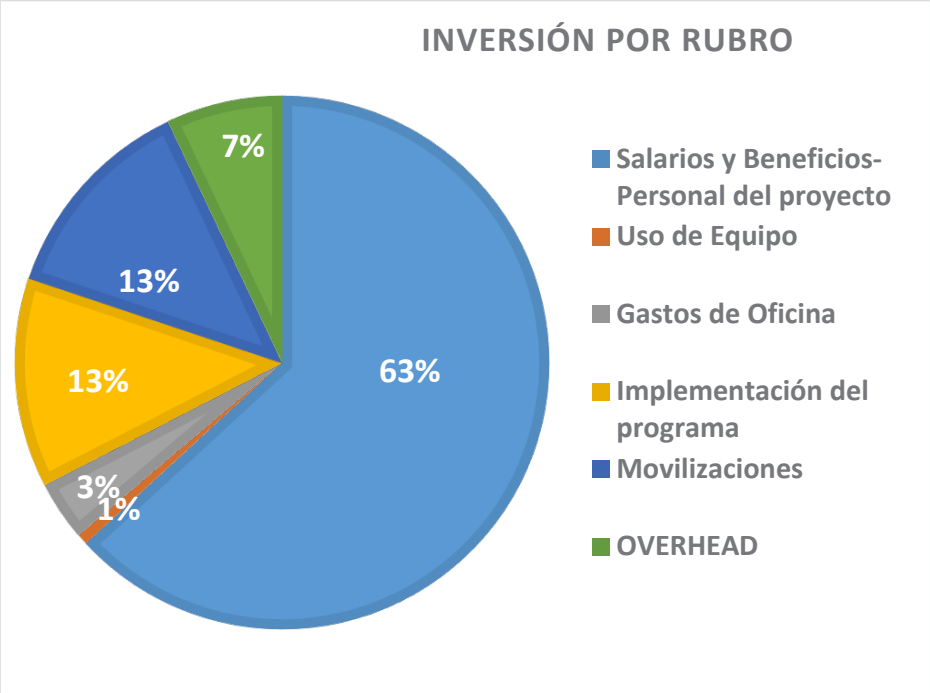
13. EJECUCIÓN FINANCIERA

La inversión total de la segunda fase del estudio fue de $1766,045 que representa un 99.5% de avance financiero sobre el presupuesto total de la II Fase $1773,559.

Tabla No. 23 Ejecución financiera

DESCRIPCION	REPORTE			
	Presupuesto	**Ejecución**	**Saldo**	**% Ejecución**
Salarios-Personal del proyecto	**786,237**	**785,116**	**1,121**	100%
Beneficios-Personal del Proyecto	**345,818**	**330,416**	**15,402**	96%
Uso de Equipo	**11,410**	**11,511**	**-101**	101%
Gastos de Oficina	**52,198**	**63,524**	**-11,327**	122%
Implementación del programa	**225,473**	**224,712**	**761**	100%
Movilizaciones	**228,274**	**226,617**	**1,657**	99%
Total Costos Directos	**1649,410**	**1641,896**	**7,514**	**100%**
OVERHEAD	**124,149**	124,149		**0%**
TOTAL	**1773,559**	**1766,045**	**7,514**	**99.55%**

Grafico No. 13



Tal como se muestra en el grafico anterior la mayor inversión 63% fue en costos de personal (63 Empleados). 1% para uso de equipos (depreciaciones pagadas por los equipos asignados por Visión Mundial), 3% gastos de oficina (suministros y mantenimiento de oficina, costos de telefonía de ACC, supervisores y equipo técnico). 13% Implementación (Capacitaciones y reuniones de avances, Material educativo, consultorías y compra de kit alimenticio para familias), 13% movilizaciones (combustible, viáticos, depreciaciones y mantenimiento de vehículos). Y un 7% para costos indirectos (Overhead).

Además en la primera fase del Proyecto quedo un remanente de $41,508 este valor fue solicitado al donante para pago de honorarios bajo la modalidad de consultoría a la Empresa DIMAGI, quien dio soporte técnico para ajustes a la aplicación CommCare. Con una inversión total de $41,026 que representa el 99% el saldo restante se invertirá en otras líneas que presentan necesidad.

14. PROBLEMAS, DIFICULTADES Y PRINCIPALES SOLUCIONES DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

Tabla No. 24 Dificultades enfrentados durante la intervención y soluciones

No.	PROBLEMÁTICA / DIFICULTAD	DETALLE	ACCIONES IMPLEMENTADAS
1	Inseguridad por delincuencia	Durante el período de implementación de las consejerías a las familias el personal de campo se desplazaba con cierto riesgo de sufrir asaltos y robos de sus pertenencias, en algunos casos hasta hubo amenazas a su vida. La presencia de bandas de asaltantes en algunas comunidades también limitaba el acceso aun cuando nadie del personal hubiera sido víctima de asalto. Otro evento de inseguridad que limitaba la realización de las visitas eran los asesinatos que se daban en ciertas familias lo cual causaba que por varios días había mucha tensión en las comunidades y se suspendían temporalmente las visitas.	Cuando se conocía de la presencia de asaltantes en ciertos lugares se suspendían por algunos días las visitas a esas comunidades mientras los delincuentes se movilizaban a otras zonas. En los lugares de mayor riesgo se redistribuyeron las cargas de trabajo de tal manera que a esas comunidades no fuera un ACC solo sino que viajaran en grupo y realizaran las visitas en un menor número de días. En algunos casos los grupos de ACC se desplazaban en el vehículo del proyecto para mayor seguridad.

2	Temporada de corte de café	En la zona de Copán el cultivo de café es una de las principales actividades económicas que involucra a gran parte de su población, durante los meses de octubre a febrero muchas familias son contratadas en las fincas para cortar el grano por lo que realizar actividades educativas con ellas se convierte en un desafío, las familias regresan hasta muy tarde a sus casas o se van por todo el período. Esto provocó que durante esta época muchas familias quedaban con sus visitas pendientes.	En muchos casos las visitas se reprogramaban para cuando las familias regresaran a sus viviendas 3 o 4 meses después. Con las familias que regresaban a sus viviendas todos los días se programaban para la tarde después de la jornada o sábados por la tarde.
3	Accesibilidad a las comunidades	Muchas comunidades tienen caminos en mal estado especialmente en la temporada de lluvias lo cual dificultaba la llegada de los ACC a las comunidades, además cuando los ríos crecían mucho era imposible cruzarlos en moto.	Durante los días de lluvias copiosas se suspendía la llegada a ciertas comunidades por el riesgo de los ACC a sufrir algún accidente al cruzar ríos crecidos o caminos en muy mal estado. Se organizaba la llegada a ciertas comunidades en grupo para que pudieran apoyarse en el cruce de algunos ríos. En algunos casos se utilizaba el vehículo para llegar a las comunidades.
4	Migración	Durante el período de implementación del proyecto, muchas familias salieron de sus comunidades debido a situaciones de violencia y amenazas a su vida y también por razones económicas. Con estas familias ya no se pudo continuar con la actividad educativa.	Reportarlas en el sistema únicamente.
5	Motivación de las familias a participar	Muchas familias se negaron a participar en el proyecto o hubo que hacer algún esfuerzo para convencerlas de continuar debido a que el proyecto no brindaba ningún tipo de ayuda material, el beneficio de obtener conocimientos para cuidar de la salud de mujeres y niños no se percibe como algo valioso en muchas familias.	Con todas las familias que resentían la falta de ayuda material se les explicaba lo importante de la educación en salud, varias fueron convencidas de continuar. Con las familias que no se convencieron se registraron en el sistema como fuera del estudio.

6	Implementación del proyecto en comunidades Chortí	Las comunidades chortí tienen una organización comunitaria particular que hasta cierto punto controla la participación de las familias en cualquier proyecto que llegue a su zona, además privilegian los que aportan alguna ayuda de tipo material, en el caso del Proyecto Redes inicialmente estaban en contra de que se implementara y casi todas las familias estaban rechazando participar lo que ocasionó retrasos en estas comunidades.	Se realizaron varias reuniones con CONIMCH y con asambleas comunitarias para explicar los objetivos y los beneficios del proyecto para la población con lo que se logró obtener su aprobación para que las familias pudieran atender a los ACC si así lo decidían.
7	Acceso a los servicios de salud	En la zona del proyecto hay muchas familias que viven muy alejadas de los centros de salud por lo que se les dificulta asistir a consulta o a controles de embarazo o de niños; dado que muchos de los mensajes promovidos por el proyecto es la asistencia a los centros de salud era muy difícil obtener la adopción de dichas prácticas en estas familias, además en algunos casos no querían asistir por la falta de medicamentos o la mala atención recibida según sus comentarios.	Siempre se reforzaba el mensaje de la importancia de asistir a los centros de salud ante señales de peligro o a los controles establecidos. Se reportaba algunos casos especiales de emergencia a las autoridades de salud para facilitar su atención.
8	Familias que solo aceptaban ACC mujeres	La gran mayoría de ACC que laboraba para el proyecto Redes eran hombres, esto significó dificultad en algunos casos ya que los hombres al no estar durante el día en su casa, no querían de ninguna manera que durante su ausencia un hombre llegara y se sentara a platicar con su esposa durante 2 horas, además también algunas mujeres preferían hablar de temas de salud reproductiva con otra mujer ya que con un hombre no sentían la misma confianza.	En los casos en que la familia se retiraría del proyecto si no llegaba una mujer se acudió a alguna de las ACC mujeres para que visitara esas familias. En otros casos se llegó al acuerdo que el ACC llegara solo cuando el esposo estaba presente. En otros casos el ACC siempre era acompañado por una supervisora mujer para hacer la visita.

15. CONCLUSIONES

a) El modelo operativo diseñado para la implementación de la intervención fue pertinente y ajustado a los requerimientos del proyecto y del estudio, poniendo especial énfasis en la implementación, monitoreo y seguimiento para asegurar el cumplimiento de las metas, favorecer la adopción de cambios de comportamiento y la calidad del estudio.

b) La adaptación de una propuesta temática flexible e integral basándose en las prácticas no deseables para la salud familiar que fueron identificadas como claves mediante la investigación formativa inicial ha sido un elemento favorable para los resultados obtenidos. Esta propuesta, además, responde y se adecua a las condiciones de la zona y su población.

c) Se considera como un factor de éxito la utilización de una metodología que promueve la comunicación horizontal y bidireccional entre la familia y el ACC se enfoca en lograr cambios de comportamientos, se desarrolla de forma progresiva e integral, y considera condiciones o necesidades concretas de la familia para orientar su abordaje. Adicionalmente, la estructura homologada para realizar la sesión COD garantiza el abordaje de los temas y mensajes claves, y el mantener la calidad en el abordaje de la sesión.

d) La programación sistemática y consistente de las sesiones de COD, es lo que asegura el seguimiento a las temáticas abordadas y genera un hábito en las familias que facilita su participación e incorporación del proceso.

e) La utilización de la aplicación tecnológica permite la recolección de información offline, como una herramienta de apoyo en el proceso de seguimiento y formación (material audiovisual) al trabajo con las familias. Esto facilita mantener actualizada la información sobre el proceso de COD y brindar seguimiento al trabajo de los ACC.

f) El establecimiento de relaciones de confianza, empatía y comunicación abierta con las familias así como el compromiso y rol asumido por el equipo del proyecto (ACC, supervisores, equipo técnico y administrativo) permitió brindar la COD de forma consistente, apegada a lo propuesto en el protocolo de visita, y manteniendo la calidad.

16 . RECOMENDACIONES

a) Se recomienda para próximos proyectos de esta naturaleza utilizar tecnología como herramienta de facilitación de la consejería porque hace más atractiva e interactiva la actividad educativa, además permite la recolección de datos de una manera práctica y amigable con el ambiente al utilizar menos papel para la documentación.

b) Destinar el tiempo que sea necesario para la capacitación del personal en los aspectos técnicos, metodológicos, tecnológicos y estratégicos (calidez, excelencia en el trabajo, compromiso, crianza con ternura, seguridad corporativa primeros auxilios psicológicos) además de las habilidades de comunicación necesarias para entablar el diálogo y reflexión con la familia.

c) En contextos de difícil acceso a comunidades y con incidentes de inseguridad por delincuencia, es muy importante organizar el personal de campo en grupos (2 a 4 personas) para llegar a las comunidades con el fin de que puedan apoyarse en los traslados especialmente en el cruce de ríos y en caminos anegados, así como también disminuir el riesgo de ser asaltados.

d) En futuras intervenciones de este tipo que no estén ligadas a un estudio considerar que los temas deben ser aplicables a las familias de manera oportuna por ejemplo si los temas son sobre cuidados del embarazo brindarlos a familias donde haya embarazadas, o si en el hogar hay adultos mayores con enfermedades crónicas considerar estos temas, es decir se debe tener un menú de temas de acuerdo a cada grupo de población.

17. ANEXOS

17.1. AGENDA DESARROLLADA EN REUNIONES DE CIERRE COMUNITARIAS

AGENDA REUNIONES DE CIERRE DEL PROYECTO EN LAS COMUNIDADES

1. **Bienvenida**

2. **Oración (por las familias, dando gracias por haber culminado el proyecto), reflexión de algún versículo bíblico (Mi pueblo perece por falta de conocimiento Oseas 4:6),** hacer resaltar la importancia de la adquisición de conocimiento**.**

3. **Palabras alusivas a la ocasión:**
   Agradecer por el tiempo compartido,

   Mencionar el objetivo del Proyecto: Espero que los conocimientos que hemos compartido sean de mucha utilidad para sus vidas, para cuidar a sus familias, a sus niños, niñas y mujeres embarazadas, les animo a que continúen tratando de aprender más y a poner en práctica todo lo que han aprendido, también enseñen o ayuden a otros especialmente a familias más jóvenes que tienen menos experiencia, recuerden siempre que el conocimiento es algo valioso y empleado en el momento adecuado puede salvar vidas.

   También como un llamado les animamos a que se unan más como comunidad y que trabajen siempre juntos para que puedan procurar o exigir buenos servicios, para tener mejores condiciones de salud y mejorar su nivel de vida.

   Decirles que para nosotros como proyecto ha sido una experiencia muy valiosa trabajar y aprender de ustedes, nos llevamos muchos recuerdos bonitos de sus pláticas, sus historias, sus atenciones y de la confianza y cariño que nos han demostrado a lo largo de estos casi dos años.

   Gracias nuevamente y deseo que Dios cuide siempre de ustedes y sus familias.

4. **Participación de los asistentes**
   TÉCNICA: EL CÍRCULO MÁGICO

   Material: Ninguno

   Tiempo: 20 minutos

   Desarrollo: El facilitador invita al grupo a formar un círculo tomados de las manos en el centro de la sala.

   Inmediatamente cuenta algo sobre la simbología del círculo:

   Tomados de las manos: la mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar, debe estar sobre la mano izquierda del compañero de la derecha; la mano izquierda, recibiendo la derecha del otro, simboliza nuestra necesidad de ayuda; al mismo tiempo en que podemos ayudar, necesitamos recibir ayuda. Ninguno de nosotros es tan fuerte para sólo ayudar o tan débil para sólo recibir ayuda;

El círculo forma parte de los rituales y costumbres de pueblos primitivos, probablemente desde la antigüedad. Todas las actividades en esta época eran celebradas en forma de círculo, se creía que a través de la energía emanada entre las personas que están dentro del círculo, los malos espíritus eran alejados y los buenos permanecían ahí;

En el círculo vemos a todos, estamos en el mismo plano, podemos mirar a aquellos que están cerca y a los más distantes. No hay primero ni último. Nos sentimos iguales, cuando entramos en el círculo, no estamos disputando el liderazgo. Estamos confiando en los amigos. La energía está en equilibrio entre dar y recibir, en el círculo somos todos iguales, no hay primero ni último, estamos todos en el mismo plano, veo a las personas de la izquierda, derecha y a los más distantes.

Luego solicita que cada participante se exprese:

Animar a los asistentes a expresar su opinión con preguntas motivadoras como:

¿Qué fue lo que más les gustó de participar en este proyecto?

¿Qué quisieran decirnos?

¿Cómo creen ustedes que pueden ayudarse para mejorar la salud de los niños, niñas, y de todos en la comunidad?

Procesamiento: El facilitador cierra también con unas palabras suyas y dice a los participantes que:

Nos podemos separar algunas veces en pequeños círculos, pero sin perder de vista nuestra fuerza y nuestra unión

5. **Entrega de diplomas y cuadro artístico según listado de familias (completar listados de respaldo)**

6. **Entrega de fotografías**

7. **Entrega de merienda a cada familia según listado (completar listados de respaldo)**

8. **Toma de fotografía del ACC con el grupo**

17.2. Ejemplo de ayuda memoria de entrega de cuadros artísticos a las familias

AYUDA MEMORIA ENTREGA DE CUADROS ARTÍSTICOS

PROYECTO REDES – GRUPO 1

ACC: JORGE NERY ARRIAZA RIVAS

SUPERVISOR: JERSON GÁMEZ

A). Detalle de la entrega por Comunidad		
1	**Comunidad:**	**Cantidad Entregada**
2	Nueva Alianza	48
3	Colon Jubuco	21
4	Monte Cristo	23
5	Tesorito	5
6	Santa Cruz Virginia	6
	Total	103

B). Desarrollo de la actividad:

1. Actividad:	Se entregaron 103 cuadros en donde se visitó en sus hogares a cada familia, al mismo tiempo se les hizo saber que el cuadro era como gratitud hacia ellos y representaba la unidad que debe de perdurar en cada una de las familias.
2. Actividad:	Revisión y llenado de formatos de entrega de Cuadros Artísticos a cada familia, con su respectivo número de identidad y firma o huella.

C). Testimonios compartidos por las familias durante la visita de entrega de cuadro artístico.

Testimonios de las familias.	
1. María Dolores Hernández, Comunidad: Monte Cristo, ID 1837.	*"Yo les quiero agradecer porque ya ahora para mí y mi familia ya todo ha cambiado en la comunidad, antes a nosotros nos miraban como asesinos porque Eliú (esposo) y yo usamos métodos de planificación, nos miraban en la calle hasta con desprecio. Mi marido siempre ha hecho un gran esfuerzo por la comunidad, aquí siempre ha tenido puesto de métodos de planificación y de otras cosas para la gente de la comunidad, bueno pero eso era antes, ahora ya por las visitas de ustedes a casi toda la gente, para nosotros es mejor, no le miento pero de aquí de la comunidad solo de una mujer sé que no está planificando, imagínese que ahora hasta la mujer del Pastor está planificando, aquí se vino a poner la inyección de 3 meses, para nosotros han servido de mucho, han sido como una bendición para nosotros".* La Señora comento esto con lágrimas en sus ojos.
2. Ramón Marroquín, Comunidad: Colon Jubuco, ID: 163.	*"Yo a mi edad he visto muchas cosas pasar en mi vida, así se lo digo, que nunca antes me habían visitado en mi propio hogar, para mí ha sido una bendición que ustedes hayan venido, yo tengo más de 70 años algunas personas de mi edad podrán pensar que lo que hacían ustedes no era de importancia, pero yo no soy de los que piensan así, por medio de lo que aprendimos con ustedes mi esposa y yo, podemos aconsejar a otras personas más jóvenes que nosotros, aunque a nosotros no nos sirvan del todo pero yo tengo hijas, hijos, sobrinas y demás familia a quien puedo aconsejar."*
3. Rosa Ilda Hernández Comunidad: Monte Cristo, ID: 3184	Doña Rosa tiene una niña de 2 meses, cuando la visite en el hogar pregunte por ella, también por si se acordaba de los temas que hablamos en todas las consejerías y ella comento: *"Claro que si me acuerdo, eso nunca lo olvidaré, todo lo que me dijeron es cierto y más con las historias que veíamos, ya mi niña tiene dos meses y no hice las cosas que antes hacía, imagínese que así como esta y no le puse fajero, no le paso nada, antes me decían que si no le ponía que se le iba a crecer el ombligo pero ya no creo en esas cosas, mi niña está sana y eso me alegra, muchas gracias a ustedes"*
4. Don Antonio Suchite, El Porvenir ll, ID 1086	*"Me es de mucho agrado el participar de los temas que se me vinieron a impartir mes a mes, aquí en mi casa, siento que me han servido de mucho, a mis años que tengo, jamás habían venido a educar de esa forma a la casa. Solo para las políticas, o para las votaciones que venían a mi hogar, les*

	agradezco, por ese esfuerzo que hacían ustedes, esa paciencia de estar con nosotros y muchas veces creo, que hasta en más de algunos hogares no los atendían muy bien, y si los atendían eran por compromisos, yo siempre apartaba mi tiempo para poder esperarlos, aunque tuviera trabajo pero yo los esperaba, y no por pasar el paso, sino que me encantaban esa manera de enseñarnos a nosotros, estoy agradecido con ustedes. Quisiera que esto no se acabe, creo que de aquí en adelante, nos toca a nosotros poner en práctica lo aprendido, aunque ustedes no anden aquí, pero nosotros nos vamos recordar, todo aquello que nos enseñaron en los consejerías"
Feliciano Martínez ID 1093 El Porvenir I	*Don Feliciano Martínez de Porvenir I: "Todas las enseñanzas fueron especiales, ahora lo que nos queda es ponerlo en práctica porque realmente todas las conversaciones que tuvimos para mí y mi señora nos ha ayudado bastante, especialmente nuestra etapa de vida ya va para abajo, pero en nuestra familia tenemos la capacidad para orientar y es algo que no conocíamos y no sabíamos de eso. En el centro de salud dan capacitaciones cuando las enfermeras tienen tiempo y espacio disponible, pero es mejor estas enseñanzas porque las dieron personales como quien dice que va un grupo de evangelizadores a la casa a evangelizarnos, es bonito conversar frente a frente con las personas, sentir y pensar lo que las personas sienten, es bonito conversar en persona, porque si algo le cae mal a uno se lo dice frente a frente el promotor"*
Elvira León, Comunidad de Rio Blanco, ID 1229	*"Yo no sabía lo importante que eran las consejerías, pero gracias a los temas mi hijo está estudiando, ya que el promotor Abel Duarte me decía que pusiera a mi hijo a estudiar, gracias por los consejos que nos dieron".*

D) Dificultades encontradas durante la entrega de Cuadros Artísticos:

1. Al menos 15 familias en Nueva Alianza fue bien difícil encontrarlas en su hogar porque se encontraban cortando café y realizando otros trabajos, se tuvieron que seguir visitando en otros días para poder hacer la entrega del Cuadro o en algunos casos esperar a que llegaran.
2. Se encontró algunas personas adultas en los hogares con mal estado de salud, como fiebre principalmente; se buscó algún familiar del mismo hogar, para que pudiera recibir el cuadro. Se les aconsejo visitar el centro de salud.

3. En dos hogares de la comunidad de Nueva Alianza, la persona que en una de ellas era el jefe del hogar y en otro la Señora ama de casa, se escondieron al momento de la entrega del cuadro, pero se estuvo esperando hasta que salieran.
4. Calles en mal estado por motivos de lluvias (ríos hondos).

E). Fotografías representativas de la actividad:

Don Ramón y su esposa recibiendo muy alegres su cuadro artístico.

Don Leopoldo García poniendo el cuadro al momento de la entrega.

Doña Prudencia Saavedra firmando el formato de entrega de cuadros.

17.3. Diccionario de datos del sistema

C:\Users\
Lesbia_Garcia\Deskt

17.4. Visitas y Módulos COD recibidos por las familias

https://drive.google.com/file/d/1-l3R0s7RWsT6kQCv-ykmsl-F0q8TG6G_/view?usp=sharing

17.5. Cálculo de indicadores

17.5.1 Porcentaje de familias visitadas por mes

Mes	%	Todas las visitas a hogares Numerador	activas en el mes Denominador
dic-16	64	1922	3022
ene-17	118	3527	2996
feb-17	113	3342	2951
mar-17	145	4237	2921
abr-17	113	3276	2892
may-17	116	3319	2866
jun-17	117	3322	2844
jul-17	121	3399	2813
ago-17	129	3598	2798
sep-17	119	3287	2772
oct-17	116	3198	2748
nov-17	116	3144	2709
dic-17	84	2225	2663
ene-18	112	2970	2648
feb-18	110	2878	2622
mar-18	101	2632	2602
abr-18	113	2930	2584
may-18	120	3084	2563
jun-18	115	2943	2559
jul-18	118	3016	2556
ago-18	117	2978	2552

17.5.2 Porcentaje de familias visitadas en el mes donde se desarrolló la COD

Mes de Visita	% familias visitadas donde se desarrolló la COD	Numerador (visitas realiz. En el mes)	Denominador (familias activas en el mes)
dic-16	46	1388	3022
ene-17	84	2523	2996
feb-17	84	2466	2951
mar-17	120	3503	2921
abr-17	95	2756	2892
may-17	100	2855	2866
jun-17	101	2862	2844
jul-17	98	2750	2813
ago-17	108	3009	2798
sep-17	96	2648	2772
oct-17	94	2590	2748
nov-17	87	2367	2709
dic-17	56	1498	2663
ene-18	78	2055	2648
feb-18	78	2048	2622
mar-18	78	2024	2602
abr-18	89	2297	2584
may-18	94	2402	2563
jun-18	96	2447	2559
jul-18	101	2577	2556
ago-18	107	2721	2552