

Guías para el Primer Nivel de Atención de Salud  
Programas y proyectos con Base Comunitaria  
Lic. Graciela Laplacette

Buenos Aires, julio de 2007

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
ÁREA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Coordinación general  
Dra. Noemí Bordoni

Coordinación Operativa  
Lic. Elena Boschi

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL AJUNTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Coordinación general  
Dra. Daniela Daverio

Coordinación Operativa  
Dra. Isabel Duré  
Dra. Diana Basadoni  
Lic. Margarita Aulicino  
Lic. María del Carmen Cadile

Grupo de consenso  
Dra. Daniela Daverio (GCBA)  
Dra. Norma Ereñú (GCBA)  
Lic. Victoria Barreda (GCBA)

## **ÍNDICE**

### **I.- INTRODUCCIÓN**

Gestión integral y estratégica. La Planificación. La ejecución. La evaluación. Programas y proyectos.

### **II.- PLANIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN PROYECTO CON BASE COMUNITARIA.**

II. 1- Identificación, Descripción y Explicación del problema.

II. 2- Construcción de la visión: imagen o escenario futuro que se espera lograr al transformar el problema.

II. 3- Formulación de los componentes de un programa o proyecto.

1.- Antecedentes y Justificación.

2.- Caracterización del grupo destinatario y definición del marco institucional del programa/proyecto.

3.- Definición de Objetivos.

4.- Definición de Resultados Esperados e indicadores de logro.

5.- Diseño de Estrategias de Intervención, Actividades e Identificación de las instancias responsables de la ejecución.

6.- Estimación de recursos

7.- Planeamiento de la Evaluación.

### **3.- PROGRAMAS Y PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD**

Síntesis de programas/proyectos comunitarios de salud y sus resultados.

### **4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**





# GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE BASE COMUNITARIA PARA EL 1ER NIVEL DE ATENCIÓN

## 1.- INTRODUCCIÓN

La presente Guía ofrece una herramienta de trabajo para actores sociales que se desempeñan en el sector salud desarrollando intervenciones con base comunitaria. Los equipos de salud que operan en la comunidad se enfrentan a numerosos y complejos problemas que requieren propuestas integrales para enfrentarlos.

Desde nuestra perspectiva, la intervención comunitaria debería tender a la creación de ambientes propicios para que las personas puedan desarrollar todas sus potencialidades y contar con una oportunidad razonable para llevar una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses (PNUD, 1991). Desde este paradigma del Desarrollo Humano, los proyectos comunitarios potencian procesos mediante los cuales se ofrece a hombres y mujeres mayores oportunidades, entre las cuales destacan por su mayor importancia: una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente; que incluye la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo" (PNUD, 1991).

Los contextos donde se producen estas intervenciones son "escenarios turbulentos" en los que operan "diferentes fuerzas y actores sociales en campos de fuerza por donde circulan mecanismos de competencia, cooperación, coacción, influencia, conflicto, etc." (Robirosa, 1992).

Esta realidad compleja y multidimensional exige una perspectiva que la analice como construcción intercultural e interdisciplinar (Breilh, 2003) y una actitud de respeto por las diferencias sean éstas de raza, de género, u otras. Producto de las políticas sociales y económicas de los últimos años, nos enfrentamos a una sociedad fragmentada caracterizada por una espiral de creciente inequidad, que se refleja en el área de la salud en la distribución inequitativa de enfermar, morir o sufrir discapacidades, diferentes oportunidades de acceso a la atención de la salud y una inequidad en la distribución del poder y el saber, que se traduce en dificultades de algunos grupos sociales para acceder a la información, a la toma de decisiones acerca de la propia salud y la de la comunidad. (Rovere, 1999)

Los programas y proyectos comunitarios tienen como finalidad la transformación de la realidad a los efectos de mejorar las condiciones de vida de la población, partiendo de la identificación y priorización de determinados problemas para una población específica. La posibilidad de lograr sus propósitos aumenta si el equipo responsable desarrolla una gestión integral y estratégica del proyecto.

Existen diversos modelos para la formulación y ejecución de proyectos que incluyen semejanzas y divergencias. Algunos lo presentan como un proceso de gestión integrado por los momentos o procesos de la planificación, la ejecución y la evaluación (SIEMPRO/UNESCO, 1999) y otros, como el ciclo de programación con sus fases de planificación, formulación, ejecución y evaluación (PNUD/OIT, 1996). Todos coinciden en que la intervención debe ser planificada, que la ejecución es un proceso flexible que supone una adaptación de dicha planificación a la realidad emergente y que la evaluación es un proceso permanente desde el inicio hasta el final de la intervención.

### **Gestión integral y estratégica**

La evaluación de experiencias comunitarias mostró que, algunos proyectos, presentaban problemas relacionados con: a) la planificación: falta de precisión en los objetivos y resultados; falta de coherencia entre objetivos, resultados y actividades; objetivos y actividades que no se correspondían con la definición del problema; b) falta de definición de las funciones del / los responsable/s del proyecto y por tanto falta de claridad acerca de quiénes eran responsables de los errores o la falta de éxito del proyecto, y; c) ausencia de dispositivos de evaluación que permitieran identificar la relación entre lo planeado y lo ejecutado así como la evolución del proyecto durante su desarrollo. A los efectos de enfrentar estos problemas se elaboraron modelos tendientes a contar con un enfoque integral del proceso de gestión.

La gestión de un programa/proyecto es el proceso permanente destinado a generar resultados eficaces, eficientes y de calidad

que transformen las condiciones de salud de la población beneficiaria.

Se considera integral porque es un proceso que se inicia desde la identificación del problema que da origen a la intervención hasta el momento de la evaluación de los impactos en la población beneficiaria. Es integral también, en tanto articula los tres procesos de la gestión de un programa / proyecto: la planificación, la ejecución y la evaluación. Es recomendable considerarlos como procesos o momentos de un proceso más global porque no son etapas cerradas o rígidas que, una vez concluidas, no pueden ser modificadas. Por otro lado, los tres grandes momentos: la planificación, la ejecución y la evaluación se articulan íntimamente y debieran guardar una gran coherencia (SIEMPRO-UNESCO, 1999). El gran desafío es, asimismo, integrar una mirada del problema desde diversos campos disciplinarios así como la versión de los propios beneficiarios.

Algunos autores se refieren a este proceso como la gestión del ciclo de un Proyecto que incluye las fases de planificación, formulación, ejecución y evaluación, enfatizando el enfoque integral y la aplicación de un marco lógico que garantice la coherencia interna de los proyectos (OIT, 1996).

Lo estratégico en la gestión (la planificación o administración) es el reconocimiento de que los campos de intervención son socialmente producidos por la interacción de fuerzas y actores sociales. (Rovere, 1999). Cada uno de ellos, con sus propias especificidades (representaciones sociales, intereses, valores, grado de poder, etc.) operan en los escenarios de intervención y, por tanto, deben ser tenidos en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico inicial así como durante todo el proceso de desarrollo del proyecto.

El pensamiento estratégico orienta a descubrir las relaciones de determinación y condicionamiento socio-históricas en los problemas de salud para poder comprenderlos integralmente. El "objeto" de la planificación son los problemas de salud que son problemas complejos por ser parte de la realidad social, por tanto existe un cierto grado de incertidumbre que caracteriza las situaciones sobre las que se planificará una intervención. Lo estratégico supone que la planificación admita la suficiente flexibilidad para operar sobre esta realidad compleja y dinámica.

## **La Planificación**

La planificación está ligada a la idea de prever y organizar la intervención sobre una realidad para aumentar las posibilidades de éxito. En palabras de Matus, es la "reflexión que precede y preside la acción"

La planificación es un proceso que consiste en desarrollar análisis dinámicos sobre la realidad, establecer objetivos alcanzables en términos de los recursos disponibles y diseñar estrategias de acción para alcanzar dichos objetivos evaluando dicho proceso y sus resultados.

El punto de partida de este proceso en salud, es la salud de la población (Chorny, 1998) y se realiza, en forma más o menos sistemática, con el explícito propósito de intervenir exitosamente en una realidad dada (Rovere, 1999).

Si esta planificación se incorpora como una práctica sistemática se evita la improvisación, facilita la optimización de los recursos y posibilita ir reconociendo si se está en camino de alcanzar la meta deseada.

Constituye un campo de saberes y prácticas, un medio tecnológico, que busca operar sobre comportamientos sociales y que puede convertirse en una práctica social transformadora.

Los actores sociales involucrados en este proceso tienen sus propias representaciones acerca de la realidad y la forma de intervenir en ella. Por lo tanto, el proceso de planificación está socialmente condicionado por la interacción de fuerzas y actores sociales.

Conviene tener en cuenta que la planificación se realiza en un medio resistente y nunca inerte, estático o pasivo; el objeto de la planificación es una realidad en movimiento, en una dirección y con una velocidad determinadas, ya que hay en esa realidad fuerzas más potentes que otras que le han impuesto esa dirección y velocidad.

El proceso de planificación puede constituirse en uno de los vehículos de la promoción de la salud si la definición de lo que se quiere cambiar, su explicación y definición de los cursos de acción para lograrlo son construcciones colectivas acordada entre los distintos actores sociales involucrados. (Chapela Mendoza, 2001).

Esta "convergencia" acerca de la realidad que se desea modificar puede desarrollarse en distintos niveles y escenarios: el diseño de políticas (macroestructural), la planificación y programación de programas y proyectos a nivel local o la planificación y programación de programas y proyectos en un entorno organizacional (Perrone, 1996). La planificación se considera un instrumento, no un fin en sí mismo, para la transformación de la realidad en términos de mejorar la salud, la calidad de vida de

las personas y modificar la inequidad originada por condiciones sociales, económicas, de género y otras.

### **La ejecución**

El proceso de ejecución está centrado en el “hacer” y a través del mismo se cumplen los compromisos de las instancias planificadas, se implementan las actividades y se logran los resultados esperados, de acuerdo con los criterios, los tiempos, los responsables y los recursos previstos en la planificación (SIEMPRO, UNESCO, 1999).

Desde esta perspectiva de Gestión Integral, la planificación no supone una etapa terminada sino una formulación flexible que puede y debe ser modificada durante la ejecución para que responda mejor a las situaciones y condiciones internas y externas que inciden en el proyecto. En este sentido la ejecución es un proceso dinámico que supone un continuo análisis del entorno del proyecto para detectar las posibilidades y obstáculos que puedan afectar su desarrollo exitoso. Forma parte de la ejecución el rediseño de estrategias para viabilizar el logro de objetivos y resultados frente a una realidad cambiante.

El eje clave de la ejecución de un programa/proyecto es la conformación de un equipo de trabajo que se constituya desde la identificación del problema que da origen a la intervención y que continúe hasta el final de la misma.

La ejecución implica un proceso de aprendizaje que supone una permanente reflexión colectiva sobre la práctica y un proceso de toma de decisiones en función de dicho análisis en términos del cumplimiento de los objetivos, una construcción de espacios de articulación de saberes y experiencias en el que la voz de los beneficiarios debe ser escuchada.

La ejecución puede ser pensada también como un proceso permanente de negociaciones con los distintos actores involucrados, con las instancias institucionales vinculadas y con una realidad compleja y cambiante, a los efectos de producir las transformaciones necesarias para lograr los objetivos propuestos.

### **La evaluación**

La evaluación es la indagación y valoración continua de los procesos, los resultados y los impactos de la planificación y la ejecución. (SIEMPRO; UNESCO, 1999)

En la Gestión Integral; la evaluación es un proceso permanente que se inicia desde la identificación del problema que da origen al programa/proyecto y se despliega durante el desarrollo del mismo. Se articula con los procesos de planificación y ejecución ya que, se evalúa, por un lado, la coherencia interna de la formulación del proyecto y el grado de viabilidad del mismo, y por otro lado, se evalúa cómo se está ejecutando el mismo (Evaluación de proceso).

La Evaluación constituye un proceso de aprendizaje por cuanto permite que se reconozcan los logros, se identifiquen los errores y se realicen las modificaciones necesarias para garantizar la eficacia, eficiencia y calidad de los procesos y los resultados de la intervención.

La evaluación es una comparación entre lo programado y lo ejecutado y debe ser planificada con una metodología que asegure que la información obtenida es confiable ya que será el insumo para la toma de decisiones. Dicha metodología debe incluir estrategias para producir información, procesarla, analizarla e interpretarla.

La evaluación, en tanto técnica y estrategia investigativa, es un proceso sistemático de hacer preguntas sobre el mérito y la relevancia de determinado fenómeno o proyecto/programa (de Souza Minayo, 2005). El proceso evaluativo, además de la dimensión técnica tiene por finalidad la de fortalecer el movimiento de transformación a favor de la calidad de vida de las personas y la defensa de sus derechos por tanto, es también ideológico.

La Gestión Integral de un proyecto/programa requiere de una evaluación que contemple aspectos cuantitativos y cualitativos de los fenómenos a evaluar y que incorpore, a la versión de los profesionales y técnicos, la de los beneficiarios e informantes claves que estén vinculados con la comunidad.

La evaluación, al ser un proceso sistemático y riguroso de búsqueda de información que de cuenta del desarrollo de un proceso de intervención y de sus resultados, contiene un componente de investigación. Proceso éste que entendemos como una construcción participativa de evaluadores y evaluados, técnicos y beneficiarios en una tarea comprometida de mirar críticamente las intervenciones en función del logro de los cambios propuestos por el proyecto/programa. La propuesta es avanzar en la línea de lo que de Souza Minayo y colaboradores denominan “evaluación por triangulación de métodos” la que...” se fundamenta

en la teorización de contexto y del contenido del programa a ser evaluado y usa instrumentos operacionales para analizar la productividad, los efectos y el rendimiento de la intervención. Pero agrega a los otros elementos, la observación y el análisis de la dinámica visible y subyacente de los actores sociales involucrados en el procesos y sus representaciones, tanto con relación a la acción bajo examen como en el interior del propio proceso de evaluación”

### **Programas y proyectos**

Si bien la lógica de los programas y los proyectos es la misma, algunos autores señalan que ambos difieren en cuanto a que, los programas serían componentes regulares de los planes y, por tanto están incluidos en los presupuestos de las organizaciones; en tanto los proyectos responderían a problemas puntuales soportados por recursos especialmente adjudicados a los mismos.

Un proyecto tiene por objeto la realización de un conjunto de actividades interrelacionadas y coordinadas, concebidas para lograr ciertos objetivos específicos, dentro de un presupuesto y un tiempo determinados. Un programa es un marco coherente de acción para el logro de ciertos objetivos globales, que comprende conjuntos de actividades agrupados en diferentes componentes orientados hacia el logro de objetivos, es decir, son intervenciones de mayor envergadura que pueden incluir varios proyectos cuyos objetivos específicos están relacionados con el logro de los objetivos comunes superiores(O.I.T., 1996).

El programa, a su vez, es una de las unidades de un plan que es un conjunto armónico de decisiones racionales que conducen a un objetivo común (Bordoni, 2003). Un programa o proyecto bien diseñado exige un documento que haga explícita la interrelación entre los objetivos, los resultados esperados, el plan de actividades y los insumos previstos, así como el sistema de evaluación diseñado para esa intervención.

La presente guía se propone como una herramienta para facilitar la planificación y formulación de proyectos con base comunitaria, se pondrá el énfasis en este proceso y en los componentes que incluye el documento del diseño de proyectos.

## **II.- PLANIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN PROYECTO CON BASE COMUNITARIA**

La planificación es un proceso que se continúa a lo largo de la vida del proyecto y, a través del cual, se identifica el problema que le dará origen, se analizan los factores que producen el problema y se construye una imagen de futuro. En dicha imagen se plasman los cambios o efectos deseables en relación a la situación inicial que se supone modifican el problema identificado. Para el logro de estos cambios se formula el diseño del proyecto. Estratégicamente, conviene analizar previamente el grado de poder (en cuanto capacidad para movilizar actores y recursos en función de los objetivos del proyecto) que poseen las personas, grupos u organizaciones participantes, entendiendo que toda intervención social opera en un campo de fuerzas sociales con actores diversos cada uno de los cuales poseen intereses definidos que pueden ser favorables o no al desarrollo del proyecto.

### **II. 1.-Identificación, Delimitación y Explicación del problema.**

#### **Identificación y Delimitación del Problema**

El punto de partida para la planificación de proyectos comunitarios es la identificación de un problema social. Desde el marco de referencia de este documento un problema refiere a toda situación que vulnera el derecho de cualquier grupo a gozar de una calidad de vida posible.

Un problema expresa una insatisfacción, una inconformidad con la realidad presente o sus expectativas futuras. Esa insatisfacción llega a definirse como un problema cuando los actores sociales consideran que es evitable y lo reconocen como tal. Estas consideraciones reflejan el marco teórico-ideológico de los actores participantes quienes están a su vez social e históricamente condicionados, lo que genera representaciones sociales acerca de lo valioso, lo saludable, lo deseable. En este sentido, se recomienda a los equipos técnicos que se proponen una intervención comunitaria que construyan espacios de diálogo y concertación con otros actores sociales a los efectos de consensuar la definición y priorización de problemas (nos referimos a los futuros beneficiarios del proyectos así como a referentes comunitarios, informantes claves tales como docentes, líderes religiosos, etc.).

Habitualmente, las personas o grupos no definen inicialmente el problema con precisión sino que éste suele ser un proceso progresivo de delimitación. Puede ser que la población o los técnicos consideren que el problema es un tema de salud o de falta

de información; o bien suelen escucharse expresiones tales como “el problema en esta comunidad son los adolescentes” o, “las personas discapacitadas”. Este tipo de definición de problemas es ambigua y no permite operar sobre ellos.

El problema debe tener una delimitación social y geográfica, la primera hace referencia a la población que está afectada y la otra se relaciona con el espacio o ámbito geográfico en el cual se plantea el problema. Por ejemplo podríamos considerar problemas a los siguientes:

- Altos niveles de morbimortalidad infantil de niños que habitan en la villa N 20.
- Situaciones de violencia doméstica en familias que habitan en hoteles y pensiones del barrio de San Telmo, ciudad de Buenos Aires.
- Baja tasa de adherencia al tratamiento del VIH/Sida en niños de familias que viven en situación de pobreza en el área Metropolitana.

Es conveniente identificar varios problemas asociados al tema inicial y proceder a un análisis de priorización de los mismos.

Los criterios utilizados para valorar posibles problemas para ser incluidos en un proyecto de intervención pueden ser los siguientes:

- a) Población afectada: se refiere al conjunto de personas o grupos de la población que se ven afectados por el problema. En lo posible esta población debiera ser cuantificada aunque sea en forma estimada. Si bien la cantidad de población afectada es uno de los criterios a tener en cuenta, algunos problemas afectan a un número reducido de personas pero, el grado de vulnerabilidad de las mismas, justifica su priorización (es el caso en que se priorizan proyectos que afectan a los niños o a población altamente expuesta a riesgos).
- b) Ámbito de gobernabilidad: es la capacidad que tiene el equipo de gestión para incidir en el problema. Este grado de incidencia puede medirse en términos de los recursos económicos, políticos, institucionales y personales con que cuenta y las posibilidades reales de intervenir que posee (desde el punto de vista político, legal, ético, técnico).
- c) Prioridad del problema en las políticas públicas: es la importancia otorgada al problema desde las políticas de Estado.
- d) Grado de motricidad del problema. Es la capacidad que tiene un problema, al ser solucionado, para solucionar otros asociados con él (cuántos problemas se solucionan si se solucionó el problema seleccionado). Este criterio “permite seleccionar qué problema tendrá más influencia o efecto de arrastre sobre otros”
- e) Valor social del problema. Tiene en cuenta el grado de visibilidad e importancia que tiene el problema para la población. Suele ocurrir que algunos problemas se “naturalizan” y dejan de ser visualizados como tales. En estos casos es necesario un trabajo con la comunidad para hacer un análisis crítico de estas situaciones problemáticas que ponen en riesgo su salud y calidad de vida y que no siempre son reconocidos.
- f) Costo de la postergación. Es la evaluación de los efectos nocivos que podrían ocurrir de no iniciar la intervención para tratar el problema.
- g) Existe más de una solución al problema. Se visualizan dos o más formas de encarar el problema planteado aumentando así las posibilidades de una intervención exitosa.

Se construye una escala ordinal para cada una de las dimensiones consideradas a), b), c), d), e), f) y g), y se otorga un valor de esta escala a cada problema. Por ejemplo una escala con los siguientes valores 3, 2 y 1 (En la que 3 es el valor más alto), para valorar la posición del problema según la población afectada. De la misma forma se opera con las otras dimensiones y finalmente se suman todos los puntajes obtenidos por cada problema en los 6 criterios. Ese puntaje total permitirá ubicar a los problemas en un ranking.

Para definir cuál de los problemas planteados debiera ser encarado inicialmente en una intervención, conviene que se analicen estos criterios desde un punto de vista técnico y comunitario en un espacio de consenso y negociación entre el equipo técnico y la población beneficiaria.

Una vez decidido el problema que dará origen al proyecto es necesario que dicho problema sea definido y delimitado claramente para que permita formular los otros componentes del proyecto. La definición del problema significa determinar las manifestaciones del mismo, es decir su caracterización lo más precisamente posible y en términos comprensibles por todos los actores sociales involucrados en el proyecto. Para el logro de este propósito conviene revisar todas las fuentes de información

disponibles y que ofrezcan datos significativos sobre el problema seleccionado. Nos referimos a datos estadísticos disponibles así como la experiencia de los técnicos y la versión de la comunidad sobre el tema.

Es necesario definir la población afectada, dónde se encuentra y qué características tiene a partir de lo cual se está en condiciones de seleccionar la población objetivo del proyecto. Esta selección se hace en función de determinados criterios que deben ser explicitados: la edad, el sexo, la situación de pobreza, bajo nivel de instrucción, bajos niveles de salud, desocupación u ocupación inestable, etc.

A partir de allí ya puede delimitarse la población destinataria del proyecto, por ejemplo: Mujeres jefas de hogar con niños a cargo que habiten en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

Finalmente es necesario precisar lo más posible el problema en términos que sean evaluables. En la medida en que el problema sea definido en función de sus manifestaciones o rasgos podrá ser evaluada la modificación de los mismos durante el proyecto al finalizar el mismo. Dichos rasgos se expresan en indicadores que revelan cómo se comporta un fenómeno dado y sirven para medir los cambios en cantidad y calidad del problema.

Pueden ser indicadores simples tales como número de adolescentes que han desertado del sistema escolar, o indicadores compuestos tales como número de desertores sobre el total de población de 12 a 18 años de una comunidad determinada.

### **Explicación del problema**

Para iniciar la planificación de una intervención sobre un problema es indispensable hacer un análisis sobre los factores que producen dicho problema y distinguir entre aquellos factores que inciden en forma directa o indirecta.

Los factores directos son aquellos que producen en forma inmediata y sin ninguna mediación los indicadores del problema. Los factores indirectos inciden en el problema pero a través de los directos. Por último es conveniente reconocer los factores estructurales que condicionan el problema en cuestión y que son las características del sistema económico, social, político y cultural del país o de la región donde se produce el problema. Es importante tener en cuenta estos factores porque definen el contexto en el cual se desarrollará la intervención.

Se analizará la explicación del problema a través de un ejemplo:

Problema: baja adherencia al tratamiento en niños que viven con VIH/Sida.

#### **Factores explicativos directos:**

- Carencia de una dieta equilibrada en los niños afectados por el VIH/sida que dificulta la ingesta de medicación.
- Dificultades de organización familiar para la administración de medicación en horarios y dosis diversas a todos los niños del grupo doméstico
- Dudas y prejuicios respecto al tratamiento médico en los adultos responsables de los niños.
- Organización de la atención médica que no articula la atención de niños y adultos en horarios compatibles ni la resolución de atención médica con exámenes diagnósticos en el mismo centro ni en el mismo día.
- Entrega de medicación distante de los lugares donde habitan las familias

#### **Factores explicativos indirectos**

- Ingresos inestables en los jefes de hogar
- Bajo nivel de instrucción en los adultos a cargo de los niños
- Alta tasas de prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la población adulta de los grupos familiares con niños infectados, que incide negativamente en las posibilidades de organización familiar.
- Un sistema de distribución de medicamentos burocratizado y que no contempla las necesidades de las familias más vulnerables.

#### **Factores explicativos estructurales**

- Familias en situación de pobreza y marginación social que no acceden a la canasta básica de alimentos.
- Carencia de políticas sociales que atiendan las necesidades específicas de estas familias.
- Una organización del sistema de salud caracterizado por la atomización de las prestaciones.

La identificación de estos distintos factores y su caracterización facilitarán al equipo gestor del proyecto ubicar cuáles son los factores que pueden ser objeto de intervención y cuáles escapan a la órbita de su acción posible. Algunos de los factores que determinan el problema seleccionado se convertirán en los cambios que se desea producir con la intervención que se está planificando.

En el ejemplo, anterior uno de los objetivos puede estar orientado a trabajar con los familiares de los niños a los efectos de aclarar dudas y desalentar prejuicios respecto del tratamiento disponible reforzando la información acerca de sus beneficios. Otro objetivo puede ser el diseño de estrategias con las familias para asegurar la ingesta de medicación infantil en forma adecuada.

## **II. 2- Construcción de la visión: imagen o escenario futuro que se espera lograr al transformar el problema.**

Una vez identificado, delimitado y explicado el problema que da origen al proyecto de intervención, el equipo de gestión está en condiciones de construir la imagen futura que condensa todos los cambios deseables en cantidad y calidad que modificarán dicho problema. En otras palabras, la imagen o escenario futuro se define en términos de un cambio de dirección de los factores críticos del problema. Por ejemplo, si uno de los factores críticos en la adhesión al tratamiento infantil del VIH es la falta de una dieta equilibrada, en el escenario futuro se espera que todos los niños afectados tengan acceso a una dieta suficiente en cantidad y calidad. La imagen futura se define explicitando en qué forma y en qué medida cambiarán los indicadores y factores críticos del problema identificado. La comparación entre esta situación deseable y la situación real lograda al finalizar el proyecto formará parte de la evaluación del proyecto

## **II. 3- Formulación de los componentes de un programa o proyecto.**

Una vez seleccionado y definido el problema que origina el proyecto, es necesario proceder a la elaboración de un documento que contenga los elementos que den cuenta de lo que se propone hacer, quiénes participarán, cómo y cuándo se hará, con qué recursos y de qué forma se evaluará.

La formulación de un proyecto constituye la definición de objetivos y resultados, el diseño del plan de actividades, el cálculo de recursos y el diseño de un sistema de evaluación del proyecto.

### **1.- Antecedentes y justificación**

La realidad sobre la que se intervendrá es una realidad compleja y dinámica donde operan simultáneamente diversas fuerzas y actores sociales, algunos de los cuales lo harán en la dirección en que se propone el proyecto pero otros lo harán en sentido contrario. El equipo de gestión de un proyecto necesita identificar otros proyectos o programas que se estén desarrollando en la comunidad seleccionada o que hayan sido llevados a cabo anteriormente y puedan ser utilizadas como antecedentes para el proyecto actual.

Algunas de estas fuerzas pueden contribuir a consolidar la intervención que se está programando y constituyen oportunidades (por ejemplo, los programas públicos de distribución de alimentos son una oportunidad para mejorar la dieta familiar que favorece a un proyecto sobre Adhesión al Tratamiento Infantil de VIH en familias en situación de pobreza), en cambio, algunas características del programa de distribución de medicamentos ( discontinuidad en la entrega, preparaciones para adultos, lugares de distribución alejados de los barrios más pobres) constituyen amenazas que jugarán en contra de los esfuerzos del proyecto. Las oportunidades son recursos, aspectos y situaciones positivas presentes en la actualidad (o en potencia) sobre las cuales no tiene control directo la institución que planifica y que, al ser aprovechadas, potencian el alcance de su proyecto.

Es importante además, analizar los aspectos positivos ( o fortalezas) y los negativos (o debilidades) que operan directamente en el proyecto. En el ejemplo anterior, una de las fortalezas del proyecto fue que, previo a su inicio, los referentes comunitarios que trabajarían como promotores de salud ya estaban trabajando en la comunidad y conocían a algunas de las familias de los niños afectados por el VIH. Si bien su origen comunitario facilitaría su inserción en la comunidad significaba una debilidad a la hora de otorgarles un status reconocible y legítimo ante los profesionales de la salud, (que tuvo que ser construido durante el proceso del proyecto).

El objetivo de hacer este tipo de análisis previo a la intervención es el de organizar acciones tendientes a potenciar las oportunidades y fortalezas y disminuir los efectos de las amenazas y debilidades actuales o potenciales. Al identificar previamente

los programas de distribución de alimentos se diseñó una estrategia para inscribir a las familias de los niños cubiertos por el proyecto en dichos programas, de la misma forma que se trabajó con los equipos de salud para que reconocieran la tarea de nexo que desempeñarían los promotores entre el hospital y las familias, a los efectos de neutralizar la desconfianza inicial con personas que no pertenecen al sistema de salud.

Las fortalezas son recursos y situaciones positivas actuales o potenciales que están directamente bajo control de la institución o el equipo de gestión del proyecto. Esa definición y explicación de la situación no puede ser una tarea de escritorio sino más bien un diálogo fecundo de todos los actores involucrados que construyan una versión de una realidad local sobre la cual se producirá la intervención en marcada en el contexto que la contiene.

Es conveniente que se identifiquen otros proyectos, acciones o instituciones que operan en la comunidad en la que se realizará la intervención. Los objetivos de este relevamiento son:

- a) aprender de la experiencia de otros actores sociales
- b) articular acciones futuras si fuera posible
- c) evitar la superposición y optimizar recursos escasos
- d) en caso de tratarse de proyectos que no contribuyen a los objetivos del proyecto propio, tratar de negociar los espacios de acción y neutralizar los efectos negativos que puedan condicionar el logro de los objetivos.

Es importante explicitar los antecedentes y la experiencia previa del equipo de gestión y de la institución responsable del proyecto en el tema en el que se encuadra el proyecto a llevar a cabo.

Justificación

La Fundamentación o justificación de un proyecto es el conjunto de razones por las que se decide realizarlo. Estas razones pueden estar vinculadas a:

- La población beneficiaria. Puede ser que existan datos que señalen que algunas personas están expuestas a situaciones de inequidad o riesgos que el proyecto tratará de mitigar o de prevenir daños mayores. Otra razón que justifica un proyecto es una necesidad reconocida por la población y una demanda desde la comunidad para que se ponga en marcha una intervención para modificar una situación identificada como indeseable.

- La institución responsable. Puede ser una organización del sector público o de la sociedad civil que venga trabajando en el tema en cuestión y que decida desarrollar un nuevo proyecto para extender o profundizar las intervenciones anteriores.

- El contexto. Una razón que justifica el desarrollo de un proyecto es la existencia de políticas públicas sobre la temática. (El Proyecto de Actividades de Apoyo a la Prevención y el Control del VIH/Sida en la Argentina, ejecutado por un organismo intersectorial con donaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, justificó el desarrollo de proyectos comunitarios sobre la temática).

Asimismo la promulgación de legislación sobre un tema puede fundamentar el inicio de una intervención encuadrada en los términos de la ley.

## **2- Caracterización del grupo destinatario y definición del marco institucional del programa/proyecto.**

La población beneficiaria es el conjunto de personas que han sido seleccionadas para recibir bienes y/o servicios que prestará el programa/proyecto. Una vez definida la población beneficiaria del proyecto conviene que se la caracterice lo más explícitamente posible, en función de la información disponible.

Esta caracterización se facilita si el equipo de gestión ya tiene experiencia de trabajo previo con la población beneficiaria pero, si así no fuera, sería conveniente que comience a tomar contacto con la comunidad sobre la cual va a intervenir.

Definir la población significa cuantificarla (aunque sea en forma estimada) y caracterizarla en relación a aquella información que esté vinculada con el tipo de proyecto a desarrollar.

Por ejemplo, si se trata de un proyecto sobre promoción de la lactancia materna, sería conveniente contar con información acerca de las pautas culturales de la población respecto de la alimentación del lactante y la proporción de madres que

mantienen la lactancia exclusiva hasta el 6º mes del niño. A aquellas personas que participarán directamente de las acciones del proyecto se las reconoce como beneficiarios directos. Sin embargo, es probable que, la intervención sobre determinada población produzca impacto sobre otras personas. A éstas se las denomina beneficiarios indirectos y también es conveniente hacer un cálculo de los efectos posibles sobre ellas.

Por ejemplo, en un proyecto sobre derechos reproductivos donde las beneficiarias directas fueran las mujeres de la comunidad en edad reproductiva, los beneficiarios indirectos serían sus parejas y los otros miembros de la familia que, seguramente serán influenciados por los cambios de actitudes y comportamiento de las mujeres.

### **Marco institucional**

Definir el marco institucional significa explicitar cuál es la institución responsable del proyecto y quiénes son las personas involucradas en él. En otras palabras, desde qué ámbito (Hospital, Centro de Salud, Escuela o Asociación Civil) se llevarán adelante las acciones previstas y, quiénes participarán y con qué responsabilidades.

Es conveniente que se realicen acuerdos previos a la implementación del proyecto respecto de una distribución de responsabilidades institucionales (en caso que participen más de una institución) y una distribución de tareas y responsables entre el quipo de gestión del proyecto.

Una persona o un grupo debiera hacerse responsable de la coordinación del proyecto, coordinación que puede ser rotativa entre distintos miembros del equipo gestor o bien permanecer durante el proceso de ejecución.

Los proyectos que contienen más de un componente suelen reconocer responsables por componente;(por ejemplo: Responsable del área de Capacitación, Responsable del área de Investigación, Responsable del área de Atención y Responsable del área de Trabajo en la Comunidad).

Algunos proyectos (especialmente aquellos que ya tienen antecedentes de trabajos similares en la comunidad) suelen incorporar a algunos de los beneficiarios en tareas de responsabilidad dentro del equipo de gestión. En los casos en que esto sea posible facilitará la inserción del proyecto en la población beneficiaria. En otros casos, la participación de los beneficiarios puede darse en forma progresiva durante el desarrollo del proyecto. Por ejemplo, se organiza una capacitación de promotores comunitarios en las primeras etapas y, una vez formados en el tema a trabajar, dichos promotores asumen tareas de intervención multiplicando las acciones con otros beneficiarios.

Si bien esta distribución original de tareas y responsabilidades puede sufrir modificaciones en función de las necesidades de ajustar la programación para el logro de los objetivos, es conveniente que se defina antes de la ejecución de acciones.

### **3 - Definición de objetivos.**

Un objetivo refleja un logro que se desea alcanzar con la ejecución del proyecto. Se suele diferenciar entre objetivo general o central y objetivos específicos o secundarios. El primero es el enunciado que orienta de manera global la formulación del proyecto. Expresa el cambio esperado en el problema que dio origen al proyecto y es el que direcciona la ejecución del mismo.

Los objetivos generales pueden desagregarse en objetivos específicos que derivan de aquél pero que se expresan con un mayor nivel de concreción y posibilidad de constatación.

Veamos dos ejemplos en los que se puede observar la relación entre objetivo general y específicos:

#### **EJEMPLO 1**

- Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida de los niños que viven con el VIH/Sida en el partido de Moreno

- Objetivos específicos:

- 1.-Mejorar la capacidad de las familias para responder a necesidades de los niños afectados por el VIH/SIDA.
- 2.-Diseñar estrategias con los servicios de salud que faciliten acceso de niños y familiares a la atención integral de su salud.

## EJEMPLO 2

- Objetivo general:  
Contribuir a la integración del adulto mayor a la familia en el área programática del hospital Penna.
- Objetivos específicos:
  - 1.- Trabajar con los familiares sobre necesidades y capacidades propias de los adultos mayores, desalentando prejuicios y estereotipos.
  - 2.- Rediseñar con las familias una adaptación de la vivienda para facilitar la circulación autónoma y segura del adulto mayor.
  - 3.- Facilitar desde los centros de salud la atención de la población beneficiaria.

Los objetivos específicos deben estar definidos con claridad y precisión ya que en función de ellos se definirán los resultados y se programarán las actividades.

Suele confundirse la formulación de objetivos con la definición de actividades, sin embargo éstas son los medios para lograr los cambios que se expresan en los objetivos.

### 4.-Definición de resultados esperados e indicadores de logro

Los resultados son los productos que se deben producir para lograr los objetivos. Son aquellos que expresan cuantitativa y cualitativamente los cambios esperados en relación a los objetivos específicos planteados en el proyecto.

Los resultados suelen expresarse como si ya hubieran sido logrados, por ejemplo:

- Una red de referencia y contrarreferencia compuesta por 4 centros de salud y un servicio de obstetricia del hospital base capacitados y dispuestos a atender las necesidades especiales de las embarazadas adolescentes.
- Un grupo de 25 promotores comunitarios capacitados en derechos humanos y prevención de ETS y VIH/Sida.
- 4 centros de consejería sobre lactancia materna funcionando en los centros de salud del área programática del hospital Santojanni.
- Un 70% de las madres bajo programa que mantuvieron la lactancia exclusiva hasta el 6º mes del niño.

Para formular los resultados es necesario elaborar indicadores a través de los cuales se evaluará si efectivamente se alcanzaron tal como estaba previsto.

Un indicador es un rasgo, una señal que indica o identifica un fenómeno. Ese fenómeno o hecho debe ser definido conceptualmente para poder seleccionar algunos de sus rasgos o indicadores que lo representan en la realidad empírica.

En los ejemplos anteriores, una red de referencia y contrarreferencia es definida como un conjunto de efectores de salud integrado por todos los niveles de atención hasta el de mayor complejidad (en este caso, para la atención de la embarazada) que funcione en forma articulada desde y hacia la comunidad, con una especial formación en la atención de mujeres embarazadas menores de 20 años. Los indicadores serían N° y tipo de servicios que estén capacitados en la atención de adolescentes y sean "amigables" para este tipo de embarazadas.

Los indicadores simples son aquellos que se expresan en números, porcentajes o clases de personas u objetos: N° de personas que realizaron el testeo voluntario del VIH; cantidad de acciones de difusión realizadas en la comunidad; cantidad de preservativos entregados en el centro de salud, tipo de profesionales capacitados en atención de embarazadas adolescentes y con disponibilidad para su atención (obstetra y enfermera de los centros de salud, obstétrica, enfermera y médico obstetra del hospital); actividades autogestionadas por la comunidad; etc.

Los indicadores pueden ser compuestos como lo son los porcentajes, proporciones, tasas, etc. Ejemplos de ellos son: % de embarazadas que tienen control prenatal según normas; relación hombre/mujer de 1 a 1 en la toma de decisiones familiares, 7 de cada 10 niños y adolescentes recuperados en el sistema escolar.

## **5.-Diseño de estrategias de intervención, actividades e identificación de las instancias responsables de la ejecución.**

Los objetivos representan qué se desea modificar en relación al problema que origina la intervención, pero es necesario definir cómo se programa lograr dichos efectos. El cómo se lograrán objetivos y resultados está contenido en el diseño de estrategias y actividades.

Las estrategias son las grandes líneas de acción y están compuestas por un conjunto de actividades. Obviamente, las estrategias y actividades deben estar en consonancia con los objetivos específicos por cuanto son los medios para el logro de los mismos.

A modo de ejemplo mencionaremos algunas de las estrategias propuestas para el logro del objetivo mejorar la adherencia al tratamiento en niños afectados por el VIH/Sida.

### **Estrategias:**

- Fortalecimiento de las familias y redes de contención socioafectivas de los niños.
- Capacitación continua al equipo de salud en el manejo de Antirretrovirales - ARV -, tratamiento de enfermedades oportunistas y adherencia.

Las actividades son las acciones concretas que se programan para el logro de los objetivos. Una actividad se define como el conjunto de tareas que se diseñan en función de un objetivo específico en un período definido y en base a recursos previamente determinados. La tarea se diferencia de la actividad en que está contenida en ella; la tarea es una acción pequeña incluida en una actividad y, varias tareas cumplidas, completan una actividad.

Por ejemplo, la actividad "capacitación de promotores de salud comunitarios"; requiere de una serie de tareas tales como:

- Definición de un perfil del promotor que se desea convocar.
- Diseño y ejecución de mecanismos de difusión y convocatoria a los postulantes.
- Evaluación y selección de promotores.
- Diseño del programa de capacitación.
- Convocatoria a docentes.
- Identificación de las instalaciones para el desarrollo de las actividades de aprendizaje.
- Organización y evaluación de cada encuentro de aprendizaje.
- Evaluación de los resultados de la capacitación en los participantes.

Para el diseño de las actividades es conveniente considerar las oportunidades identificadas en el diagnóstico inicial, es decir, los otros programas/proyectos que se están desarrollando en la zona, las acciones que se están ejecutando y las organizaciones que las realizan, los recursos humanos y materiales disponibles y que pueden ser utilizados para la intervención que se está proyectando.

En este momento, como en otros de la planificación y ejecución de proyectos, es necesario que el equipo de gestión desarrolle acciones de negociación con las instituciones y equipos responsables de los otros programas a los efectos de poder articular acciones y optimizar los recursos disponibles.

Una vez seleccionada las acciones a llevar a cabo se diseña el Plan de Actividades que consiste en una descripción detallada de todas y cada una de las actividades.

En esta descripción conviene que se explicita para cada actividad cuál (o cuáles) es el objetivo específico que se pretende lograr con la acción, quiénes son los destinatarios de la misma, con qué frecuencia se realizará la actividad y cuál será su duración, qué lugar e instalaciones serán utilizadas, cuál será la metodología con que se desarrollará el evento, qué recursos se utilizarán (personales y materiales) y qué dispositivos de evaluación se prevén para valorar los resultados.

Es importante que cada actividad tenga un responsable que pueda dar cuenta de la misma y que figure en el Plan de Actividades. Esta es una de las decisiones que deberá ir tomando el equipo de gestión durante la etapa de planificación y formulación del

proyecto y que se reconoce como asignación de responsabilidades.

A esta altura se debe realizar la evaluación de la coherencia interna del proyecto. El propósito de esta evaluación es analizar si existe una coherencia entre los objetivos específicos, los resultados y las actividades diseñadas para su logro. El Cuadro de Correspondencia es una herramienta útil para valorar la coherencia interna que estamos planteando.

A modo de ejemplo se transcribe un cuadro de correspondencia de un proyecto de salud sexual y reproductiva cuya población beneficiaria está constituida por un grupo de mujeres de entre 15 y 60 años de un barrio de la ciudad de Buenos Aires.

OBJETIVOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES
1.-Sensibilizar a las mujeres acerca de sus derechos en salud sexual y reproductiva	1.1.- 250 mujeres informadas y sensibilizadas acerca de sus derechos sexuales y reproductivos e informadas acerca del uso de métodos anticonceptivos.	1.1.1.-Talleres sobre derechos humanos y reproductivos y salud de la mujer. 1.1.2.-Distribución de Folletos
2.-Facilitar el acceso a la atención médica y a la obtención de los métodos anticonceptivos en las mujeres del barrio	2.2.-150 Mujeres que eligen un método y lo efectivizan 2.3.- 200 mujeres en edad reproductiva con control de salud adecuado.	2.2.1.-Ampliación del horario de atención del centro de salud. 2.2.2.- Atención integral a mujeres en edad reproductiva por equipo formado en salud reproductiva. 2.2.3.-Distribución gratuita de preservativos y métodos de anticoncepción hormonal 2.2.4.- Colocación de dispositivo intrauterino

## 6.- Estimación de recursos

Los recursos son los medios necesarios para la realización de las actividades.

Los recursos podemos clasificarlos en:

- Humanos
- Materiales
- Temporales
- Financieros

Los recursos humanos son todas las personas que participarán en el proyecto incluyendo a la coordinación, profesionales y técnicos, referentes comunitarios, etc. Cuando se hace la estimación de los recursos humanos es necesario especificar el tipo de personal requerido, la cantidad de personas en horas/individuo y las funciones a realizar por cada uno.

Los recursos materiales pueden ser divididos en dos grandes grupos:

- Bienes de capital que serán utilizados para el desarrollo de las actividades: Instalaciones, equipamiento, móviles.
- Insumos o bienes de consumo que se requieren para las acciones del proyecto y que incluyen una amplia gama de recursos: alimentos, medicamentos, insumos de librería, insumos informáticos, insumos comunicacionales (tarjetas telefónicas, por ejemplo) y otros (según el tipo de proyecto se necesitarán determinados insumos, por ejemplo en uno referido a derechos sexuales y reproductivos probablemente se soliciten preservativos y otros métodos anticonceptivos).

La estimación de recursos conviene que sea lo más exhaustiva posible, lo que evitará la carencia de insumos básicos a la hora de realizar las actividades.

Existen varias formas de estimar recursos, pero una primera mirada que puede dar el equipo que está formulando un proyecto es identificar los recursos que ya posee, los que debe conseguir y, dentro de éstos las fuentes posibles de provisión de los mismos.

### Tabla de Identificación de Recursos

RECURSOS DISPONIBLES	A CONSEGUIR	FUENTES
Personales		
Médico obstetra Enfermera	Promotores de Salud	Asociaciones y grupos de la comunidad
Materiales	Insumos para control de la natalidad.	Secretaría de salud
Instalaciones del centro de salud Equipamiento para la atención de la embarazada	Materiales de difusión	Secretaría de la Mujer UNICEF

Otra herramienta que permite estimar el recurso tiempo es el Cronograma de Actividades que se construye en un cuadro de doble entrada que combina el listado de las actividades con el tiempo en que se espera serán realizadas.

Las unidades en que se dividirá la variable tiempo dependen de la duración de un proyecto. Si el plazo es de un año, es conveniente que se lo divida en meses, pero si es un lapso menor, puede estimarse en semanas u otra división temporal que permita estimar mejor el momento en que se desarrollará cada actividad.

El Cronograma de Actividades se puede diseñar como el modelo que aquí se presenta y se completa señalando en las celdas correspondientes el momento en que se ejecutará la actividad.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Selección de promotores	x												
Taller de Capacitación		x	x										
Acciones en comunidad				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Este cronograma puede ser completado con el nombre del responsable de cada actividad de manera tal que, en una sola matriz se tenga toda la información necesaria para evaluar el proceso de la intervención. También puede utilizarse una modalidad para marcar en el cronograma de actividades aquellas que ya fueron ejecutadas (Con un color diferente o un signo distinto al de las programadas pero no ejecutadas aún).

Otra forma de estimar los recursos necesarios es calcular todos los que se requieren para llevar a cabo cada una de las actividades. Una tabla de estimación de recursos por actividad se construye listando las acciones y calculando la cantidad y tipo de recursos humanos y materiales que se requieren para su implementación.

La estimación de los recursos humanos se realiza en términos de horas/hombre. A modo de ejemplo se propone la siguiente tabla:

### Tabla de estimación de recursos por actividad

ACTIVIDADES	RECURSOS
1.- Taller de Capacitación de Promotores	<b>Personales:</b> 40 horas de Coordinador; 32 horas Docentes; 16 horas de Apoyo Administrativo; <b>Materiales:</b> Salón para encuentros de la Asoc. Vecinal; 20 kits de materiales para los promotores (20 cuadernos, 20 lapiceras, 20 módulos sobre el tema); 200 fotocopias; 160 refrigerios para participantes
2.- Acciones de difusión en la comunidad	<b>Personales:</b> 20 Promotores comunitarios capacitados (1.440 hs. promotor); 72 hs coordinador del trabajo comunitario; 36 hs. de Apoyo administrativo <b>Materiales:</b> 720 Viáticos para promotores; 1000 folletos de difusión; 300 Planillas para registro y evaluación de acciones comunitarias

En el ejemplo anterior, el cálculo de los recursos humanos se realizó de la siguiente forma:

Para la actividad Taller de Capacitación, el coordinador de taller que será responsable de esta actividad y que se desarrollará en 8 encuentros de 4 hs. cada uno, deberá disponer de las 36 horas para participar de estos encuentros a las que se agrega 4 hs más destinadas a la organización del taller.

Las horas docentes se estiman en función de la totalidad de horas de capacitación programadas. Dichas horas pueden corresponder a más de una persona ya que, es posible que se convoque a distintos docentes según los temas a trabajar. El perfil de cada docente deberá estar explicitado en la descripción detallada de la actividad Taller de Capacitación.

Las horas de apoyo administrativo se estimaron en base a un promedio de dedicación de dos horas por semana durante los dos meses que dura el taller. Con el mismo criterio se estimaron las horas/personal de la segunda actividad. En este caso se estimaron las horas promedio que cada promotor dedicará a la actividad comunitaria por semana (2 hs.), multiplicándola por los 9 meses de duración de la actividad (total 72 hs) y multiplicando el total de horas por el número de promotores (20) lo que resulta en un total de 1.440 hs/promotor.

En cuanto a los recursos materiales, en la primera actividad, los refrigerios se calcularon multiplicando la cantidad de encuentros de capacitación (8) por el número de promotores (20) resultando en un total de 160 refrigerios.

Los viáticos fueron calculados en función de las veces que cada promotor debe salir a trabajar a la comunidad por mes (en este caso son 2 veces por mes y se estimaron dos viajes por persona, uno de ida y otro de vuelta para cada salida, lo que significan 4 viáticos por persona) y la cantidad de promotores (20) por la cantidad de meses que realizarán esa tarea (según el cronograma son 9 meses):  $4 \times 20 \times 9 = 720$  viáticos. Los folletos se estimaron en función de los requerimientos que se espera para poder cubrir con este insumo a las personas que participarán en las actividades comunitarias.

### Presupuesto

El presupuesto es una herramienta que permite tener un estimado del costo del proyecto y se construye adjudicándole un valor a cada recurso.

Existen diversos tipos de presupuesto según se tome la variable que se seleccione como ordenadora:

#### a) Presupuesto por actividad

Este presupuesto organiza los costos estimando los recursos que se necesitaran para el desarrollo de cada actividad. En cada uno de los rubros a estimar es necesario identificar el valor unitario del insumo, la cantidad a utilizar y un subtotal del costo de la actividad. Utilizando el ejemplo anterior podríamos calcular el costo de la actividad Taller de capacitación de la siguiente forma:

ACTIVIDADES	DETALLE DE INSUMOS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL	
I-TALLER DE CAPACITACIÓN	Coordinador de taller	\$ 30/h	40 horas	1.200	
	Docentes	\$ 25/h	32 horas	800	
	I.-1 Recursos Humanos	Apoyo Administrativo	\$ 15/h	16 horas	240
I.-2 Materiales	kits de materiales	\$ 5	20	100	
	Fotocopias	\$ 0,10	200	200	
	Refrigerios	\$ 3	160	480	
Subtotal de Actividad				\$ 3.020	
II ACCIONES DE DIFUSION	Reconocimiento/ Promotores.	\$ 10/h	1440	14.000	
	II.1.-Personales	coord. campo	\$ 20/h	72	1.440
		Apoyo administrativo	\$ 15/h	32	480
II.2 Materiales	Viáticos Promotores	\$ 3	720	2.160	
	Folletos de difusión	\$ 2 c/u	1000	2.000	
	Planillas para registro	\$ 0.50	300	150	
Subtotal de Actividad				\$ 20.230	
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>				<b>\$ 23.250</b>	

#### b) Presupuesto por rubro

En el presupuesto por rubro se reordenan los costos según determinados rubros: Horas profesionales, horas promotores, Viáticos. Insumos de librería, etc. Los rubros considerados presupuestables dependen de la fuente financiadora. En el siguiente ejemplo se han utilizado los mas habituales pero pueden incluirse otros tales como alquileres o compra de equipamiento, adquisición de móviles, insumos especiales (alimentos, medicamentos, vacunas, jeringas descartables, preservativos, u otros que se justifiquen por el tipo de proyecto).

RUBRO	SUBTOTAL
Horas profesionales (de capacitación, sistematización, evaluación , etc.)	\$ 3.440
Horas promotores (participación en capacitación, elaboración de materiales, evaluación e intervención en campo)	\$ 14.000
Viáticos Promotores	\$ 2160
Insumos de librería, etc.*	\$ 100
Fotocopias**	\$ 350

Edición de materiales de difusión y promoción (cartillas, folletos, manuales, etc)	\$ 2000
Refrigerios	\$ 480
Apoyo administrativo	\$720
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>	<b>\$ 23 250</b>

\* En los insumos de librería se incluyeron los kits para los participantes.

\*\* En fotocopias se sumaron las que figuraban como tales y los \$150 para las planillas.

### **c) Cronograma financiero**

En el Cronograma financiero se distribuyen los gastos a lo largo del tiempo que durará el proyecto. Con el mismo esquema con que se construyó el cronograma de actividades se listan en la columna de la izquierda todos los rubros a presupuestar (se hace una lista de actividades y debajo de cada una se ubican los recursos humanos o materiales requeridos para cada actividad), en las columnas siguientes que se corresponden con los meses que durará el proyecto (en el caso de un proyecto a un año) se van ubicando los valores que se adjudicaron a cada rubro.

Si se lee el cronograma financiero bajo la columna de un mes, por ejemplo del mes de junio, se obtendrá un subtotal de todos los gastos que deberán hacerse durante ese mes.

## **7.- Planeamiento de la evaluación**

La evaluación es un proceso permanente y continuo de indagación y valoración del proceso de formulación, ejecución y resultados de un proyecto. Desde esta conceptualización la evaluación conviene que sea aplicada al proceso de formulación del proyecto, a la ejecución así como a los resultados.

En la planificación tradicional solo se consideraba necesario evaluar los resultados finales pero, desde el marco de la planificación estratégica, se evalúa el diseño del proyecto antes de su implementación, se incorpora la evaluación de proceso y se evalúan resultados.

Desde esa perspectiva, la evaluación tiene un carácter pedagógico ya que, los resultados que producen las instancias evaluativas, debieran ser utilizados como material de aprendizaje para el equipo de gestión y todos los participantes.

Por otro lado, los resultados de las evaluaciones (especialmente la evaluación de proceso) debieran estar en función de modificar el curso de acción en términos de ajustar las acciones del proyecto a los cambios operados en el contexto o para adecuarlas a las necesidades de los beneficiarios. En este sentido, la evaluación no es una fiscalización o una actividad de mero control sino un proceso que permite, a los actores involucrados, aprender y adquirir experiencia de lo planificado y actuado a los efectos de optimizar el proyecto y garantizar el logro de los objetivos.

La evaluación de programas y proyectos puede operar como un proceso de aprendizaje institucional y generar información relevante para la toma de decisiones de los distintos actores con la finalidad de mejorar la calidad y la eficiencia de los resultados.

La finalidad de la evaluación es generar información, conocimiento y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes para garantizar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los procesos, los resultados y los impactos de programas / proyectos.

El proceso evaluativo se inicia desde el momento en que se identifica el problema que da origen al proyecto y acompaña la vida del mismo hasta su finalización. Desde el marco teórico que encuadra esta guía, la evaluación debiera ser responsabilidad primaria del equipo de gestión, fundamentalmente la evaluación continua, pero en las instancias de evaluación conviene que se incorpore la valoración que los beneficiarios hacen de actividades y resultados.

Algunos proyectos cuentan con una instancia evaluadora externa que corresponde a evaluadores que no pertenecen al equipo de gestión ni a los participantes. La tendencia actual en evaluación de proyectos/ programas es una valoración integral de la situación de partida y de los resultados finales así como del proceso, articulando diversos métodos y actores en una tarea

complementaria y dialéctica que puedan dar cuenta de la complejidad que los procesos sociales.

Algunos autores (de Souza Minayo y col.-2005) proponen una evaluación por triangulación de métodos, que integra el análisis de las estructuras, de los procesos y de los resultados, con la comprensión de las relaciones implicadas en la implementación de las acciones y la visión que los actores diferenciados construyen sobre el proyecto: su desarrollo, las relaciones jerarquizadas y técnicas. Además de incluir los aspectos cualitativos en la evaluación introduce la visión de los beneficiarios y otros actores involucrados en el proyecto. Los abordajes cuantitativos permiten dimensionar y cuantificar los datos de proceso y de resultado y los cualitativos son apropiados para profundizar la historia, captar la dinámica relacional de tipo jerárquica, entre pares o con la población comprender las representaciones y los significados que los actores atribuyen a las acciones y sus resultados.

Existen distintos momentos en que se desarrolla la evaluación: en el inicio fundamentalmente se evalúa si el proyecto es viable; en el medio-término, resultados parciales; y al final, resultados finales e impacto. Durante el desarrollo del proyecto se realiza la evaluación de proceso.

#### **a) Evaluación de la formulación del proyecto**

Este tipo de evaluación pone el énfasis en la forma en que ha sido diseñado el proyecto. Fundamentalmente se propone evaluar el grado de posibilidad real de que el proyecto se lleve adelante (viabilidad). En este sentido se tienen en cuenta los recursos existentes en relación con los objetivos planteados en el tiempo disponible.

Otro aspecto que se evalúa en la formulación de un proyecto es la coherencia entre objetivos, actividades y resultados (que se resume en el Cuadro de Correspondencia).

Asimismo se valora el grado de adecuación entre la definición y explicación del problema con los objetivos y resultados planteados. Corresponde a este tipo de evaluación analizar si las estrategias de intervención se corresponden a) con los objetivos planteados y b) con las características de la población beneficiaria.

Por último, es fundamental valorar en esta instancia si, las acciones de negociación necesaria han sido desarrolladas con éxito y si, siempre que sea posible, están los acuerdos y autorizaciones refrendadas en forma escrita. Estos acuerdos facilitan el desarrollo de las acciones pero, de no haberse negociado oportunamente, pueden constituirse en obstáculos a sortear cuando el proyecto esté en marcha.

#### **b) Evaluación de proceso**

La finalidad de esta evaluación es constatar la ejecución de los componentes del proyecto. Si los objetivos y resultados se están cumpliendo en el tiempo y la forma programados, si los recursos asignados están siendo utilizados de acuerdo a lo programado, si se está cumpliendo el cronograma de actividades, si se está ejecutando el presupuesto según el cronograma financiero.

En este tipo de evaluación es importante registrar no solo lo que se está ejecutando según lo programado sino también lo que no se está pudiendo ejecutar y analizar las razones de dicha modificación. Asimismo, es importante evaluar si, los objetivos, resultados o actividades que no han podido ejecutarse tal como estaban planeadas han sido redefinidos, han sido postergados o definitivamente eliminados.

Desde el marco de la planificación estratégica se reconoce la necesidad de flexibilidad en la ejecución de las acciones programadas pero los cambios deben ser debidamente justificados.

**El Monitoreo** forma parte de la evaluación de proceso y consiste en el análisis periódico para establecer el grado de cumplimiento en tiempo y forma de las tareas, actividades y productos.

#### **c) Evaluación de resultados**

La evaluación de resultados consiste en dimensionar, cualitativa y cuantitativamente, las diferencias entre el momento inicial y los logros alcanzados al final de una intervención. Su objetivo es indagar si el programa/proyecto modificó las condiciones de vida de la población beneficiaria en relación con el problema que le dio origen. Cabe recordar, como señala de Souza Minayo que, aunque formalmente se da por finalizada una intervención, el carácter complejo y provisorio de los procesos sociales dificulta la evaluación exhaustiva de los cambios ocurridos. Más aún, las limitaciones de las herramientas con que contamos para medir todos los efectos ocurridos, pueden no valorar parte de estos cambios o sólo hacerlo parcialmente. Algunos efectos

sólo se pueden apreciar a lo largo del tiempo, por tal motivo, algunos autores diferencian entre el concepto de resultados ( para referirse) a los efectos medibles al finalizar un programa/proyecto) impacto (para referirse a los efectos a largo plazo que sólo podrían ser valorados después de un período no menor a los seis meses posterior a la finalización de la intervención).

Los resultados a evaluar deben ser previstos en el diseño del programa/proyecto y formulados en forma clara y medible. Para su medición es necesaria o hacerlo parcialmente la construcción de indicadores que den cuenta de los efectos esperados en cada etapa del proyecto y al finalizar el mismo.

### **Momentos metodológicos de la evaluación**

Como ha sido dicho anteriormente la evaluación es un proceso permanente y continuo de indagación y valoración de distintos aspectos del proyecto y de los procesos de planificación y ejecución.

Para que esta indagación sea valedera debe ser construida con la mayor rigurosidad científica posible.

Toda evaluación de programa / proyecto requiere de cinco grandes momentos (SIEMPRE/UNESCO, 1999):

- 1) El diseño de la indagación incluye la definición de qué, cuándo y cómo se desea evaluar. Es el momento metodológico en el que se plantean las preguntas claves respecto de que se quiere valorar del programa / proyecto. Una vez definido lo que se desea evaluar es necesario identificar los indicadores (los datos) a través de los cuales se medirán los aspectos a evaluar. Asimismo es necesario identificar las fuentes de datos y los instrumentos de relevamiento de dicha información. Por otro lado hay que decidir cuando (periodicidad del relevamiento) y quién o quiénes serán responsables de esta actividad. En este diseño debe incluirse un plan para procesar, analizar e interpretar la información relevada. Los aspectos a evaluar que interesan en los proyectos sociales se refieren tanto a la magnitud como a la calidad de los hechos, lo que supone que se diseñen indicadores que den cuenta tanto de aspectos cuantitativos como cualitativos de la realidad a evaluar. Un indicador es una señal que indica que algo esta ocurriendo. La selección de estos datos se realiza en función de una definición del fenómeno a evaluar. Por ejemplo si lo que necesito evaluar es el control prenatal en embarazadas, debería utilizar como referencia las normas de atención perinatal que definen lo que se considera un control prenatal como adecuado en términos de la oportunidad de inicio y frecuencia del mismo. Entonces el indicador será N° de embarazadas que iniciaron el control prenatal durante el primer mes de embarazo y lo sostuvieron con una periodicidad mensual hasta el último mes en el que realizaron dos controles. Algunos indicadores son simples, ( por ejemplo, número de personas capacitadas) y otros son compuestos ( por ejemplo, la relación entre las personas que incorporaron conductas de cuidado de su salud sobre el total de personas que participaron en las acciones de capacitación).
- 2) Relevamiento de la información: en base a los indicadores diseñados oportunamente y los instrumentos construidos a tal fin se procede al relevamiento de la información. Durante el desarrollo del proyecto es posible que se produzcan hechos no previstos que ameritan ser incluidos en la evaluación y por tanto se deberán seleccionar indicadores para su medición. El relevamiento de información requiere de personas especialmente entrenadas para el manejo de los instrumentos diseñados con ese propósito.
- 3) Ordenamiento y procesamiento de la información: es la instancia destinada a ordenar y sistematizar los datos relevados. Esta tarea supone ordenar la información en forma cronológica así como en relación a otros parámetros tales como lugar e instancia en que fuera recogida y en función de cada uno de los aspectos que se están evaluando. Para resolver este proceso existen herramientas tales como matrices de datos, tipologías y otros.
- 4) Análisis e interpretación de la información: a través de métodos cuantitativos (estadísticos) o cualitativos. Se procede a describir, relacionar, comparar, explicar los datos relevados.
- 5) Valoración y toma de decisiones: el equipo de gestión y los participantes del proyecto en base a los resultados del análisis e interpretación de los datos relevados, toman decisiones respecto de la marcha del proyecto (si es una evaluación de proceso) o evalúan los efectos de la intervención (si es una evaluación de resultados o de impacto). En este momento se producen informes de evaluación parciales, si se trata de una etapa del proyecto y, final si se elabora al término del lapso programado.

La evaluación de los beneficiarios es una instancia que debe estar presente en el diseño a los efectos de que sea realmente efectivizada. Es responsabilidad del equipo de gestión habilitar espacios para que dicha evaluación se produzca en forma sistemática.

### **3.- PROGRAMAS Y PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD**

Para facilitar la comprensión de los contenidos desarrollados anteriormente se presentaran algunos ejemplos. Uno de ellos es una síntesis de la formulación de un proyecto y el otro incluye resultados preliminares de un proyecto en ejecución.

#### **Proyecto I**

Tema: Calidad de vida en adultos mayores

Definición del problema y caracterización de la población objetivo:

El aumento de la longevidad se acompaña de un incremento de la prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por incapacidades. La mayor prevalencia de incapacidad como consecuencia de la enfermedad y la necesidad de mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal, justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados.

En 1959, la OMS afirmó: «La salud del anciano como mejor se mide, es en términos de función», siendo la capacidad funcional un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades. “La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales”.

Aunque la edad mayor de 65 años constituye un elemento importante, resulta insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma. Así el término «fragilidad» aparece como determinante fisiopatológico básico, que se define como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasia del organismo que se produce con el envejecimiento, influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades agudas o crónicas, hábitos tóxicos, desuso, condicionantes sociales y asistenciales. A partir de un umbral determinado, la fragilidad comporta una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un incremento del riesgo de desarrollar deterioro funcional con la consiguiente dependencia en las actividades de la vida diaria en última instancia la muerte.

La prevención de caídas en la población anciana es una recomendación grado A. Se considera anciano de alto riesgo de caídas a los mayores de 75 años, o de 70-74 años con uno o más de los siguientes factores: alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, uso de ciertos medicamentos psicotropos o cardiológico (benzodiazepinas, antihipertensivos...) y uso de 4 o más medicamentos.

Además de los problemas de salud que pueden generar estas caídas en los adultos mayores, se incrementan los problemas de la familia que los tiene a su cargo.

La población objetivo son ancianos que habitan en el área del Cesac N° 34 que incluye un grupo de alta heterogeneidad en cuanto a edad y procesos salud-enfermedad. Conviene trabajar en la participación activa de los familiares y/o cuidadores en la adopción de medidas preventivas de caídas en los ancianos.

#### **Justificación**

En Argentina la expectativa de vida es de 72,7 años y se estima que la población mayor de 60 años aumentara un 16 % para el año 2025. Es importante resaltar que en los grupos de edad avanzada el aumento de la presencia femenina es muy destacado. Según la Asamblea Mundial para el Envejecimiento, la población mundial se triplicara entre 1950 y el 2052, pero que los gerontes se quintuplicara. Este fenómeno es característico de los países desarrollados.

El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad, no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional; y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. La valoración del riesgo individual, seguida de intervenciones múltiples sobre el entorno familiar, vivienda y el mismo paciente son eficaces.

Hasta el momento se demostró que el ejercicio físico, sobre todo con entrenamiento para el equilibrio, es eficaz para disminuir el riesgo de caídas asociado a otras intervenciones, pero queda por conocer con qué intensidad, frecuencia y duración es efectivo.

Se recomienda aconsejar al anciano y sus cuidadores sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo extrínseco medioambiental, sobre el ejercicio, principalmente de entrenamiento para la mejora del equilibrio y el control y ajuste de la medicación.

CUADRO DE CORRESPONDENCIA		
Objetivos	Resultado	Actividades
1-Capacitar a la familia sobre acondicionamiento de la vivienda.	1.1-Población con conocimiento de formas de acondicionar la vivienda.	1.1.1-Actividades comunicacionales sobre acondicionamiento de viviendas para ancianos en salas de espera, en centros de salud, en centros culturales, centro de jubilados. 1.1.2-Citas programadas para familiares en el Centro de salud. 1.1.3-Visitas domiciliarias
2-Promover la ejercitación física.	2.1-Un grupo de (aprox. 100) personas de tercera edad con fortalecimiento muscular y mejora del equilibrio.	2.1.1-Actividad de ejercitación física para la tercera edad en centro de Jubilados del barrio.
3-Evitar polimedición innecesaria.	3.1-Usos racionales de medicación en familias con personas de tercera edad (aprox. 70 familias)	3.1.1-Control de salud y atención médica de 100 personas en el centro de salud N° 34 3.1.2-Actividades de Consejería a familiares y ancianos.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
111- Actividades comunicacionales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.1.2-Citas programadas				x	x	x	x	x	x			
1.1.3-Visitas domiciliarias				x	x	x	x	x	x	x	x	
2.1.1- Actividad Física			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3.1.1. Control y Atención Médica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3.1.2-Consejería				x	x	x	x	x	x	x	x	

## Plan de actividades

### 1.1.1- Actividades comunicacionales.

Esta actividad resume un conjunto de acciones con diversas modalidades: talleres, actividades de difusión institucional y actividades de comunicación a través de medios de comunicación barrial. A modo de ejemplo se desarrollará el taller destinado a familiares y ancianos.

#### Taller sobre prevención de caídas

- Responsables: Residentes de 2º,3º y 4º año de la Residencia de Medicina Familiar.
- Duración: una vez al mes, 2 hs. cada encuentro.
- Lugar: centro de jubilados del barrio
- Contenidos: Factores de riesgo de caídas y posibles medidas de prevención Hipotensión postural: Elevar la cabecera de la cama, medias que mejoren el retorno sanguíneo, sustitución o supresión si es posible de los

fármacos que contribuyan a la hipotensión sistólica.

-Uso de benzodiazepinas: Uso adecuado de hipnóticos y sedantes, buscar causa de insomnio, medidas no farmacológicas, uso de hipnóticos o sedantes en forma discontinua, de vida media corta.

-Uso de medicamentos: Necesidad de control médico sistemático del tratamiento

-Alteraciones en la marcha, el equilibrio y musculatura: Utilización de adecuados sistemas de apoyo (bastón, andador), ejercicios de entrenamiento para caminar. Ejercicios de estiramiento, equilibrio y resistencia, de desarrollo progresivo. Correcciones protésicas o quirúrgicas. Cuidado diario de los pies, durezas y deformidades.

-Consulta al podólogo y uso de plantillas.

-Alteraciones visuales y auditivas: Iluminación de los espacios evitando sombras, y encandilamientos, interruptores de la luz accesibles a la entrada de las habitaciones, en el baño, pasillos y dormitorio.

-Adecuación de la vivienda: Suelos, Escaleras, Mobiliario, Cuarto de baño. Utilizar no deslizantes, evitar alfombras y si las hubiera con bordes y esquinas adheridas al suelo, poco gruesas. Eliminar objetos del suelo y cables.

-Las escaleras: Siempre iluminadas, escalones de altura máxima de 15 cm., con fondo y borde resaltado y en buen estado. Pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera.

En el mobiliario: Utensilios de uso diario siempre a mano, evitar alturas, cerrar siempre cajones. Armarios con puertas corredizas. Sillas con reposabrazos para apoyarse al levantarse, de respaldo alto, sin ruedas. Camas anchas de altura adecuada. Evitar muebles bajos. En el baño: Asideros con sujeción en baño, ducha e inodoro, alfombras o suelos antideslizantes en baño y ducha. Puerta de abertura al exterior y sin cerraduras.

### **1.1.2-Citas programadas para familiares**

Periodicidad: 1 vez por semana, por espacio de 1 h. 30 minutos dedicados a cada familia.

Contenidos: -Consejería con los temas trabajados en el taller y dificultades del familiar o cuidador con respecto al cuidado y tratamiento del anciano.

Responsables: residentes de 2º y 3º año, de la residencia de Medicina Familiar.

### **1.1.3-Visitas domiciliarias**

Periodicidad: 2 veces por semana, 1 h. cada vez.

Contenidos: -Evaluación de iluminación de la vivienda.

-Evaluación de la disposición espacial de los muebles y de los pisos

-Consejería domiciliaria a ancianos, familiares y cuidadores.

Responsables: residentes de 4º año de la residencia de Medicina Familiar y promotores de salud entrenados en salud de la tercera edad.

### **2.1.1-Actividad física**

Lugar Centro de Jubilados del barrio

Duración: 2 veces por semana, 1 h. cada encuentro.

Contenidos: -Yoga.

-Tai chi chuan.

-Gimnasia para la tercera edad.

Responsables: profesores de educación física especializados en el trabajo con personas de tercera edad.

### **3.1.1-Control de salud y atención médica de 100 personas en el centro de salud N° 34**

Periodicidad: 3 vez por semana, 3 horas de atención por día

Responsables: residentes de 2º y 3º año, de la residencia de Medicina Familiar, que atenderán rotativamente uno por vez.

### **3.1.2-Actividades de Consejería a familiares y ancianos.**

Responsables: promotores de salud del centro de salud previamente entrenados en la temática y que vienen trabajando con esta población hace 5 años con la supervisión técnica de los profesionales del centro.

Frecuencia: 3 veces por semana coincidiendo con el horario de atención médica y se desarrollará en la sala de espera.

### **Sistema de evaluación**

Para evaluar el proceso se trabajará con indicadores que valoren la incorporación de pautas en las familias tendientes a mejorar los niveles de salud de los ancianos y prevenir sus caídas. Algunos de los indicadores a utilizar son: N° de familias que participan de las acciones comunicacionales, N° de personas de tercera edad que participan de et acciones, N° de consultas para control de salud en esta población, N° de beneficiarios que desarrollan regularmente actividades físicas, N° de ancianos que participaron en acciones de consejería y tipo de consultas mas frecuentes.

Por otro lado se hará un monitoreo de todas y cada un de las acciones: N° de familias visitadas, calidad de los registros relevados en las familias, N° y tipo de consejería realizadas, cantidad y tipo de consultas de médicas a personas de tercera edad. En cada actividad se implementara un dispositivo para relevar la opinión de las personas involucradas respecto de las acciones. La evaluación de resultados se implementara a través de algunos de los siguientes indicadores:

Tasa de caídas en personas de tercera edad del barrio.

- Porcentaje de viviendas acondicionadas para las personas de tercera edad
- Porcentaje de beneficiarios que incorporaron la actividad física en forma rutinaria
- Porcentaje de beneficiarios que modificaron el esquema de medicación evitando la polimedicación.

### **Proyecto II**

Título del Proyecto: Niños y Adolescentes en situación de pobreza afectados por el VIH/SIDA

Directora del Proyecto: **Graciela Laplacette**

Equipo de gestión: Haydee Rodríguez, Mónica Besada, Natalia Suárez, Victoria Sánchez Antelo.

Proyecto financiado por e Fondo Global en el marco del Proyecto de Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/ Sida en la Argentina, desde la: Asociación Civil "La Calle Larga"(Laprida 298, Avellaneda – Pcia. Bs. As. CP (1870)

Población Objetivo: Niños, adolescentes y sus familias en situación de pobreza afectados por el VIH/SIDA de las zonas sur y norte del conurbano bonaerense.

Localización Geográfica: Conurbano Bonaerense, zona sur (Lanús – Avellaneda) y la zona norte (San Martín y San Fernando)  
Duración Estimada: 1 año.

Monto total del proyecto (incluyendo otras fuentes): \$ 70.000.-

Monto solicitado para el primer año: \$ 61.345,00.-

Breve descripción del proyecto (hasta 20 renglones)

Este trabajo apunta a fortalecer el estado de salud y la calidad de vida de las familias que tiene a su cargo niños y/o adolescentes de 0 a 15 años viviendo con el VIH/SIDA en situación de pobreza. Consideramos prioritario el trabajo con esta población, ya que experiencias anteriores señalan que son familias con alto grado de vulnerabilidad social: por su situación de pobreza, cada familia tiene más de un miembro viviendo con VIH/SIDA, tienen dificultades para acceder a los servicios de salud y a una alimentación adecuada. Además se ha observado en estas familias un alto grado de desafiliación social lo que aumenta su vulnerabilidad.

Se realizará un estudio sobre las condiciones de vida, proceso salud-enfermedad/atención de los niños, adolescentes y sus familias afectados por el VIH/SIDA. Se buscará diseñar estrategias con los servicios de salud y los familiares que faciliten una atención integral de su salud. Para tal fin se registrarán las estrategias exitosas desarrolladas por los servicios de salud e identificación de los núcleos conflictivos en la atención de los niños y familiares.

A los fines de fortalecer y revincular a los familiares se construirá un espacio de referencia en cada una de las zonas los cuales quedarán funcionando como servicios de conserjería, para lo cual se capacitará a familiares y voluntarios. Estas personas capacitadas desarrollaran acciones difusión de mensajes de prevención de VIH/SIDA entre las familias afectadas por el mismo, durante las cuales se distribuirán preservativos y folletos. Durante el segundo año se implementarán las estrategias diseñadas y consensuadas con los familiares que serán evaluadas. Posteriormente se extenderá la propuesta a otras zonas del conurbano bonaerense.

## **I. PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA Y CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DESTINATARIO**

La situación de la epidemia hoy muestra que el SIDA es cada vez más una enfermedad vinculada a la pobreza y tiene, entre sus más importantes y preocupantes consecuencias la cantidad de niños y niñas que han quedado huérfanos y/o que viven con el VIH/SIDA.

Según un informe de ONUSIDA, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, existen en el mundo, aproximadamente, 13.2 millones de huérfanos, muchos de los cuales puede que también sean personas viviendo con VIH/SIDA. Las estimaciones realizadas para la Argentina señalan que para el año 2005 la cifra de niños huérfanos de entre 0 y 14 años será de 41.000, 33.000 de padre, 10.000 de madre y 3.000 de ambos.

En el mundo, los niños menores de 15 años representan el 7,5% (3 millones) del total de las personas que viven con VIH/SIDA y respecto de las muertes por SIDA el porcentaje de menores asciende al 20,0% (580.000 casos) del total.

En la Argentina, desde el primer caso registrado hasta la actualidad, son 1502 los casos que corresponden a niños de 0 a 13 años con VIH/SIDA, la mayoría de los cuales son menores de 5 años (1.171 casos). A diferencia de lo que ocurre entre los mayores de 13 años, estos han recibido el virus por vía vertical o perinatal (96,0% de los casos).

La Declaración de Compromiso emitida por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 2001 estableció, entre otros puntos, dos metas concretas respecto de los niños afectados por el VIH/SIDA:

-Los países miembros formularán políticas y estrategias nacionales que fomenten y fortalezcan la capacidad del gobierno, la comunidad y la familia para apoyar a los hermanos y a los niños infectados con el VIH/SIDA y afectados por la enfermedad para el 2003.

-Los países miembros pondrán en práctica estas políticas y estrategias para el 2005. Si no existiera el VIH/SIDA el porcentaje de niños y niñas que son actualmente huérfanos disminuiría, sin embargo, las estimaciones de ONUSIDA señalan que se espera un aumento.

### **La problemática del SIDA en la población infantil**

Los niños afectados por el VIH/SIDA enfrentan el duelo por la pérdida de uno o de ambos progenitores, el miedo al futuro, la separación de hermanos, la preocupación ante el empeoramiento de las condiciones económicas de los hogares en los que viven y la discriminación y el aislamiento relacionados con su condición de personas viviendo con el VIH/SIDA.

Ahora bien, dijimos que, el VIH/SIDA es, hoy en día, una enfermedad que es a la vez causa y resultado de la pobreza. La pobreza esta vinculada a una nutrición inadecuada, a la dificultad de acceso a servicios de salud, a menores oportunidades de educación e información, de vivienda, de vestimenta, etc.

Las condiciones materiales de vida de niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA están condicionando sus posibilidades de atención de la salud y calidad de vida. La Argentina cuenta con un Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA que provee la medicación a personas viviendo con el VIH/SIDA. Sin embargo el acceso a servicios de salud y a la medicación es insuficiente si los niños viven en familias que no acceden a la canasta básica de alimentos.

El trabajo realizado por La Calle Larga, que incluyó la realización de 55 entrevistas a familias en las que había por lo menos 1 niño de entre 0 a 8 años con VIH/SIDA, nos permitió comenzar a conocer las condiciones en las que viven ellos y sus familias y las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud y/o a un tratamiento oportuno. A continuación se presentan algunos datos:

-Son hogares de escasos recursos y con serias dificultades para poder obtener ingresos fijos y constantes, buena parte de los adultos son desocupados y los que tienen trabajo, están ocupados en empleos precarios; muchos realizan changas y otros son beneficiarios de planes de empleo transitorios.

-Son hogares numerosos y con una elevada proporción de menores, lo cual influye negativamente en la capacidad de obtener ingresos.

-Por último, en muchos hogares se había producido el fallecimiento de por lo menos 1 familiar portador del VIH/SIDA.

Las familias deben enfrentar diversos problemas, que de una forma u otra y con diversa intensidad, dificultan el tratamiento y afectan negativamente la calidad de vida de los niños y adolescentes.

Uno de los problemas de estas familias es cuando nace un hijo de madre VIH a quien se le indica la suspensión de la lactancia materna y se le prescribe la utilización de fórmulas lácteas que son altamente costosas.

Vinculado al tratamiento, los exámenes de testeo o los de rutina, plantean nuevos desafíos a estas familias numerosas que deben trasladarse hasta centros de atención médica o diagnóstico lejanos a su domicilio.

Si bien la entrega de medicamentos a las personas viviendo con el VIH/SIDA esta garantizada por ley, se han observado dificultades con las entregas y, en especial, en el caso de los niños se presentan dificultades con las modalidades de presentación de los medicamentos que no están adaptadas a las necesidades infantiles.

Los familiares manifiestan la necesidad de apoyo y contención emocional así como de un asesoramiento específico para un mayor conocimiento de las necesidades de estos niños y modalidades de resolución de situaciones cotidianas.

Por todo esto creemos que los familiares de niños de hasta 15 años afectados por el VIH/Sida, que viven en situación de pobreza, requieren del desarrollo de acciones concretas, acordes a su situación, que les permitan, por un lado resolver lo concerniente a la alimentación y a la medicación, dos elementos que ocupan un lugar central en la vida cotidiana de estos hogares y en las estrategias familiares puestas en funcionamiento para darles respuesta; y, por el otro lado, promover espacios de contención y de capacitación en los que los familiares y voluntarios puedan incorporar estrategias y/o herramientas de intervención comunitaria que les permitan dar respuesta a la problemática psicosocial relacionada con el VIH/SIDA.

Si el familiar, o el voluntario, es incorporado a un proyecto de prevención comunitaria es posible que desarrolle su potencial solidario compartiendo sus experiencias con otras familias que estén en su misma situación, tanto en las cuestiones que hacen al auto-cuidado, cuidado de otros, como en la gestión de recursos en la sociedad.

### **Área geográfica**

Durante el año del proyecto se trabajara con dos zonas del Conurbano Bonaerense: Zona Sur (fundamentalmente Lanús, Avellaneda y Lomas de Zamora, con el apoyo del Servicio de Pediatría del Hospital "Evita" de Lanús) y Zona Norte (fundamentalmente San Fernando, Tigre y San Isidro, con el apoyo del Servicio de Infectología del Hospital "Cordero" de San Fernando).

### **Grupo al que se dirige el proyecto**

Familias en situación de pobreza que habitan en el Área Metropolitana de Buenos Aires y que tienen uno o más niños y/o adolescentes de hasta 15 años afectados por el VIH/SIDA.

La identificación de estas familias se hará a través de algunos de los servicios de las zonas seleccionadas, en el área Sur el Hospital Evita de Lanús, el Hospital P. de Elizalde y en la Zona Norte los hospitales de San Isidro, San Fernando y, en ambas zonas a través de los referentes comunitarios..

### III. CUADRO DE CORRESPONDENCIA

OBJETIVOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES
1) Identificar y describir las condiciones de vida, necesidades y oportunidades de acceso a la salud de niños y adolescentes de 0 a 15 afectados por el VIH/SIDA y que viven en situación de pobreza	1.1) Un informe por zona sobre condiciones de vida, proceso salud–enfermedad/atención del VIH/ SIDA de los niños de hasta 15 años afectados por el VIH/sida y sus familias.	1.1.1) Diseño teórico metodológico del estudio 1.1.2) Trabajo de campo con familias. 1.1.3) Análisis de datos y elaboración del informe final
2) Diseñar estrategias con los servicios de salud que faciliten el acceso de niños y familiares a la atención integral de su salud.	2.1) Un Documento por zona en el que se registren y analicen las estrategias exitosas desarrolladas por los servicios de salud e identificación de los núcleos conflictivos en la atención de los niños y familiares.  2.2) Un conjunto de estrategias con-sensuadas para mejorar la calidad de atención de personas conviviendo con VIH/SIDA	2.1.1) Contacto con los servicios de salud de las zonas seleccionadas. 2.1.2) Relevamiento de estrategias de los servicios que facilitan la atención de niños y familiares afectados por el VIH/SIDA y de los obstáculos institucionales que afectan su atención.  2.2.1) Diseño de estrategias de atención de la salud consensuadas entre miembros del equipo de salud, familiares y otras instituciones involucradas.
3) Mejorar la capacidad de las familias para responder a las necesidades de los niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA.	3.1) Capacidad instalada en cada una de las zonas como referencia para familias con niños con VIH (dos servicios de conserjería funcionando)  3.2) 20 Consejeros promotores (10 por zona) capacitados en consejería, desarrollo infantil, para llevar a cabo acciones de conserjería y de difusión - 400 personas cubiertas por acciones de consejería. - 1.200 preservativos entregados durante la consejería. - 400 folletos entregados - 36 acciones de difusión comunitaria. - 540 personas participantes de acciones de difusión. - 540 folletos entregados - 1620 preservativos entregados	3.1.1) Conformación de un espacio comunitario en cada una de las zonas seleccionadas destinado a familias de niños y adolescentes con VIH/SIDA  3.2.1) Taller de Capacitación para familiares y voluntarios en Derechos Humanos, Nutrición, Crecimiento y Desarrollo Infanto-juvenil, Prevención, Reinfeción.  3.2.2) Realización de actividades de consejería por parte de los consejeros promotores capacitados. Distribución de preservativos y folletería.  3.2.3) Acciones de difusión en temas de salud para familiares y cuidadores de niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA; con distribución de preservativos y folletería

**Detalle de las actividades** (Para hacer más ordenada su lectura se describirán las actividades por objetivo)

**1) Identificar las condiciones de salud y calidad de vida de los niños y adolescentes para lo cual se llevará adelante un estudio de investigación.**

Con las actividades 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3 se propone realizar el diseño metodológico (en los dos primeros meses). Se definirán y diseñarán los instrumentos de recolección de datos más adecuados. El relevamiento de datos será llevado a cabo por profesionales de La Calle Larga en colaboración con las consejeras promotoras en la convocatoria a las familias. Se cumplimentará entre los meses 3 y 8 del proyecto. Por último, el análisis, interpretación de datos e informe de resultados será organizado por los profesionales y validado por los consejeros promotores. Se llevará a cabo durante los últimos cuatro meses del proyecto.

**2) Diseñar estrategias con los servicios de salud que faciliten el acceso de niños y familiares a la atención integral de su salud.**

Las actividades propuestas son: a) la identificación de los servicios de salud que operan en el área y el registro de las modalidades de atención integral de niños y adolescentes, incluyendo los trámites necesarios para su concreción, las derivaciones para resolución de determinados diagnósticos y/o tratamientos, la provisión de medicamentos, fórmulas lácteas, etc. b) la identificación de todas las situaciones que impiden o dificultan el acceso a la atención.

A tal efecto se diseñará una planilla para el relevamiento de estos datos que serán obtenidos a través de informantes claves que se desempeñan en los servicios de salud y de los usuarios de los mismos y c) a partir de los resultados, se confeccionará un informe que resume las estrategias exitosas para la atención de niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA y señalando los obstáculos identificados en las instituciones. Las actividades se realizarán durante los 3 primeros meses y serán llevadas a cabo por el equipo de profesionales que colabora en el proyecto (trabajadores sociales, médicos, sociólogos).

**3) Mejorar la capacidad de las familias para responder a las necesidades de los niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA.**

Para la conformación de un espacio comunitario (3.1.1) se deberá realizar previamente un relevamiento, en cada una de las zonas, con el fin de detectar espacios físicos que reúnan las siguientes condiciones: a) que sea accesible para las familias de estos niños; b) que esté ubicado en una zona con mayor densidad de población con estas características y c) que sea un espacio adecuado para el desarrollo de actividades de consejería y actividades de difusión.

Una vez identificados los posibles espacios de encuentro, se negociará con las personas responsables de los mismos a los efectos de acordar su utilización para el desarrollo de las actividades planeadas.

**• Taller de Capacitación para Consejeros Promotores (3.2.1)**

**Objetivos:** Capacitar a las personas convocadas en temas de Derechos Humanos, Proceso salud-enfermedad de niños y adolescentes, nociones de prevención del VIH/SIDA y las ETS, a los efectos que actúen como consejeros promotores.

**Coordinación:** profesionales responsables del Proyecto

**Docentes:** equipo interdisciplinario compuesto por médicos, trabajadores sociales, psicólogos sociales, sociólogos y nutricionista.

**Perfil de los participantes:** se convocará a familiares de niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA estén o no infectados, también se podrán incluir otras personas viviendo con el VIH/SIDA, o referentes comunitarios que estén interesados en trabajar en consejería y promoción de la salud con esta población.  
Se estima que participen un promedio de 10 personas por zona.

**Duración:** 8 encuentros de 3 hs. cada uno.

**Contenidos:** Algunos de los contenidos trabajados serán Derechos del Niño y el Adolescente, cuestiones vinculadas a la Discriminación, Crecimiento y Desarrollo Infante-Juvenil, Sexualidad, Hábitos Saludables, Nutrición. Prevención de ETS, SIDA y Adicciones, Estrategias de Comunicación interpersonales y grupales, manejo de la entrevista, Adhesión al tratamiento, cuestiones vinculadas con la aparición del diagnóstico de VIH, uso del preservativo, reinfección y formas de evitarla, etc.



3.2.1) Taller de Capacitación para familiares y voluntarios en Derechos Humanos, Nutrición, Crecimiento y Desarrollo Infanto- juvenil, Prevención, Reinfeción.										
3.2.2) Realización de actividades de consejería por parte de los consejeros promotores capacitados. Distribución de preservativos y folletería.										
3.2.3) Acciones de difusión en temas de salud para familiares y cuidadores de niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA; con distribución de preservativos y folletería										
Monitoreo										
Evaluación										

## V. PRESUPUESTO

### Presupuesto por actividades

Coordinación del proyecto: 960 horas profesionales \$ 18/h total \$ 17 280

ACTIVIDADES	CONCEPTO	VALOR UNITARIO EN \$	CANTIDAD	SUBTOTAL A EN \$	SUBTOTAL B EN \$
Coordinación del proyecto por 12 meses		17,50	960	16.800	16.800
1.-Estudio niños y adolescentes Diseño metodológico Relevamiento de datos Análisis de resultados Informe de Resultado	Horas profesionales	35,00	292	10.220	13.248
	Horas desgravación	10,00	100	1.000	
	Fotocopias	0,15	300	45	
	Viáticos Profesionales	5,00	50	250	
	Resma Papel	12,00	4	48	
	Biromes	1,00	10	10	
	Lápiz Negro(HB)	1,00	10	10	
	Goma de borrar lápiz	0,50	10	5	
	Carpetas	3,00	10	30	
	Cartucho impresora	75,00	4	300	
	Cassettes de 90 min.	4,00	100	400	
	Pilas Tipo AA (paquetes de 4 unidades cada uno)	8,00	50	400	
	Grabadores tipo periodista	150,00	2	300	
	CD-virgen para grabar información	1,00	10	10	
	Diskettes (Caja de 10u)	10,00	2	20	
	Tarjeta telefónica	20,00	10	200	
	2.-Diseño de estrategias con los servicios de salud Relevamiento de estrategias Análisis de resultados Reuniones equipo profesional/ promotores para diseño de estrategias (6)	Horas profesionales	35,00	126	
Viáticos Profesionales		5,00	15	75	
Fotocopias		0,15	200	30	
Viáticos para 20 promotores para 6 reuniones		2,50	120	300	
Refrigerio para 20 promotores para 6 reuniones		3,00	120	360	
Horas Data entry	10,00	100	1.000		

3.- Identificación de lugares	Viáticos Profesionales	5,00	20	100	100
	Horas docentes	30,00	56	1.680	
4.- Capacitación a consejeras	Reconocimiento a 20 consejeras por mes durante 2 meses	35,00	40	1.400	4.212
	Refrigerios para 20 promotores, uno por cada encuentro, 8 encuentros	3,00	160	480	
	Viáticos a 20 consejeras por 8 encuentros	2,50	160	400	
	Biromes	1,00	20	20	
	Resma	12,00	1	12	
	Carpetas	3,00	20	60	
	Sets de Material didáctico	10,00	16	160	
	Reconocimiento a 20 consejeras por mes durante 10 meses	35,00	200	7.000	
5.- Acciones de consejería	Viáticos a consejeras	2,50	240	600	8.390
	Preservativos	0,25	1.200	300	
	Fotocopia de folletos	0,30	300	90	
	Tarjeta telefónica	20,00	20	400	
6.- Acciones de difusión	Reconocimiento de 20 promotoras por mes durante 9 meses	35,00	90	3.150	3.897
	Preservativos	0,25	1.620	405	
	Fotocopia de folletos	0,30	540	162	
	Viáticos Promotoras	2,50	72	180	
7.- Monitoreo	Horas profesionales	35,00	60	2.100	2.619
	Fotocopias	0,15	300	45	
	Viáticos Profesionales	5,00	50	250	
	Resma Papel	12,00	2	24	
	Cartucho impresora	75,00	2	150	
	Diskettes (Caja 10u)	10,00	2	20	
	Carpetas	3,00	10	30	
8.- Evaluación	Horas profesionales	35,00	70	2.450	2.904
	Fotocopias	0,15	200	30	
	Viáticos Profesionales	5,00	40	200	
	Resma Papel	12,00	2	24	
	Cartucho Impresora	75,00	2	150	
	Diskettes (paquetes de 10)	10,00	2	20	
	Carpetas	3,00	10	30	
Gastos operativos	Gastos bancarios	1.300,	1	1.300	3.000
	Gastos de contador	1.700	1	1.700	
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 61.345</b>

## Resumen presupuesto por rubro

RUBRO	SUBTOTAL EN \$
Horas profesionales (para la formación de multiplicadores, elaboración de materiales, evaluación y supervisión de intervención en campo)	37.660,00
Viáticos y pasajes profesionales	875,00
Horas promotores (participación en capacitación, elaboración de materiales, evaluación e intervención en campo)	11.550,00
Refrigerio y viáticos del equipo de participantes	2.320,00
Insumos de librería, etc.	2.683,00
Edición de materiales de difusión y promoción (cartillas, folletos, manuales, etc.)	252,00
Alquiles o adquisición de equipos (videos, fax, TV., computadoras)	300,00
Preservativos masculinos	705,00
Otros (especificar, no consignar como varios o eventuales)	
Horas desgrabación 100	\$ 5.000,00
Gastos bancarios	
Gastos de contador	
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>	<b>\$ 61.345,00</b>

## VI. EVALUACIÓN

A lo largo del año se prevé realizar el monitoreo y la evaluación del proyecto (ver cronograma de actividades). El monitoreo es una evaluación que se realiza durante la ejecución del proyecto y consiste en la realización de un examen continuo o periódico de la manera en que se están ejecutando cada una de las actividades previstas.

La finalidad del monitoreo es la de asegurar que las actividades programadas, los tiempos estipulados y los resultados esperados se cumplan conforme a lo previamente establecido (cuadro de correspondencia y cronograma de actividades)

Para llevar a cabo el monitoreo se deberá desarrollar un sistema de información que nos permita testear para cada actividad el logro de metas o la identificación de las dificultades o desvíos producidos en cada una de ellas. Se utilizará un registro de actividades que incluya datos sobre:

- cantidad y tipo de participantes
- desarrollo de las tareas programadas (horario, objetivos propuestos, metodología, etc.)
- desempeño de los responsables
- resultados obtenidos.

Esta información será registrada en una planilla ad hoc elaborada oportunamente y que será cumplimentada por el responsable de la actividad y/o el monitor. El monitoreo deberá dar cuenta del desarrollo del proyecto teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- a) Proceso: se evaluará si las actividades, los procedimientos y los materiales fueron los adecuados para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Ej.
  - cantidad de tareas y actividades programadas con relación a las ejecutadas,
  - cumplimiento de los objetivos del curso taller, distribución de la cantidad de preservativos proyectados, formación de consejeros, distribución de folletos
  - estrategias consensuadas para mejorar la calidad de atención de personas viviendo con VIH

b) De producto: se evaluará si se logran, mediante las actividades propuestas, los resultados esperados. Ej.

- un informe por zona sobre condiciones de vida, proceso salud– enfermedad / atención de los niños de hasta 15 años afectados por el VIH y sus familias.
- un Documento por zona en el que se registren y analicen las estrategias exitosas desarrolladas por los servicios de salud e identificación de los núcleos conflictivos en la atención de los niños y familiares.
- un conjunto de estrategias consensuadas para mejorar la calidad de atención de personas conviviendo con VIH/ SIDA
- Capacidad instalada en cada una de las zonas como referencia para familias con niños con VIH (dos servicios de conserjería funcionando)
- 20 Consejeros promotores (10 por zona) capacitados en consejería, desarrollo infantil, para llevar a cabo acciones de conserjería y de difusión

**Informes de monitoreo:** se elaborara un informe mensual acerca de las actividades implementadas, las que no se pudieron realizar y las razones y las decisiones tomadas al respecto, los recursos involucrados, las prestaciones realizadas (especificando cantidad y calidad de las mismas), la cobertura alcanzada con cada una y los resultados obtenidos en cada una de ellas. Para la realización del monitoreo se utilizarán fuentes de datos primarias.

La tabla que se presenta a continuación sintetiza la modalidad de realización del monitoreo para cada una de las actividades propuestas.

ACTIVIDADES	MONITOREO Y EVALUACIÓN
1.1.1) Diseño teórico metodológico del estudio	<p>Diseño teórico-metodológico que contenga la pregunta de investigación , los objetivos, marco teórico, instrumento de recolección de datos testeado y aspectos de validación. Coherencia interna y viabilidad.</p> <p>La evaluación de la actividad estará a cargo del Director del Proyecto y equipo de gestión con participación de los referentes del sistema de salud.</p> <p>Dicho diseño deberá esta concluido y testeado al término del 2º mes del proyecto.</p>
1.1.2) Trabajo de campo con familias	<p>Monitoreo del trabajo de campo.</p> <p>Se controlará que se apliquen las técnicas de relevamiento establecidas. Se tomará registro de los obstáculos que se presenten en la etapa de terreno y la decisiones que se tomen para resolver los mismos.</p> <p>Se relevará una planilla con datos verificables pero que guarden la identidad de las familias. Junto con la misma se entregarán los cassettes con la grabación de dichas entrevistas.</p> <p>Tiempo de finalización de la etapa: al término del 8º mes desde el inicio del proyecto</p>
1.1.3) Análisis de datos y elaboración del informe final	<p>Un informe donde se responda a los objetivos propuestos, previo pasaje por el proceso de validación, un análisis de los datos relevados y un diagnóstico de la situación. El cual será entregado al finalizar el 12º mes del proyecto</p>
2.1.1) Contacto con los servicios de salud de las zonas seleccionadas	<p>Listado de servicios de salud que atiendan a niños afectados por el VIH/SIDA que contenga datos específicos de cada servicio (horarios, nombre del Prof. a cargo, días de atención, etc), Esta lista deberá estar confeccionada al término del 2º mes del proyecto.</p>

Además del monitoreo se realizará la evaluación del proyecto, la que incluirá una evaluación de proceso y una evaluación final de resultado.

La evaluación de proceso será trimestral y se realizará sobre la base de los informes de monitoreo, a los que se les agregará la evaluación que del proyecto realiza la población destinataria del mismo con relación a los siguientes aspectos: a) si los objetivos y metodologías empleadas se adaptan a las necesidades de los participantes; b) si la organización (horarios, frecuencia, lugar de realización, etc.) es el mas adecuado para la población destinataria, c) opinión de los destinatarios respecto de la calidad y

cantidad de las prestaciones recibidas.

En función de los tres objetivos específicos diseñados y sus respectivos productos se realizara al finalizar el proyecto la evaluación de resultados. La cual tiene como finalidad evaluar la efectividad, la eficacia y la eficiencia del proyecto.

La evaluación final nos permitirá evaluar en qué medida se alcanzaron los objetivos previstos, cuáles han sido los efectos, buscados y no buscados, atribuibles al proyecto.

Es importante remarcar que los resultados obtenidos en el relevamiento de datos acerca de a) las condiciones de vida, necesidades y oportunidades de acceso a la salud de niños y adolescentes de 0 a 15 afectados por el VIH/SIDA y que viven en situación de pobreza y b) las estrategias de los servicios que facilitan la atención de niños y familiares afectados por el VIH/SIDA y de los obstáculos institucionales que afectan su atención, nos permitirán construir una línea base sobre la cual poder analizar y/o comparar los resultados obtenidos en el primer año de ejecución del proyecto.

Objetivos	Indicador	Fuente de recolección de datos	Instrumento de recolección de datos
1) Identificar y describir las condiciones de vida, necesidades y oportunidades de acceso a la salud de niños y adolescentes de 0 a 15 afectados por el VIH/SIDA y que viven en situación de pobreza	Monto del ingreso familiar Tipo de vivienda Nivel de instrucción de los miembros del hogar Acceso al alimento Acceso a test diagnósticos Acceso a atención médico / psicológica Acceso a medicamentos Grado de adherencia al tratamiento . Concepciones acerca del VIH/Sida y del TARV Si existe develamiento del diagnóstico a niños y adolescentes	Fuente de datos primaria. Familiares de los niños y/o adolescentes que viven con el VIH/SIDA	Entrevista estructurada. Abordaje cuantitativo: composición del hogar y datos demográficos. <hr/> Abordaje cualitativo: percepción del proceso salud-enfermedad. Relato acerca de diagnóstico inicial y tratamiento actual. <hr/> La misma se realizará al adulto familiar o no que este a cargo del niño-adolescente VIH
	2) Diseñar estrategias con los servicios de salud que faciliten el acceso de niños y familiares a la atención integral de su salud.	Estrategias exitosas desarrolladas por los servicios de salud e identificación de los núcleos conflictivos en la atención de los niños y familiares. <hr/> Estrategias consensuadas para mejorar la calidad de atención de personas conviviendo con VIH/SIDA	a) Fuente de datos secundaria: bibliografía específica, documentos de trabajo o investigaciones de terceros sobre el tema.
b) Fuente de datos primaria Registro de todas los centros médicos de la zona que atienden niños y adolescentes VIH			b) Planilla de registro en la que se consignen los hospitales y servicios de salud vinculados a la atención de niños y adolescentes con VIH/SIDA
c) Fuente de datos primaria: Informantes claves del sistema de salud			
		Profesionales de la salud involucrados en la atención de niños y adolescentes que viven con el VIH/sida. <hr/> Voluntarios que participan de acciones de prevención del VIH/ SIDA o que colaboran con las PVVIH/Sida	Entrevista semiestructurada. Se confeccionarán entrevistas específicas para cada uno de los actores involucrados.

	20 Consejeros promotores capacitados en consejería, desarrollo infantil, para llevar a cabo acciones de consejería y de difusión	Los promotores consejeros.	Encuestas a los consejeros: al comenzar la capacitación (evaluación diagnóstica inicial) y al finalizar la capacitación.
3) Mejorar la capacidad de las familias para responder a las necesidades de los niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA.	400 personas cubiertas por acciones de consejería	Las personas que participaron	Observación no participante de las acciones de consejería y encuestas a los participantes, las mismas evaluarán a los consejeros e indagarán acerca del impacto de las acciones en los participantes.
	36 acciones de difusión comunitaria.	Las personas que participaron, los consejeros que las organizaron.	Observación no participante de las acciones de difusión. Registro del impacto de las acciones de difusión en las 540 personas participantes.
	540 personas participantes de acciones de difusión		Encuestas a participantes de los talleres y planillas de sistematización de actividades.

## VII. MARCO INSTITUCIONAL Y GERENCIAMIENTO

La Calle Larga es la institución receptora de los fondos y su presidenta la responsable legal del manejo de los mismos. El diseño y gestión del proyecto será llevado a cabo por un equipo de profesionales interdisciplinario vinculados a la asociación civil La Calle Larga. La capacitación de los promotores consejeros y el asesoramiento permanente de las acciones de consejería serán desarrolladas por el equipo de gestión y los referentes de los servicios de salud del Hospital Evita de Lanús, Cordero de San Fernando. Las acciones de consejería serán responsables los familiares y voluntarios capacitados.

El diseño de estrategias para mejorar el acceso a la salud de los familiares será un producto del trabajo cooperativo entre los referentes del sistema de salud, los familiares y voluntarios y el equipo técnico de La Calle Larga. Las acciones de monitoreo y evaluación serán responsabilidad del equipo técnico de La Calle Larga.

## VIII. SUSTENTABILIDAD DEL PROYECTO

El proyecto que proponemos permitirá dar cuenta de las condiciones de vida y de acceso a la salud de los niños y adolescentes de 0 a 15 años de edad que tienen VIH/SIDA y diseñar estrategias de intervención de los servicios de salud que faciliten el acceso de estos niños y adolescentes y sus familiares a una atención integral de su salud. Todo esto permitirá mejorar la capacidad de las familias con relación a la atención de las necesidades de los niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA.

### La realización del proyecto a nivel local le permitirá a la población disponer de:

- El diseño y puesta en marcha de estrategias de intervención acordes a las condiciones socioeconómicas y socioculturales de la población seleccionada. Dichas estrategias se elaborarán teniendo en cuenta las propuestas de los profesionales y de los familiares de los niños y adolescentes que tienen VIH/SIDA.
- Un espacio comunitario en cada una de las zonas seleccionadas destinado a familias de niños y adolescentes con VIH/SIDA, con capacidad instalada para la atención médica y para la realización del tratamiento y con personal capacitado en servicio de consejería al cual poder recurrir. En dicho espacio comunitario vinculará a las familias, a la comunidad, a las áreas del Municipio vinculadas a la problemática, a efectores de salud locales.

## **IX. RESULTADOS PRELIMINARES**

El proyecto se está ejecutando desde septiembre de 2003. Hasta la fecha se han capacitado 20 promotores de salud que se desempeñan en el área geográfica definida para el proyecto con el asesoramiento y apoyo permanente del equipo de gestión.

Se han instalado 3 centros de consejería, funcionan en forma permanente atendidos por los promotores en salud: Uno en el hospital de San Fernando, otro en el hospital de Lanús y el tercero en el centro de salud del Barrio Los Ceibos (Lanús) y realizan un promedio de 200 consejerías al mes a personas vinculadas con el cuidado y atención de niños afectados por el VIH/Sida.

Se trabajó en el diseño de estrategias para mejorar la accesibilidad a la atención de estos niños en dos hospitales que los atienden: Hospital Cordero (San Fernando) y Evita (Lanús).

En el primero de estos hospitales se logró construir un espacio de diálogo sistemático entre el equipo de atención y los promotores de salud (una vez por mes) durante los cuales se intercambia información acerca de las familias con niños y adolescentes con VIH, se discuten estrategias para facilitar su acceso y adhesión al tratamiento. Asimismo, existe un trabajo coordinado de nexos entre los profesionales del servicio de pediatría y las familias a través de los promotores.

En este hospital y, atendiendo a las necesidades de las familias, se reorganizaron las tomas de muestra para exámenes de CD4 carga Viral en un solo día, derivando posteriormente las muestras en los casos en que los análisis así lo requieran pero evitando que sea la familia la que se traslade.

En el hospital Evita se han diseñado medidas de organización internas de la institución a los efectos de facilitar que las familias puedan resolver las necesidades de atención médica, psicológica, realización de exámenes el mismo día que concurren al hospital.

Ambos servicios colaboran con los promotores de salud y el equipo de gestión de este proyecto a los efectos de agilizar los trámites para la atención de los niños, conectarlos con los beneficios sociales disponibles (por ejemplo el programa de distribución alimentaria implementado por el Programa Provincial de VIH/Sida)

Durante la ejecución se detectó alguna resistencia de los familiares para concurrir a los espacios de consejería barriales para evitar se los identifique como familias con personas viviendo con el VIH/sida. Para sortear este obstáculo se diseñó una estrategia de consejería a domicilio que están implementando los promotores y profesionales del proyecto.

Hasta la fecha se están visitando más de 80 familias que habitan en distintos partidos del conurbano bonaerense y que viven en situación de pobreza.

La función del promotor durante las mismas es interiorizarse por la salud del niño / adolescente, proponer conductas de cuidado y prevención del VIH/Sida (o su reinfección). Se hace entrega de preservativos y folletería. Se vincula a las familias con los programas sociales y se los orienta para la utilización de los recursos comunitarios. Asimismo se trabaja sobre temas de crecimiento y desarrollo infantil y se propone el control de salud periódico.

Respecto de los niños y adolescentes viviendo con el VIH/Sida uno de los objetivos fundamentales es promover la adhesión al tratamiento cuando éste ha sido indicado y tratar de aliviar las dificultades que se presentan para la ingesta de medicación.

Hasta la fecha los promotores han rescatado más de 20 niños y 15 adultos que no estaban realizando tratamiento alguno o que, habiéndolo iniciado lo habían abandonado.

## **INDICADORES DE DESEMPEÑO**

### **PROCESO**

- Porcentaje de actividades realizadas (Nº de actividades realizadas vs. programadas dirigidas a facilitar el acceso a insumos de prevención a las personas viviendo con VIH/SIDA).  
----> 100%
- Nº y tipo de insumos de prevención en materia de VIH/SIDA y de ETS entregados a personas que viven con el VIH SIDA y sus parejas (preservativos / lubricantes).  
----> 6800 preservativos masculinos entregados a personas que viven con el VIH/SIDA y sus parejas  
----> 5000 folletos entregados

- N° y tipo de actividades de apoyo dirigidas a las familias y convivientes con VIH/SIDA.
  - > Articulación con 3 servicios orientados a la atención de personas viviendo con el VIH/SIDA, con el objeto de facilitar el acceso a los mismos a aquellas familias a las que se les ofrece consejería.
  - > 3 espacios comunitarios destinados a familias de niños y adolescentes con VIH/SIDA, en los cuales se encuentran instalados servicios de consejería, espacios recreativos, de contención y consulta permanente.
  - > 350 acciones de consejería en el domicilio de las familias.
  - > 400 acciones de consejería en la sala de espera de centros asistenciales y comunitarios.
  
- N° y tipo de actividades desarrolladas para la sensibilización a favor de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA y para la concientización en materia de reinfección, nutrición, ETS y Derechos Humanos (adopción de niños huérfanos afectados por VIH/SIDA).
  - > 80 Acciones de difusión comunitaria
  
- N° de multiplicadores formados.
  - > 20 multiplicadores formados en Derechos Humanos, Nutrición, Crecimiento y Desarrollo Infanto-juvenil, Prevención, Reinfección, para llevar a cabo acciones de consejería y de difusión.

## **COBERTURA**

N° de personas que viven con VIH/SIDA alcanzados con actividades programadas al respecto.

1200 personas que viven con VIH/SIDA cubiertas en acciones de consejería.

N° de familias a cargo de niños afectados por VIH/SIDA que reciben apoyo.

84 familias a cargo de niños afectados por VIH/SIDA cubiertas en acciones de consejería, con apoyo, acompañamiento y contención sistemática por parte de los multiplicadores capacitados (se realizan entre 2 y 8 visitas mensuales a cada familia, según las necesidades de cada una)

N° de personas reinsertas en proceso terapéutico.

35 personas que habían abandonado el tratamiento fueron rescatadas y vueltas a conectar con el mismo.

20 niños y 15 adultos que reiniciaron tratamiento.

#### 4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Breilh, J., 2003.** Epidemiología Crítica. Editorial Lugar. Buenos Aires.

**Bordoni, N., 2004.** Salud Bucal. Programas escolares de salud bucal. Guías para el primer nivel de atención de la salud. Buenos Aires .Maestría de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires- Secretaría de Salud, Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

**Bordoni, N., 2002.** Programas escolares. En Rioboó, R et al Odontología preventiva y Comunitaria. Madrid. Ediciones Médicas.

**Comisión De Las Comunidades Europeas, 1993.** Gestión del Ciclo de un Proyecto. Enfoque Integrado y Marco Lógico. Serie Métodos e Instrumentos para la Gestión del Ciclo de un Proyecto.

**Chapela Mendoza, M.; Jarillo Soto, E., 2001.** Promoción de la Salud, siete tesis del debate. Cuadernos Médicos Sociales. Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. N° 79.

**Chorny, A., 1998.** Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales. Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. N° 73.

**Dakessian, M. y otros, 2002.** Pintacuentos y juegos: un proyecto comunitario de promoción de la lectura. En Modelos para la implementación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina. México. Fundación Mexicana para la Salud.

**De Souza Minayo, M. C. ; Gonçalves de Assis, S.; Ramos de Souza, E., 2005.** Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires. Editorial Lugar.

**Oficina Internacional del Trabajo, 1996.** Diseño, Seguimiento y Evaluación de Programas y Proyectos de Cooperación técnica. Manual de Capacitación. Ginebra.

**SIEMPRO y UNESCO, 1999.** Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales, Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

**PNUD, 2004.** Guía para la Formulación y Presentación de Proyectos. Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Mecanismo Coordinador de País. Buenos Aires.

**Matus, C., 1987.** Adiós Señor Presidente. Caracas. Editorial Pomaire.

**PNUD, 1991.** Desarrollo Humano: INFORME 1991. Bogotá. Tercer Mundo Editores.

**Perrone, N et al., 1996.** Manual de conceptos sobre programación en los sistemas de salud. Fundación W. K. Kellogg. Serie HSP-UNI Paltex. Vol. 1 N° 2. Washington. D.C OPS/OMS.

**UNICEF, 2002.** Proponer y Dialogar. Temas jóvenes para la reflexión y el debate. Buenos Aires.

**Rovere, M., 2006.** Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. **Washington. D.C. OPS/OMS.**

**Rovere, M.** Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médicos Sociales. Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales N° 75. Mayo 1999.

**Rovirosa, M.; Cardarelli, G.; Laplana, A. 1992.** Turbulencia y Planificación Social. Buenos Aires. Ediciones UNICEF y Siglo XXI.

## ANEXO I

### Matriz de priorización y selección de problemas

Problemas	Población Afectada (a)	Ámbito de Gobernabilidad (b)	Prioridad en políticas públicas (c)	Grado de motricidad del problema (d)	Valor social del problema (e)	Costo de la postergación (f)	Existe más de una solución (g)	Puntaje total
1								
2								
3								

La Tabla de Priorización de Problemas puede facilitar el análisis y discusión entre actores sociales involucrados en el proyecto al objetivar los fenómenos.

Se inicia el llenado de la matriz escribiendo todos los problemas que fueron enunciados como posibles de ser motivo de un proyecto y se los ubica en cada una de las filas de la tabla. Por ejemplo: Problema 1: Dificultades de acceso a la atención médica de niños de las familias aborígenes. Problema 2 Dificultades de acceso a la alimentación de estas familias. Problema 3 Quiebre de las economías tradicionales aborígenes. Luego para cada uno de estos problemas identificados debe ser analizado según los criterios que figuran en los ítems a), b), c), d), e), f), g).

La población afectada debe ser caracterizada tanto en términos de grado de vulnerabilidad como de cantidad. En algunos casos puede ser de peso atender a un problema por el volumen de personas a las que afecta, pero en otros casos puede ser importante tener en cuenta el grado de vulnerabilidad de los individuos afectados y las consecuencias que pueden sufrir de continuar con el problema en cuestión (caso de la falta de una alimentación adecuada en la infancia o la carencia de contención y apoyo emocional en los primeros años de vida)

El ámbito de gobernabilidad hace referencia a las posibilidades reales de incidir en el problema. Esto debe ser analizado en términos de recursos disponibles (tiempo, personal, económicos, de decisión política, de aval de la comunidad, etc.) En la medida en que la pregunta ¿tenemos los recursos necesarios para atender este problema y, contamos con el apoyo político y social para llevarlo a cabo? Pueda ser contestada afirmativamente el proyecto cuanta con posibilidades de ser viable. Muchas veces los recursos pueden no estar disponibles pero existe la posibilidad de conseguirlos o se conoce la fuente de provisión. Prioridad en las políticas públicas: es el valor o importancia que le otorga el nivel decisor político a cada problema en el conjunto de la política social. La importancia de contar con un aval político puede significar una ventaja para el desarrollo del proyecto ya que es conveniente que, las negociaciones sean encuadradas en términos de esa prioridad política definida desde los niveles decisorios. Si bien no siempre se puede trabajar con los problemas que han sido considerados prioritarios políticamente, el hecho de que lo sea es un punto a favor en la selección de un problema.

El grado de motricidad es la capacidad que tiene un problema, al ser solucionado, para solucionar otros asociados con él (cuántos problemas se solucionan si soluciono el problema seleccionado). Si modificamos el problema 1 qué otros se modificarán ?

El valor social del problema tiene en cuenta el grado de visibilidad e importancia que tiene el problema para la población. Es lo que se reconoce como las "necesidades sentidas" por la comunidad. Este valor incluye la sensación de que ese problema puede y ser evitado.

El costo de la postergación es una valoración de los riesgos para la población provocados por el problema que podrían ocurrir de no iniciar la intervención en el momento actual.

Si el equipo de gestión de un programa/proyecto visualiza que un problema ofrece la posibilidad de presentar mas de una solución éste es un criterio que otorga puntaje en su priorización porque amplía las posibilidades de intervención.

Una vez hecho el análisis de cada uno de los elementos de la matriz y volcados los resultados en la tabla, es necesario establecer un puntaje para cada uno de los criterios. También en esta instancia es importante la búsqueda de consenso con todos los actores implicados en el proyecto, ya que se trata de otorgar un peso relativo a cada uno de los problemas en cada una de las columnas de la tabla. Puede utilizarse el sistema de ponderación que se desee siempre que se cuente con una escala ordinal

que valúe cada dimensión de más a menos en forma sistemática. Ella puede ser a través de símbolos numéricos y de palabras que signifiquen un orden, por ejemplo Alto, Medio y Bajo; Muy importante, Medianamente importante, Nada importante o bien, 3, 2, 1.

El último paso sería otorgar un puntaje final o índice resumen que incluya la posición de cada problema en cada uno de los criterios de elegibilidad (registrados en cada una de las columnas). Si se utilizan los símbolos numéricos se suman los puntajes obtenidos en cada criterio y éste es el puntaje final. Por ejemplo si a un problema se lo ha evaluado con un 2 en población afectada, un 3 en ámbito de gobernabilidad, un 2 en prioridad política, un 3 de motricidad, 3 en valor social, 2 en costo de la postergación y 2 en existe más de una solución; el puntaje total sería 17.

Estos puntajes se registran en la última columna lo que permite tener una visión comparativa de todos los problemas listados con una valoración de su prioridad.

## **ANEXO II**

### **Pautas para la elaboración de proyectos**

Al inicio del diseño de un proyecto resulta conveniente desarrollar un conjunto de preguntas que permitirán orientar la formulación del mismo. Entre los principales aspectos se destacan:

¿Qué se quiere hacer? (descripción)

¿Por qué razones se lo quiere hacer? (Fundamentación)

¿Para qué se realiza el proyecto? ¿Qué se quiere alcanzar mediante el proyecto? (objetivos)

¿A quién va dirigido? (destinatarios)

¿Qué debe producir el proyecto para lograr los objetivos? (productos)

¿Con qué acciones se generan los productos y resultados? (actividades)

¿Qué recursos se necesitan para realizar las actividades que permitirán obtener el producto y lograr el objetivo propuesto? (insumos)

¿Quién ejecutará el proyecto? (responsables y estructura administrativa)

¿En cuánto tiempo se obtendrán los productos y se lograrán los objetivos previstos? (cronograma)

¿Qué aspectos se evaluarán para saber si el proyecto marcha bien y si se alcanzan los resultados esperados? (evaluación permanente)

¿Cómo se piensa evaluar las actividades? ¿Cómo piensan que sus actividades serán evaluadas por terceros, incluyendo a los propios beneficiarios? (instrumentos de evaluación)

Las respuestas a estos interrogantes pueden brindar el material inicial para identificar la idea con claridad, realizar el primer diagnóstico del problema, elaborar una carpeta de proyecto y discutirla. Cuando la idea es trabajada en conjunto, con representantes del grupo involucrado, su participación brinda los principales elementos para que refleje las necesidades y expectativas de los destinatarios.











