

**Evaluación de un proceso innovador para
mejorar la salud en dos comunidades de la
Región del Yeguaré**

Abraham Antonio Ramírez Urbina

**HONDURAS
Diciembre, 2002**

ZAMORANO
CARRERA DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y AMBIENTE

**Evaluación de un proceso innovador para mejorar la salud en dos
comunidades de la Región del Yeguaré**

Trabajo de graduación presentado como requisito parcial para optar
al título de Ingeniero en Desarrollo Socioeconómico y Ambiente el
Grado Académico de Licenciatura

Presentado por:

Abraham Antonio Ramírez Urbina

HONDURAS
Diciembre, 2002

El autor concede a Zamorano permiso para reproducir y distribuir copias de este trabajo para fines educativos. Para otras personas físicas o jurídicas se reservan los derechos de autor.

Abraham Antonio Ramírez Urbina

Honduras
Diciembre, 2002

**Evaluación de un proceso innovador para mejorar la salud en dos
comunidades de la Región del Yeguaré**

presentado por

Abraham Antonio Ramírez Urbina

Aprobada:

Linda Johanna Stern, MPH
Asesor Principal

Peter Doyle, M.Sc.
Coordinador Carrera de Desarrollo
Socioeconómico y Ambiente

Peter Doyle, M.Sc.
Asesor

Antonio Flores, Ph.D.
Decano Académico

Reyner Maradiaga
Asesor

Mario Contreras, Ph.D.
Director Ejecutivo

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por darme sabiduría y entendimiento.

A mis padres Maria Luisa Urbina y José Lucas Ramírez, por su comprensión y apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mis hermanas Ada, Olga, Sara, Elsy y Luisa, a mis hermanos Lucas, Samuel y Omar, por todo su afecto, apoyo moral, económico y espiritual que me han brindado.

A mi cuñado Miguel Antonio por su ayuda desinteresada.

A mis sobrinas Ada Giselle, Adriana, Lineth.

A mi hija María Mercedes.

A mis amigos Mario, Luis, Ilich, Raúl y Karlo, por toda su confianza y admiración demostrada durante mi vida estudiantil.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso por extenderme sus brazos cuando el camino era duro y cansado y por permitir iniciar y culminar mis estudios en Zamorano.

A Linda Jo por ser una guía, consejera y amiga de la cual aprendí mucho para poder desempeñarme con éxito en mi vida profesional, a Peter Doyle, Reyner Maradiaga y Diana Fajardo por su orientación al momento de realizar mi trabajo.

A mis compañeros durante los cuatro años en la universidad por su cariño, comprensión y confianza.

A todas aquellas personas que de una u otra manera me han mostraron su hospitalidad tanto dentro como fuera de Zamorano.

AGRADECIMIENTO A PATROCINADORES

Agradezco al Programa Food for Progress (PFFP) por el financiamiento brindado para cursar mis estudios en el Programa académico 4x4 de Zamorano.

Agradezco al Proyecto para el Mejoramiento de la Salud (PROMESA) por contribuir financieramente para la realización de este estudio.

RESUMEN

Ramírez Urbina, Abraham Antonio. 2002. Evaluación de un proceso innovador para mejorar la salud en dos comunidades de la Región del Yeguaré. Proyecto de Graduación del Programa de Ingeniería en Desarrollo Socioeconómico y Ambiente, Zamorano, Honduras.

La Ciénega, municipio de San Antonio de Oriente y El Barrio Las Tablas de la aldea de Hoya Grande en el municipio de Morocelí, ambas localizadas en la Región del Yeguaré, Honduras, poseen condiciones precarias de salud donde sus pobladores adolecen de muchas enfermedades del orden respiratorio, parásitos, enfermedades que provienen del consumo de agua no potable y aquellas que acompañan a la pobreza y al limitado acceso a servicios básicos. El estudio es basado en la evaluación del proyecto Salud Familiar; describe el diseño, objetivos, metodología y resultados del proyecto con el fin de mostrar un proceso innovador para mejorar la salud de las comunidades rurales, haciendo un análisis crítico de cada componente para que el mismo pueda ser replicables a otras comunidades de la región o en otros países en vías de desarrollo. Se parte de la premisa que mejorando los hogares que mediante la sostenibilidad financiera a través de la formación de cajas rurales se obtendrán en un mediano y largo plazo mejoras en las condiciones de salud de la población. Se concluye que La Ciénega presentó una mejor disposición para participar en el proyecto (98% del total de familias residentes), a diferencia de Barrio Las Tablas (61%). Esta dinámica obedece a la presencia de proyectos anteriores que tanto como buena y mala ejecución han tenido cierto impacto en la conducta de los pobladores al momento de decidir si participar o no en proyectos que se ejecutan en la comunidad. Ambas comunidades sienten la necesidad de mejorar las condiciones de su hogar e invertir en actividades que vayan orientadas a vivir en un ambiente saludable. Se adiciona a lo anterior problemas de accesibilidad y disponibilidad del recurso hídrico lo que obliga a los pobladores a buscar mecanismos de solución que ayuden a mitigar esa problemática. Salud Familiar tiene un componente fuerte que busca la sostenibilidad económica, social, institucional y ambiental del mismo. Dado la evaluación de marcos conceptuales del sector salud concluimos que hay una fuerte necesidad de tener enfoques transdisciplinarios al momento de diseñar proyectos en salud, los cuales garantizan impactos positivos al momento de operar en regiones con limitados recursos.

Palabras claves: Ambiente saludable, enfoque transdisciplinario, mejora de hogares, proceso innovador, salud pública, sostenibilidad económica, social, ambiental e institucional.

NOTA DE PRENSA

Diseños alternativos de proyectos para obtener mejor impacto en las condiciones de salud

Hoy en día, es necesario la búsqueda de alternativas de solución que conlleven a la mejora de las condiciones de salud de los habitantes de nuestras comunidades. La mayoría de las instituciones latinoamericanas gubernamentales así como, las no gubernamentales han seguido una estrategia de salud enfocada en actividades de curación. Este enfoque no ha dado muy buenos resultados, en Honduras los indicadores epidemiológicos de la población no han sufrido cambios significativos y en algunos casos como la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido (42%, 1996-2001).

El PROyecto para el MEjoramiento de la SALud (PROMESA-Zamorano), mediante su componente Programas Integrales de Salud Comunitaria ejecuta el proyecto Salud Familiar, cuyo objetivo principal es implementar un diseño de proyecto enfocado en la realización de actividades de prevención que contribuirán a mejorar las condiciones de salud de las comunidades.

Salud Familiar se desarrolla en las comunidades de La Ciénega, municipio de San Antonio de Oriente y Hoya Grande, municipio de Morocelí. El proyecto parte de la premisa que un ambiente saludable en los hogares influye en las buenas condiciones de salud a mediano y largo plazo. Al mejorar las condiciones de salud de aquellas familias que poseen ambientes sumamente precarios es posible disminuir las posibilidades de desarrollo de organismos patógenos causantes de un sin número de enfermedades.

Salud Familiar, inició sus actividades en mayo de 2002 y operará durante seis meses. Hasta la fecha, los niveles de participación comunitaria son bastantes aceptables. Más del 86% de la población de las dos comunidades se han involucrado incurriendo en costos por inversión de materiales alrededor de Lps. 1,200.00. Entre las actividades del proyecto se pueden mencionar el repello de paredes, construcción de pisos de cemento, elaboración de pilas para almacenar agua, construcción y cerca de corrales y otras acciones similares con las cuales se pretende obtener un beneficio marginal en el ambiente familiar y por ende en toda la comunidad.

El diseño del proyecto tiene un enfoque multisectorial que busca involucrar instituciones, programas y proyectos que operan en la zona con el fin de unificar fuerzas para el logro de metas comunes.

Las nuevas tendencias en salud buscan mecanismos que motiven a la población a desarrollar actividades de prevención garantizando sostenibilidad económica, social,

institucional y ambiental y lo más importante, lograr un cambio de actitud al momento de la realización de actividades del diario vivir.

Licda. Sobeyda Álvarez

CONTENIDO

	Portadilla.....	i
	Autoría.....	ii
	Página de firmas.....	iii
	Dedicatoria.....	iv
	Agradecimientos.....	v
	Agradecimiento a patrocinadores.....	vi
	Resumen.....	vii
	Nota de prensa.....	viii
	Contenido.....	x
	Índice de Cuadros.....	xii
	Índice de figuras.....	xiii
	Índice de Anexos.....	xiv
1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	OBJETIVOS.....	2
1.1.1	General.....	2
1.1.2	Específicos.....	2
1.2	ANTECEDENTES.....	2
1.2.1	Marco conceptual.....	2
1.2.1.1	Aspectos técnicos del marco conceptual.....	5
2.	PROCEDIMIENTOS.....	7
2.1	INSTRUMENTOS Y/O HERRAMIENTAS UTILIZADAS.....	7
2.1.1	Recopilación de información.....	7
2.1.2	Documentación.....	7
2.1.3	Análisis.....	7
3	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	8
3.1	CONTENIDO GEOGRAFICO E INSTITUCIONAL.....	8
3.2	ANTECEDENTES.....	9
3.3	JUSTIFICACION.....	10
3.4	OBJETIVOS DEL PROYECTO SALUD FAMILIAR.....	10
3.5	ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.....	11
3.6	DESARROLLO DEL PROYECTO.....	11
3.6.1	Comunidades.....	11
3.6.2	Actividades.....	12
3.7	EDUCACION EN SALUD E HIGIENE.....	13
3.8	MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO.....	14

3.9	MARCO EN EL QUE OPERA EL PROYECTO.....	14
3.10	PRESUPUESTO.....	14
3.11	RESULTADOS Y DISCUSION DEL PROYECTO.....	15
3.11.1	Elección de comunidades.....	15
3.11.2	Establecimiento de base de datos.....	15
3.11.3	Presentación del proyecto a las comunidades.....	16
3.11.4	Desarrollo del proyecto.....	17
3.11.4.1	Mejora de hogares.....	17
3.11.4.2	Entrega de materiales.....	24
3.11.4.3	Establecimiento de sistemas de financiamiento rural.....	25
3.12	EDUCACION EN SALUD E HIGIENE.....	28
3.13	MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO.....	29
3.14	LIMITACIONES DEL PROYECTO.....	31
3.15	LOGROS.....	31
3.16	LECCIONES APRENDIDAS.....	32
4.	CONCLUSIONES.....	34
5	RECOMENDACIONES.....	35
6	BIBLIOGRAFÍA.....	36
7.	ANEXOS.....	38
8.	GLOSARIO.....	72

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro

1	Información referente a las condiciones de la casa, La Ciénega, SAO.....	21
2	Información referida a las condiciones de agua, La Ciénega, SAO.....	21
3	Parámetros establecidos para agua de consumo humano.....	21
4	Información referente a las condiciones de la casa, Barrio Las Tablas Hoya Grande, Morocelí.....	23
5	Información referente a las condiciones de agua, Barrio Las Tablas Hoya Grande, Morocelí.....	23
6	Costo per cápita en inversión de materiales.....	25
7	Tasas de interés establecidas por la Caja Rural Promesa y Esfuerzo.....	26
8	Tasas de interés establecidas por la Caja Rural El Deseo.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura

1	Medios de vida sostenible.....	4
2	Porcentaje de mejoras culminadas hasta la fecha, SAO.....	30
3	Porcentaje de mejoras culminadas hasta la fecha, Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí.....	30

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo

1.1	Datos generales de la Región del Yeguaré.....	38
1.2	Localización de la Región del Yeguaré en Honduras.....	39
2.	PROyecto para el MEjoramiento de la SALud.....	40
3.	Matriz de selección de comunidades.....	42
4.1	Diagnostico de la casa.....	43
4.2	Diagnostico de salud.....	48
5.1	Caracterización Socioeconómica de La Ciénega, SAO (Organización de Capitales).....	52
5.2	Localización de La Ciénega, San Antonio de Oriente.....	53
6.1	Caracterización Socioeconómica de Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí (Organización de Capitales).....	54
6.2	Hoya Grande, Morocelí, Honduras.....	55
7.	Acta de compromiso.....	56
8.	Recibo de materiales.....	59
9.	Capacitación de Cajas de Ahorro y Crédito Rural.....	60
10.	Fechas de Monitoreo.....	63
11.	Presupuesto.....	64
12.	Cronograma de Actividades.....	66
13.	Lista de participantes, La Ciénega.....	67
14.	Lista de participantes, Barrio Las Tablas.....	68
15.1	Mejoras por familia, La Ciénega, SAO	69
15.2	Mejoras por familia, Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí.....	70
16.	Medios de vida sostenibles.....	71

1. INTRODUCCIÓN

En Honduras la planificación y desarrollo de la política de salud, que está inserta en la Agenda Social del Gobierno, es coordinada por el Ministerio de la Presidencia a través de la Unidad Nacional de Análisis Técnico (UNAT) y en la Secretaría de Salud por la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001), los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud se destacan:

- un 66% de hogares bajo la línea de pobreza, de los cuales el 49% están bajo la línea de indigencia
- incremento de áreas urbanas marginales
- dispersión de la población rural en zonas de difícil acceso
- debilidad en la coordinación de la red de servicios de salud pública
- insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados
- baja disponibilidad de recursos financieros
- falta de motivación y bajos salarios para el personal médico operando en el sector social, específicamente en áreas rurales.

Dada la problemática anterior, es necesario el involucramiento de la sociedad civil que en conjunto con organismos gubernamentales desarrollan nuevas estrategias para mitigar la situación social y política que afectan la salud y el desempeño de los servicios de salud de la población.

Zamorano, está ejecutando un programa de desarrollo rural en la Región del Yeguaré con el objetivo de brindar a la población herramientas necesarias para alcanzar niveles de vida más elevados. Bajo la retórica de este programa se ejecutan proyectos en muchas áreas con el objetivo común de encontrar mecanismos alternativos que conlleven al desarrollo y crecimiento económico de las comunidades que habitan en la región.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 General

Evaluar el proceso de formación, implementación y aceptación del proyecto Salud Familiar en las comunidades de La Ciénega, San Antonio de Oriente y Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí.

1.1.2 Específicos

- Evaluar los marcos conceptuales de salud y su vínculo con el desarrollo rural, analizando la evolución y las tendencias que ha tenido en los últimos años.
- Identificar cuales son las premisas que se tomaron en cuenta de las cuales surgió el proyecto de Salud Familiar.
- Describir objetivos, metodología y resultados esperados del proyecto Salud Familiar.
- Evaluar en forma cualitativa las percepciones de los actores claves en el proyecto de Salud Familiar.
- Determinar los mayores logros, limitantes y lecciones aprendidas que ha tenido el desarrollo del proyecto al momento de su implementación.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Marco conceptual

En las últimas décadas, ha surgido un creciente consenso sobre la necesidad de buscar nuevas formas de trabajar con las comunidades con el fin de mejorar las condiciones socioeconómicas de los habitantes que viven en ellas.

Promotores y trabajadores de organizaciones de desarrollo, al igual que los beneficiarios, a menudo reflexionan sobre la forma en la cual los proyectos de desarrollo han sido diseñados y ejecutados, y como pueden ser mejorados. Sin embargo, estos conocimientos son raramente documentados, analizados y compartidos de manera sistemática, para mejorar los proyectos a través de la reflexión y el aprendizaje continuo de sus procesos y de los resultados (Selener, 1997).

Las comunidades rurales no solo deben enfrentar los intereses de las agencias gubernamentales, las empresas, y las organizaciones no gubernamentales, sino también deben enfrentar las diferencias en los intereses, perspectivas, y grados de poder de los grupos en su interior.

El desarrollo humano contempla dos componentes fundamentales: el primero se relaciona con la formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud, educación conocimientos y destrezas. El segundo tiene que ver con las oportunidades o el uso potencial que la gente puede hacer de sus capacidades adquiridas, ya sea en el ámbito

de la producción, las actividades culturales, sociales, políticas o para el descanso (Sierra, 2001).

Se han realizado varios estudios donde se describe la evolución que ha tenido el sector salud en los países de América Latina.

Salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedades.

En un principio se definió salud como concepto que comprendía simplemente la *ausencia de enfermedades*. El modelo de ausencia de enfermedades es un modelo curativo que se difundió en el mundo en el siglo XX, y que se impuso, a partir de los grandes avances y éxitos de la tecnología y de las drogas médicas (Briceño-León, 2000).

Las escuelas de salud pública se crearon a comienzos del siglo (1915-1923), y la orientación de los programas de estudio y la descripción de los propósitos de esas primeras escuelas eran todos, claramente sanitarios y preventivos, luego apareció el *modelo integrista*. En América Latina para esa misma fecha empieza a dominar la atención curativa privada, desplazando la medicina de prevención colectiva estatal.

Lo particular de este modelo curativo, que se funda en la concepción de salud como tratamiento del daño y ausencia de enfermedades, es que tiene un gran apoyo social de casi todos los sectores del proceso. A pesar de algunos beneficios que ha tenido la implementación de estos modelos como el apoyo de fabricantes y distribuidores de productos y tecnología médica, este modelo entró en crisis ya que el mundo (ni países pobres ni ricos) no logra satisfacer a la población ni reduce la iniquidad, exceptuando los países de Inglaterra y Canadá (Terris, 1992). Además este modelo resulta muy costoso para tener en los gobiernos ya que se tiene que dotar de mucha más infraestructura para albergar a personas con problemas de salud. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 1995) el incremento año a año en los precios de lo que se puede llamar salud (atención en el área médica), es muy superior a lo que sería el resto de la sociedad, haciendo más insostenible el modelo curativo tecnológico.

Fue necesario entonces desarrollar modelos de salud pública que dieran respuesta a estos problemas. Esto no ha sido fácil para América Latina ya que la pobreza, el deterioro ambiental, los estilos de vida y la violencia vienen a ser los grandes enemigos de la Salud (CEPAL, 1995).

Es por eso que hay que buscar salida a esta situación. Briceño-León (2000) en su publicación *Salud y Equidad*, insiste en que se debe comenzar con la atención médica, promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y lesiones. La atención médica es lo menos importante, ya que un sistema de salud deseable debe colocar su énfasis en la promoción y en la prevención y no en la atención médica (curación). La exclusiva ausencia de enfermedades, como lo señala la OMS cuando define salud, no significa que las personas tengan salud.

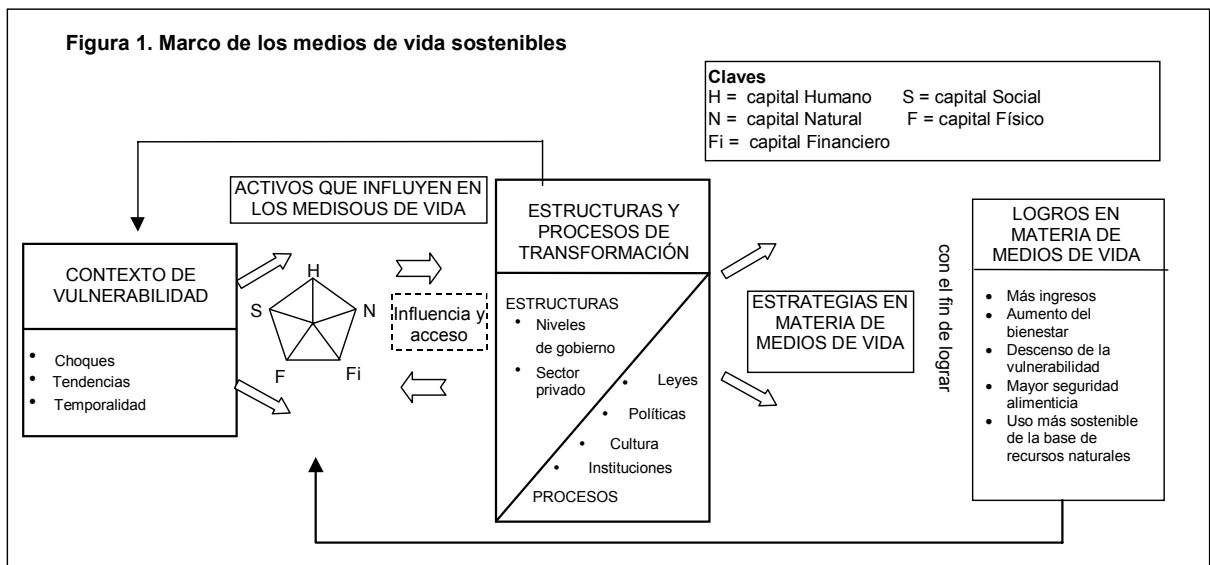
Cuando las instituciones de desarrollo tanto las gubernamentales como las no gubernamentales, pretenden ejecutar proyectos de salud y obtener diseños o modelos deseables, es necesario atravesar el desarrollo social y progreso económico; teniendo cuidado porque este último supera la pobreza pero puede causar daños al ambiente en el esfuerzo por sobrevivir creando problemas adicionales para la salud de toda la sociedad.

Ante estos grandes enemigos es necesario buscar alternativas de solución sencillas y poderosas que mitiguen dicha problemática.

El Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID, 1999) del gobierno británico se a fijado como meta la eliminación de la pobreza de los países menos favorecidos a través de la adopción del enfoque de los medios de vida sostenibles (MVS). Los MVS es una manera de pensar acerca de las metas, posibilidades y prioridades del desarrollo para acelerar el progreso en la erradicación de pobreza. Es un enfoque holístico que provee un marco para comprender las causas y dimensiones de la pobreza, sin caer en la trampa de enfocarse en unos pocos factores (Ej., Productividad agrícola, seguridad alimentaria, salud, etc.). Trata de apreciar las relaciones entre los diversos aspectos de pobreza, sus causas y manifestaciones y permite la priorización más acertada en los planes operacionales.

Es importante resaltar que los MVS no son una receta, no es una metodología ni mucho menos un proceso. Es más bien un esfuerzo por combinar muchas herramientas y métodos ya ampliamente usadas en el desarrollo, para crear una visión y comprensión compartida entre sectores que trasciende diversos niveles de actividad.

Un medio de vida comprende las posibilidades, activos (incluyendo recursos tanto materiales como sociales y definidas como distintos capitales) y actividades necesarias para ganarse la vida. Un medio de vida es sostenible cuando puede soportar tensiones y choques y recuperarse de los mismos, y a la vez mantener y mejorar sus posibilidades y activos, tanto en el presente como en el futuro, sin dañar la base de recursos naturales existente (figura 1).



Fuente: Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID)

Es necesario que programas y proyectos que pretendan elevar los niveles de vida de la población se preocupen no sólo de intervenir en un sector, sino que busquen alterar en forma positiva los seis capitales (incluyendo el capital hídrico) que presenta la teoría de los MVS.

1.2.1.1 Aspectos técnicos del marco conceptual. Basándonos en literatura relevante, se discutió cada una de las proposiciones del marco conceptual. Los términos y conceptos claves se definen en el glosario.

En la actualidad el potencial de los proyectos de salud basados en la comunidad han sido impedidos o reforzados por factores históricos, ecológicos, culturales, socioeconómicos, y políticos a varias escalas. Como se describió en la introducción de este documento el sector salud ha sido afectado por una serie de políticas que han predominado en el mundo y que han influenciado en la dinámica que han seguido nuestros países. Por un lado la estrategia de los gobiernos mediante sus secretarías de estado ha sido la gestión de financiamiento para la implementación de Proyectos que siguen un patrón de modelo curativo con cierta tendencia a la prevención y que a su vez es truncado por una cultura paternalista que nos han heredado programas y proyectos del pasado. Los resultados de los avances del modelo de prevención son el haber alcanzado índices de vacunación mayores a algunos Estados de la Nación Americana.

Según el Banco Mundial (2002), es necesario diseñar políticas cuyas metas y objetivos vayan en dirección a:

- Mejorar las viviendas y salud de la población
- Eliminar las enfermedades por las que hay vacunas
- Disminuir las diferencias sociales para que haya más igualdad y
- Disminuir el impacto de las malas condiciones tales como: nivel de ingresos, acceso a los servicios básicos (educación, agua potable, luz eléctrica, teléfono, transporte etc.) que afectan la calidad de la vida y la salud de cada persona.

Dada esta situación los actualmente gobiernos, la sociedad civil y entidades que promueven el desarrollo como tal, argumentan que es necesario hacer un enfoque multisectorial; un enfoque de múltiples agentes, ya que se requiere la intervención de una variedad de actores y de políticas públicas que desde otras áreas tengan un enfoque favorable a la salud (Briceño-León, 2000), ya que los cambios en la visión de salud se corresponden con los cambios en la sociedad. He ahí la necesidad de crear sistemas de ordenación territorial (tenencia de la tierra), mapas hidrológicos, geográficos y de usos de la tierra para poder predecir la dinámica poblacional y además poder realizar los planes de manejo para mitigar las limitaciones que surjan a lo largo del proceso. Se requiere hacer una permanencia en las políticas ya que en América Latina la inestabilidad política se asocia al sin número de problemas que se convierten en las causas del subdesarrollo. En áreas como salud no hay que limitarse a investigaciones o experimentos para entender algunos comportamientos y problemas de la población, sino que es necesario tener componentes (atención médica, suministro de equipo y medicamentos, logística para realizar campañas de sanidad, limpieza) que involucren actividades de intervención para poder mitigar problemas presentes en las comunidades. Podemos encaminar nuestras actividades a solventar problemas que aparentemente no reflejan un cambio en las

condiciones de salud de la población (letrización, mejora de viviendas, establecimiento de sistema de financiamiento rural, prácticas sostenibles de producción), sin embargo a un mediano y largo plazo pueden ser consecuencia de una mejora en los altos índices de enfermedades y problemas de salud que enfrenta las poblaciones rurales.

Se ha comprobado mediante estudios especiales, las gran cantidad de ventajas de seguir una estrategia basada en la participación comunitaria, pero no hay que olvidar que ésta enfrenta un sin numero de retos. Cuando se utilizan enfoques multisectoriales y a menudo con diferentes perspectivas de visualizar la problemática comunal, es necesario analizar un contexto amplio en el que queden definidas tanto las posiciones de los diferentes grupos como las cesiones y limitaciones inherentes a las negociaciones de resolución de conflictos (Agarwal, 1994 citado por Schmink, 2000). El análisis de interesados requiere de la identificación de los diferentes grupos e instituciones formales e informales, que puedan afectar o ser afectados por las iniciativas de mejorar la salud y el bienestar social. La participación directa de habitantes locales en la investigación científica y en la planificación e implementación de proyectos puede proporcionar un crecimiento invaluable sobre la filosofía del proyecto y además obtener la flexibilidad potencial de responder a la incertidumbre y el cambio provocado por políticas y por acciones de las mismas condiciones socioeconómicas. El género esta entre las variables claves que, en interacción con otros factores, diferencia a los grupos de usuarios de los servicios y de los recursos de salud. La multiplicidad de papeles que asumen las mujeres (en la producción, reproducción y el consumo) las lleva a integrar sistemas complejos y a no especializarse. Por este motivo, las mujeres pueden ser más consistentes del funcionamiento de proyectos en su conjunto.

Siguiendo diseños de proyectos que se adapten a los modelos antes propuestos y valiéndose de las dificultades y tendencias que actualmente el sector salud atraviesa, podemos mejorar las condiciones de salud y el bienestar que cada sociedad anhela, estableciendo ideales confrontando las aspiraciones que pretende alcanzar con los medios de los cuales disponen para alcanzarlos.

El sector salud debe encaminar su estrategia hacia enfoques más amplios ubicados firmemente en el marco de los MVS, donde el capital humano (salud) esté fortalecido a través de actividades que fortalezcan el capital físico (infraestructura) y el capital financiero (caja rural). De esta manera desarrollaremos procesos innovadores para mejorar las condiciones de salud de las comunidades de nuestros países en vías de desarrollo.

2. PROCEDIMIENTOS

El Proyecto Salud Familiar es ejecutado por el proyecto PROMESA de Zamorano. En el presente estudio se toma como referencia el proceso metodológico, el cual sigue cuatro pasos secuenciales y necesarios para una evaluación exitosa del proyecto. Estos pasos fueron recopilación de información, documentación, análisis, hasta finalizar con la presentación del documento final sobre información escrita y percepciones de conocedores y varios actores sobre las tendencias de la problemática de salud en el ámbito latinoamericano y mundial, salud de la Región del Yeguaré, políticas de gobierno presentadas en documentos oficiales, experiencias de programas y proyectos de salud y marcos teóricos de modelos de desarrollo.

2.1. INSTRUMENTOS Y/O HERRAMIENTAS UTILIZADAS

En las etapas del proceso que se desarrolló para la realización de este estudio, se han utilizado y en algunos casos elaborado una serie de instrumentos y/o herramientas que satisfacen los objetivos de investigación. Estos son:

2.1.1. Recopilación de información

Recopilar información por medio de entrevistas, grupos focales, conversaciones participativas, observación directa, publicaciones impresas y electrónicas relacionadas con el proceso que siguió el diseño de la metodología del proyecto de Salud Familiar, recolección y elaboración de informes de campo; revisiones periódicas de estos informes, actividades y materiales elaborados por el proyecto y por último, reuniones con el personal ejecutor del proyecto.

2.1.2. Documentación

Observación de la documentación adquirida en la recopilación de información con el fin de organizarla y clasificarla según su origen y contenido, por medio de la elaboración de documentos memorias, matrices, resúmenes e inventario de información virtual, de manera de tener una base teórica en la cual trabajar.

2.1.3. Análisis

Razonamiento y estudio de la documentación acerca de tendencias de las alternativas de solución que se siguen para mitigar la problemática de salud de Latinoamérica y el mundo, experiencias de estrategias que han seguido proyectos de salud, fase de diagnóstico del proyecto, metodologías de trabajo, filosofía del proyecto y experiencias generales.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. CONTENIDO GEOGRAFICO E INTITUCIONAL

La Región del Yeguaré de Honduras, la componen los municipios de San Antonio de Oriente, Maraita y Tatumbla en el departamento de Francisco Morazán, y Güinope, San Lucas, Yuscarán, Morocelí, Yauyupe y Oropolí en el departamento de El Paraíso. La extensión territorial de la región es aproximadamente 1500 kilómetros cuadrados y alberga a una población de 65,000 personas. La mayoría de las familias rurales que habitan en la región son pobres, tienen un ingreso promedio diario entre US\$ 1-3 con servicios básicos deficientes en cobertura y atención (salud, educación e infraestructura básica). La mayor parte de la población todavía se dedica a la agricultura de subsistencia, como su actividad básica de producción, en pequeñas fincas y, frecuentemente, en unidades de tierra fragmentadas. Las estructuras municipales locales son generalmente débiles, las autoridades elegidas tienen bajos niveles de educación y la capacidad de mejorar los ingresos es limitada. Esta realidad, que plantea un gran reto para programas y proyectos de desarrollo, es típica en la mayor parte de la población rural hondureña e, incluso, de Centroamérica. Esperamos que las lecciones aprendidas aquí puedan aplicarse ampliamente en otros lugares.

El Sector de la Salud está constituido por un sector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud, a la que corresponde asumir el rol de rector y regulador del Sector; el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y un subsector privado formado por instituciones con o sin fines de lucro. La Secretaría de Salud está organizada en Regiones Sanitarias (9) divididas en Áreas de Salud (39) las cuales no coinciden con la división político administrativa. La Secretaría de Salud Pública tiene la responsabilidad de atender el 100% de las atenciones de salud de la población. Según la OPS (2001) el 52% de la población es cubierta por la Secretaría de Salud y 11% por el IHSS. Se desconoce el porcentaje cubierto por las aseguradoras privadas.

La región del Yeguaré está bajo la responsabilidad de la región sanitaria número uno y realiza sus funciones a través del área número dos. En el anexo 1 se presentan datos generales de la región y la cobertura de salud por parte de la Secretaría de Salud del gobierno de Honduras.

A través de la Carrera Desarrollo Socioeconómico y Ambiente, Zamorano ha ejecutado varios proyectos bajo el Programa de Desarrollo de la Región del Yeguaré, con el propósito de encontrar y desarrollar alternativas que conlleven a elevar los niveles de vida de las comunidades. De septiembre de 1996 a diciembre de 1999, se ejecutó el Proyecto UNIR auspiciado por Kellogg Foundation y el Proyecto de Rehabilitación de la Cuenca Alta del Río Choluteca (USAID- 2000-2001), entre otros. Actualmente se está llevando a cabo el Proyecto DECOP (Kellogg Foundation) y el Proyecto de Capacitación y Transferencia de Tecnología para el Desarrollo de Campesinos en el Trópico Seco (Cooperación Española), desarrollando mecanismos eficientes para ser más productivos los recursos, todos realizados con responsabilidad ambiental, social y económicamente sostenible. Referente a programas y proyectos de salud, en la región, han sido ejecutados proyectos regionales ejecutados por la Secretaría de Salud Pública a través de la Región Sanitaria número uno, siguiendo actividades de curación (campañas de sanidad, control de vectores) y unas pocas actividades preventivas (jornadas de vacunación).

El PROYECTO para el MEJORAMIENTO de la SALUD (PROMESA), es un programa internacional de educación de salud, servicio, enseñanza y capacitación que opera en las montañas de Honduras. Las metas de PROMESA van encaminadas principalmente a:

- Mejorar la condición de la salud, el conocimiento y la auto-dependencia de los habitantes de la región del Yeguaré en Honduras.
- Desarrollar en forma mancomunada proyectos con familias, comunidades y otros actores de la comunidad.
- Entrenar profesionales de salud para entender los desafíos y las oportunidades de prestar un servicio en un país en vías de desarrollo.

Los principios del proyecto reflejan la premisa básica que todos nosotros podemos aprender uno del otro, trabajando hacia el logro de metas comunes; pensando creativamente; estimulando la participación y el aprender haciendo. PROMESA es un proyecto internacional de entrenamiento y servicio de Brigham and Women's Hospital (BWH) y la Carrera de Desarrollo Socioeconómico y Ambiente de Zamorano, en Honduras. Las afiliaciones incluyen Massachusetts General Hospital (MGH) y Socios en Salud en Boston, Massachusetts (anexo 2).

PROMESA como parte de su componente Programas Integrales de Salud Comunitaria, está ejecutando un proyecto de Salud Familiar, iniciando operaciones en abril de 2002, auspiciado por la Fundación Cabot y ejecutado en dos comunidades de la Región del Yeguaré, La Ciénega en el municipio de San Antonio de Oriente y Barrio Las Tablas, Hoya Grande en el municipio de Morocelí.

3.2. ANTECEDENTES

En el área rural de Honduras, las viviendas que reúnen las condiciones adecuadas representan únicamente 16% del total, y más de 81% no tienen acceso a servicios de agua potable ni a un sistema de eliminación de excretas, mucho menos a energía eléctrica (OPS, 1998).

Es necesario entender las relaciones que existen entre pobreza y la falta de necesidades básicas con las enfermedades, para comprender mejor los problemas de salud que afrontan estas comunidades. Las enfermedades se proliferan en comunidades donde existe la falta de hogares adecuados, alimentación, manejo de desechos y de aguas negras, carencia de agua limpia para beber, cocinar y para la realización de la limpieza. Con la ausencia de necesidades tan básicas los miembros de estas comunidades son vulnerables al contagio de enfermedades transmitidas por vectores, a través del aire y agua, tales como: malaria, dengue, leishmaniasis, poliomiélitis, difteria, diarreas, cólera, tuberculosis, entre muchas otras.

3.3. JUSTIFICACIÓN

La coyuntura actual que vive Honduras demanda propuestas de soluciones creativas. Hay necesidad de crear proyectos diseñados de manera tal que integre varios factores por los cuales se ve afectado el desarrollo. Además en términos de eficiencia en el uso de fondos, prevenir enfermedades es más barato que intentar curarlas. Es por eso que necesitamos encontrar una manera de ejecutar proyectos en la región del Yeguaré, alcanzando el mayor impacto, principalmente en el área de salud con el fin de prevenir, combatir y erradicar los problemas de salud existentes en la región.

3.4. OBJETIVOS DEL PROYECTO SALUD FAMILIAR

➤ General

Mejorar el nivel de salud en las comunidades de La Ciénega, municipio de San Antonio de Oriente y Barrio Las Tablas, Hoya Grande municipio de Morocelí, mediante la implementación de acciones participativas de mejoramiento de los hogares.

➤ Específicos

- Mejorar la infraestructura de los hogares con el objetivo de eliminar focos de infección.
- Reducir el número de casos de enfermedades.
- Mejorar el nivel de educación en salud.
- Establecer una línea base de datos sobre condiciones de salud que permitirá determinar el impacto de estas actividades en el nivel de salud de las familias participantes.
- Entrenar a los participantes para que las actividades y acciones efectuadas tengan un efecto duradero.
- Promover procesos sostenibles de desarrollo mediante la educación, capacitación y el establecimiento de sistemas financieros rurales (cajas rurales).
- Establecer alianzas con otras organizaciones de la comunidad para trabajar en actividades de interés común.
- Promover la participación de los habitantes de la comunidad en todos los procesos de desarrollo, liderazgo y el fortalecimiento de las capacidades locales para que ellos visualicen el proceso como parte de su propio desarrollo.

3.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION DEL PROYECTO

➤ Elección de las comunidades

Mediante una matriz de priorización, comunicaciones personales con técnicos de proyectos anteriores, experiencias y conocimientos adquiridos a través de la ejecución de otros proyectos, fueron elegidas las comunidades donde se desarrolló el proyecto Salud Familiar. La carencia de un sistema de agua potable, deseo de participar y datos estadísticos del sistema de salud pública, fueron parte de los criterios establecidos para la selección de las comunidades (ver anexo 3).

➤ Establecimiento de base de datos

Fueron elaborados dos tipos de encuesta, una sobre las condiciones de la casa y otra enfocada a la salud de la familia. Las encuestas se tabularon y los resultados serán utilizados para hacer consultas referentes a las comunidades en que se ejecutó el proyecto. Con esto se enriquece la Base de Datos (Community Assessment) de PROMESA. En el anexo 4 se puede apreciar las encuestas realizadas en cada una de las comunidades.

➤ Presentación del proyecto

Se realizó una presentación del proyecto en cada comunidad seleccionada, exponiendo los objetivos y la metodología de trabajo, ésta con el propósito de informar y motivar a los habitantes a la participación en el mismo.

3.6. DESARROLLO DEL PROYECTO

El proyecto Salud Familiar se desarrolló en dos comunidades La Ciénega y Barrio Las Tablas. Ambas comunidades fueron las que más llenaron los requerimientos propuestos en la matriz de priorización y en las entrevistas con personal técnico que se utilizó para la escogencia de las comunidades. Se parte de la premisa que mejorando los hogares se pueden adecuar las condiciones de vida satisfaciendo necesidades básicas que en un mediano, largo plazo se verán traducidas en una mejora a las condiciones de salud.

3.6.1 Comunidades

➤ La Ciénega

La Ciénega está localizada al noroeste del municipio de San Antonio de Oriente. En dicha comunidad existen 56 casas, con promedio de 5 personas por cada casa. Esta aldea es una de las pobres del municipio donde su gente lleva una vida difícil, con condiciones de salud inadecuadas. Se dedican principalmente a la producción de granos básicos y hortalizas; algunos de los agricultores comercializan sus productos y los de otros los fines de semana en una feria de agricultores en las afueras de la capital. El ingreso diario promedio per cápita oscila de 1 a 3 dólares. Poseen dietas limitadas, sin acceso a agua

potable, viviendas por debajo del estándar y falta de cuidados básicos de salud. La población es el blanco de problemas de salud que incluyen: desnutrición, parásitos, enfermedades respiratorias, caries dentales e infecciones de la piel (ver anexo 5).

➤ **Barrio Las Tablas**

Las Tablas es un barrio de la aldea de Hoya Grande que es una comunidad que está localizada al Este en el municipio de Morocelí. En particular la población de Las Tablas ha pasado aislada de las actividades que se han realizado en la comunidad. Este asentamiento posee alrededor de 50 casas cuyo número de personas por casa oscila entre 5-8 personas. Los pobladores se caracterizan por tener bajos recursos económicos con niveles de escolaridad del segundo y tercer grado. Cuentan con una escuela de una sola maestra que instruye a 54 alumnos, con infraestructura que no reúne las condiciones pedagógicas para que halla un buen aprendizaje. La dieta poco balanceada que llevan los pobladores de Las Tablas, hace que presenten un escaso desarrollo físico el cual no es adecuado para su edad. Una gran parte de los hogares presentan condiciones de hacinamiento. No se encuentra bien delimitada el área física entre humanos y animales, en muchos casos viven todos en un mismo cuarto. Las casas se encuentran deterioradas (pisos de tierra, techos rotos, poca ventilación), no poseen las condiciones necesarias. Existe poca educación sexual, casi todas las familias tienen más hijos de los que sus condiciones económicas les permite mantener (UNIR, 1998). Las mujeres se acompañan a muy temprana edad y no existe el conocimiento ni la ejecución de un programa de planificación familiar (ver anexo 6).

3.6.2 Actividades

La planificación y ejecución con la participación de las familias campesinas es una base fundamental para el desarrollo de las actividades, tomando en cuenta que no queremos simplemente dar un beneficio, sino crear en ellos una idea clara de sostenibilidad.

➤ **Mejora de hogares**

Para definir las mejoras que iba a realizar cada familia, se hicieron visitas a cada una de las casas y a su vez se determinó la cantidad de materiales que se necesitarían en cada hogar para establecer las mejoras. Cada mejora fue priorizada por el o la jefe de familia que en la mayoría de los casos cumplía con nuestros objetivos de eliminar las fuentes o criadero de vectores transmisores de enfermedades. Las mejoras consistieron principalmente en:

- Construcción de infraestructura para manejo adecuado de agua, mejoramiento de pisos, repellado de paredes, elaboración y mejoramiento de fogones mejorados.
- Trabajos a nivel del perímetro de la casa (letrización, eliminación y aprovechamiento de aguas residuales, desarrollo de huertos familiares, ordenamiento del peri domicilio para el mantenimiento de animales domésticos, protección contra el ingreso de vectores a las casas). Posteriormente cada participante firmó un acta de compromiso en la cual se hacía responsables de realizar las mejoras elegidas y de

finalizar las mismas en un lapso de tiempo de dos meses una vez entregados los materiales. Al mismo tiempo se estableció el compromiso de pagar el valor de los materiales para la formación de un grupo comunal de ahorro y crédito (ver anexo 7).

Tomando como base los requerimientos de cada habitante en ambas comunidades, se realizó la compra y entrega de materiales. Se contó con el apoyo de un beneficiario enlace ubicado en cada comunidad, al cual se le entregaban todos los materiales y luego él los distribuía entre las familias participantes. La actividad se basó en comprar y trasladar los materiales a las comunidades, donde los participantes se encargaron de trasladarlo a sus hogares bajo la supervisión del beneficiario enlace. Todas las mejoras fueron ejecutadas por los beneficiarios y en muchos de los casos fueron hechas en tiempos libres fuera de sus actividades normales. En el anexo 8 se muestra una copia del recibo por concepto de entrega de materiales.

➤ **Establecimiento de sistemas de financiamiento rural**

Para lograr la sostenibilidad de los procesos de desarrollo rural es muy importante el nivel de organización que se logre establecer entre los participantes del proyecto. De esta manera, al finalizar el proyecto puedan planificar, generar financiamiento y desarrollar proyectos encaminados al mejoramiento del nivel de vida. Con esto se desvanece la cultura paternalista que ha reinado durante muchos años la cual ha tenido como resultado el estancamiento social y económico en muchas comunidades de Latinoamérica.

El proyecto Salud Familiar contempla el establecimiento de pequeños sistemas de financiamiento rural llamados Cajas de Ahorro y Crédito Rural, cuyo capital semilla será el pago que cada familia aportará por la entrega de materiales que servirán para realizar las mejoras en su hogar.

Se procedió a organizar y capacitar líderes de los grupos de ambas comunidades, en una serie de diez capacitaciones realizadas semanalmente durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2002 (ver anexo 9).

A través del establecimiento de dichos grupos, se logra incentivar el ahorro, facilitar el acceso a crédito en el ámbito comunal y fortalecer la organización comunitaria.

Los fondos disponibles en la caja rural podrán ser utilizados por los miembros del grupo, a través de préstamos personales para continuar ejecutando mejoras en su casa o para solventar emergencias que se presenten, cobrando un pequeño interés para su subsistencia.

3.7 EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE

La construcción de las mejoras está siendo acompañada con capacitación y educación en diferentes temas: manejo y uso del agua, higiene y salud, manejo y uso de letrinas, control de vectores planificación familiar y riesgo reproductivo. Todas se están ejecutando en coordinación con personal médico, estudiantes de medicina y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

3.8 MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Para asegurar que los materiales se estaban utilizando en las mejoras acordadas, se realizaron visitas semanales de monitoreo y evaluación de los avances y de la calidad de la obra de cada familia. En el anexo 10 se presenta el formato que se utilizó en cada visita para realizar el monitoreo y evaluación del proyecto. De igual manera se estaba retroalimentando el desarrollo del proyecto con la ayuda del beneficiario enlace y las constantes vistas hechas por los técnicos a cada familia.

3.9 MARCO EN EL QUE OPERA EL PROYECTO

El personal de Salud Familiar trabajará desde PROMESA desarrollando el proyecto en las comunidades anteriormente presentadas. También se apoyará de otras instituciones como ser el Ministerio de Salud Pública, La Facultad de Medicina de la UNAH y en otros proyectos que se estén ejecutando en la región, con el propósito de ser más eficiente en las actividades.

El equipo de PROMESA encontrará un lugar apropiado para escribir algunas de sus experiencias principales de estos meses y proyectarlas a otras comunidades.

3.10. PRESUPUESTO.

En el anexo 11 se presentan los detalles del presupuesto.

3.11 RESULTADOS Y DISCUSION DEL PROYECTO

3.11.1 Elección de las comunidades

Mediante la matriz de selección que se presenta en el anexo 3 y los informes de las entrevistas realizadas a técnicos de proyectos anteriores, se seleccionaron dos comunidades, La Ciénega, en el municipio de San Antonio de Oriente y Barrio Las Tablas localizada en la comunidad de Hoya Grande en el municipio de Morocelí. Se decidió trabajar en las comunidades antes mencionadas ya que se disponía de recursos económicos y logísticos para poder ejecutar el proyecto en dos comunidades que oscilaran entre 40 a 60 familias. En los resultados de la matriz hubo comunidades que al igual que La Ciénega y Barrio Las Tablas presentaron altos índices de enfermedades y ausencia de un sistema de agua potable. Las discusiones con técnicos de proyectos anteriores tuvieron mucho peso al momento de decidir estas comunidades, dado que PROMESA es un proyecto relativamente nuevo en la región (enero 2001), y era fundamental el historial de cada comunidad para poder tomar la decisión de escoger dos comunidades.

Salud Familiar opera en un entorno de pobreza caracterizado por difícil acceso a servicios, principalmente de salud y educación, deficiencias sociales y económicas, conflictos en el uso de los recursos naturales y vulnerabilidad en términos de acceso al agua y uso de la misma. Sin embargo en el proceso de escogencia hubo cierto sesgo, ya que tanto el personal administrativo como técnico del proyecto PROMESA no se valió de un modelo único para escoger las comunidades en las cuales se iba a ejecutar el proyecto de Salud Familiar.

La matriz utilizada solo representó una herramienta que adicionada con los argumentos de técnicos de otros proyectos y concedores de la región, se determinó cuales serían las comunidades en que se ejecutaría Salud Familiar. PROMESA tiene una serie de políticas que de una u otra manera incidieron en la decisión, por ejemplo los horarios de llegada cuando se va al campo, principios de seguridad, entre otros.

Es necesario la elaboración de un instrumento único que abarque todos los principios que PROMESA como política se ha planteado. Este instrumento será capaz de brindar información acerca de las necesidades prioritarias que hay en la región, de manera que pueda ser utilizado por personas externas al proyecto si es que decidieran contribuir a mitigar el sin numero de problemas que afrontan las comunidades rurales de la región y de la mayoría de nuestros países.

3.11.2 Establecimiento de una base de datos

Fueron elaborados dos tipos de encuesta, una sobre las condiciones de la casa y otra enfocada a la salud de la familia (ver anexo 4). Éstas fueron aplicadas a la mayor parte de las familias (90%) de las dos comunidades, con el apoyo de estudiantes y de productores enlace.

Posteriormente se estableció una base de datos utilizando el programa de computación Access 2000 con el propósito de comparar la situación actual una vez finalizado el proyecto y así poder medir los logros o impactos obtenidos. La base de datos será una

herramienta utilizada por el personal de PROMESA u otras personas que lo soliciten para satisfacer inquietudes o preguntas referentes al historial de la comunidad (condiciones de vivienda, enfermedades más comunes). Esta información servirá como punto de partida al momento de realizar las evaluaciones ex-post al proyecto Salud Familiar. Con la ejecución de proyectos futuros, se espera tener una base de datos completa y actualizada de todas las comunidades de la región midiendo impacto en las condiciones de salud como consecuencia de logros y objetivos cumplidos.

Hay que reconocer que la investigación, análisis y acción para ver efectos de proyectos, es un proceso que puede tener sus metas, pero que es un proceso “sin fin” que se va perfeccionando y afinando en cada nivel de avance de desarrollo tanto local como regional.

En la mayoría de los proyectos de desarrollo, predominan metodologías que utilizan instrumentos convencionales de recolección de información tales como encuestas (las cuales tienen preguntas precodificadas) principalmente en la etapa de diagnóstico. En muchos casos las categorías utilizadas en las preguntas precodificadas provienen de clasificaciones hechas sin base empírica, y cuando tienen esa base, han sido transferidas de situaciones urbanas, con otra problemática o limitaciones.

Se necesita desarrollar en los centros de salud y otras entidades que prestan servicios de salud a las comunidades una “cultura de datos” obteniendo información más confiable y precisa acerca de los problemas que adolecen las mismas.

Uno de los mayores logros que se obtuvo en esta etapa del proceso fue el censo casi completo en ambas comunidades. Hubo sesgo al momento de realizar las encuestas ya que fueron hechas por estudiantes que al parecer no tenían una base sólida de cómo realizar de manera eficiente y confiable estos instrumentos de diagnóstico. Al momento de alimentar las base de datos se presentaron algunas contradicciones, por lo que es necesario incluir una fase de capacitación a encuestadores y que los instrumentos tengan preguntas control de manera disminuir el sesgo. Hay que privilegiar la observación frente a la entrevista formal, cuando se pregunte no sugerir respuestas (no autoinvestigarse) y combinar estudios de diagnósticos o investigaciones externas con la auto-investigación realizada por los mismos habitantes de las comunidades.

3.11.3 Presentación del proyecto a las comunidades

Se presentó el proyecto en la fecha establecida en el cronograma de actividades (ver anexo 12). Posteriormente se realizaron reuniones para definir el número de participantes. Se le dio la potestad a cada persona que eligiera la mejora que deseaba realizar. Como expectativa se contó con la participación del 50% de la población en cada comunidad (aproximadamente 25 casas por comunidad), finalizando con la participación del 80% de la población encuestada que a su vez era cerca del 100% del total de las dos comunidades donde se ejecutó el proyecto. Este cambio se debió primordialmente al conocimiento profundo de la filosofía del proyecto y a la manera sencilla de realizar las mejoras en los hogares. En primera instancia se dio la oportunidad de elegir dos actividades para mejorar su hogar, ya que una de las principales limitantes del proyecto fue el monto financiero que se disponía para la ejecución del proyecto. Con la cantidad oficial de participantes se veía la posibilidad de incluir más actividades en cada familia. Cada participante priorizó dos

actividades a realizar dada su disponibilidad de recursos financieros, principalmente por el pago que tenía que hacer por la entrega de materiales el cual sería depositado en la caja rural establecida en cada comunidad.

En el anexo 13 se muestra la lista de personas participantes por comunidad, incluyendo el monto de la actividad a realizar para mejorar su hogar.

Salud Familiar partió de la premisa que mejorando hogares obtendremos en un mediano y largo plazo mejores condiciones de salud. El proyecto se presentó en ambas comunidades, teniendo una afluencia de personas aceptable (86% del total de la comunidad). PROMESA es reconocida en las comunidades de la región como una dependencia de Zamorano que contribuye a mejorar la salud de la población. Durante varios años PROMESA ha tenido un componente fuerte de Brigadas Médicas, las cuales han contribuido a solventar problemas presentes en la comunidad. Esto representa una ventaja comparativa frente a otros proyectos, ya que hay una disposición por parte de los pobladores a colaborar cuando PROMESA llega a la comunidad.

Cabe mencionar que luego de presentar la filosofía del proyecto, se creó cierta barrera cuando se dijo que cada miembro que entrara al proyecto Salud Familiar tendría que pagar por cada material que utilizara para la realización de las mejoras. El personal técnico sustentó las razones por las cuales se había tomado esa decisión manifestando que lo que se buscaba era disminuir en gran medida el sentimiento paternalista que programas y proyectos anteriores habían desarrollado en la mayoría de las poblaciones de nuestros países.

La respuesta a la metodología utilizada fue bastante aceptada en ambas comunidades. Aunque el proyecto no se fijó metas claras referentes a cuantificar los cambios en las condiciones de salud de la población una vez finalizado el proyecto. Claramente se observa un cambio en actitud en los pobladores, mayor capacidad de organización (dos grupos comunales bastante sólidos) rigiéndose por reglamentaciones y códigos de honor, obteniendo un funcionamiento muy bueno lleno de acciones futuras que de continuar con los mismos comportamientos garantizan el éxito del proyecto Salud Familiar.

3.11.4 Desarrollo del proyecto

3.11.4.1. Mejora de hogares. Durante el período de adecuación, que incluía el diagnóstico, presentación del proyecto, se pretendía involucrar la mayor cantidad de familias, ya que uno de nuestros principales objetivos era mejorar las condiciones de salud en toda la comunidad.

➤ La Ciénega

Esta comunidad presentó una mejor respuesta para participar en el proyecto (98% de la población total), de las cuales el 87% realizó por lo menos dos mejoras o más.

Se encuestaron 44 jefes de familia de los cuales el 18% fueron hombres y 26% mujeres (anexo 13). Como se puede observar en el cuadro No. 1, el 90% de las casas están construidas de tierra (adobe), 50% tienen pisos de tierra y 39% no tienen las paredes de su casa con repello. Esto implica un fuerte potencial de incidencia de enfermedades

transmitidas por vectores que se desarrollan en condiciones como las presentadas anteriormente. Tal es el caso de la enfermedad de Chagas la cual es transmitida por el *Triatoma dimidiata*, conocido popularmente con el nombre de *chinche picuda*. Según la encuesta realizada por el personal de PROMESA en la etapa de diagnóstico del proyecto Salud Familiar, La Ciénega presenta cuatro casos diagnosticados por la enfermedad de Chagas. El 94% de las casas de habitación no tienen protección de puertas y ventanas y en adición el 73% de las familias poseen animales domésticos no encerrados. La libre circulación de animales domésticos (perros, gatos, gallinas, cerdos) por toda la periferia del hogar, siendo estos portadores de hongos e insectos vectores de enfermedades. En La Ciénega tres de cada diez personas presentan problemas a causa de enfermedades dermatológicas (alergias, piel reseca, granos y manchas en la piel). Al no tener las puertas y ventanas protegidas se corre el riesgo de la entrada de moscas, mosquitos y zancudos. Dado que no hay un cuidado permanente al momento de realizar las actividades del hogar (elaboración y almacén de alimentos, atención y cuidado de niños, manejo de los desechos domésticos), éstos representan una amenaza de la posible aparición de enfermedades gastrointestinales, malaria y dengue. En la actualidad, una de cada cuatro personas que viven en el hogar siempre están enfermos de diarrea u otra enfermedad gastrointestinal (acidez, vómitos).

De los 44 hogares encuestados el 86% utilizan fogón como medio para la cocción de alimentos. Curiosamente 34% de los mismos no tienen chimenea. Los fogones (cerca del 100%) están ubicados dentro de la casa por lo que concluimos:

Al no tener chimenea, todo el humo desprendido del material energético podría incidir en la presencia de enfermedades respiratorias. En esta comunidad el 86% de las personas presentan enfermedades de carácter respiratorios (gripes, tos, infecciones).

Las mejoras a los hogares fueron definidas por el proyecto Salud Familiar, representando pequeñas debilidades al momento del desarrollo del proyecto. De las personas que no participaron en Salud Familiar manifestaron que esa política representó una de las causas fundamentales por las cuales tomaron esa decisión. En un inicio los participantes así como los no participantes, no visualizan el beneficio que pueda tener a mediano y largo y plazo el incurrir en actividades que vayan encaminadas a mejorar las condiciones de salud en las que actualmente viven. Su percepción demuestra que ellos ven las mejoras como algo que ofrece una visión más agradable de lo que es su hogar. Sin embargo a lo largo del desarrollo del proyecto, ya hay opiniones que reflejan un cambio de actitud al momento de percibir el beneficio que significa la realización de las mejoras (menor número de moscas, ausencia de animales domésticos circulando por el hogar).

La lista de mejoras presentada por los técnicos del proyecto, fueron analizadas en la etapa de planificación. Se trató en lo más posible realizar actividades que contribuyeran a mejorar la salud de las personas ya sea atacando problemas de higiene (corrales, protección de puertas y ventanas), uso y aprovechamiento de agua (pilas) y otras que tienen efecto cascada y/o “halo effect”¹ como ser la construcción de pisos y paredes de cemento (frecuencia de limpieza), educación en salud (puertas y ventanas cerradas).

¹ Halo effect, es un término en inglés que se refiere a los efectos adicionales (no precedidos) que traen consigo algunas actividades.

Cabe mencionar que a medida que se fue desarrollando el proyecto, se obtuvo un mejor entendimiento de la metodología utilizada. Se apoyaron actividades que estaban fuera de la lista inicial pero que de igual manera cumplían con los objetivos del proyecto (casetas de letrina, aceras, entre otros).

Como lecciones aprendidas, se recomienda que al momento de definir las actividades a realizar, se tomen en cuenta opiniones de los pobladores de la comunidad, ya que surgieron algunas propuestas de actividades muy interesantes que están orientadas a obtener ambientes y condiciones saludables (tanque para almacenamiento de agua, canales para agua lluvia).

La cantidad y tiempo de permanencia de agua en esta comunidad es limitada. El cuadro No. 2 hace referencia a los principales problemas que se presentan al momento de acceder a las fuentes de agua para consumo, la cantidad y la disponibilidad de la misma.

La Ciénega no cuenta con un sistema de agua potable. El 91% de las familias abastecen la demanda de agua de sus hogares de cuatro pozos que se encuentran en propiedades privadas. El 80% de los hogares presentan dificultades para el abastecimiento de agua durante el año. Debido a la limitante de conocimiento en el uso y manejo del agua para consumo, los propietarios de los pozos no purifican la fuente de agua. Sin embargo, ocho de cada diez familias purifican el agua que se utiliza en el hogar utilizando en su mayoría el método de ebullición por ser éste de menor costo. A lo largo de las visitas a la comunidad se pudo observar que los pobladores no están tratando el agua de consumo pese a que en las encuestas respondieron que si hay un tratamiento. A pesar de el sin fin de problemas que presenta la comunidad de La Ciénega para disponer y acceder a fuentes de agua de buena calidad, los resultados de la encuesta no reflejan incidencia de problemas gastrointestinales (diarreas, cólicos, y otros). En un estudio reciente realizado en esta comunidad acerca del nivel de conocimiento y comportamiento con respecto al tratamiento que se le da a las aguas como una manera de prevenir enfermedades diarreicas (Rojas, 2001), los encuestados no describieron los síntomas de diarrea como hacen los médicos (movimientos de heces líquidas varias veces durante el día), por lo que podemos concluir que los pobladores no tienen definido los síntomas que presentan las enfermedades gastrointestinales lo que conlleva a dar respuestas de ausencia de las mismas.

El 55% de las familias almacenan el agua de consumo familiar en baldes, 27% en tambos y 16% en botes, lo que implica que este recurso está expuesto completamente al ambiente y además está accesible para la utilización de utensilios de cocina (tazas, vasos, cucharones) al momento de querer extraer el agua para su posterior utilización y muchas veces éstos no poseen las condiciones higiénicas necesarias lo que representan una contaminación proveniente de dos fuentes.

Según Rojas (2001), las principales fuentes de agua de La Ciénega presentan en promedio 339 Coliformes Fecales (CF) por cada 100ml de agua, cuando el permisible para el abastecimiento de poblaciones es 100 CF en 100 ml de agua (ver cuadro No.3). Como se dijo anteriormente la mayoría de los pobladores abastecen de pozos y quebradas su demanda de agua. Estas fuentes son contaminadas por la ausencia de un lugar adecuado para depositar residuos domésticos y de aguas negras. El 22% de los hogares hacen sus necesidades al aire libre y el resto posee letrinas con fosa sépticas no impermeabilizadas

lo que representan un foco de contaminación, una por arrastre y escorrentía hasta la quebrada y la otra por infiltración e interflujo en la parte subterránea.

La comunidad de La Ciénega presenta problemas serios referentes a la calidad y disponibilidad de agua. Es necesario reforzar principios de manejo de agua para consumo a nivel familiar. Salud Familiar II podría incluir en la lista de actividades la compra de utensilios de cocina que contribuyan a la obtención de ambientes más higiénicos, por ejemplo la compra de recipientes con tapa para almacenar el agua de uso familiar. Se puede complementar esta idea con la elaboración de afiches que enumeren cuidados que se deben tener al momento de manejo de agua en la casa. Debemos inculcar la importancia de utilizar un método de purificación de agua (sea este cloración o ebullición por ser más funcionales) tomando como base resultados de análisis de agua hechos de las fuentes de las cuales la comunidad abastece su demanda presentando parámetros de calidad establecidos para consumo y las implicaciones que se tienen cuando no son los deseados. Con esto se busca despertar la iniciativa e interés en los pobladores para que busquen soluciones viables a la problemática, mitigándola con la utilización de métodos de purificación en el agua que consumen.

Salud Familiar puede apoyar actividades que incentiven el cuidado de agua desde la fuente. Puede proporcionar a los dueños de las propiedades en las cuales están los pozos algunos materiales que se utilizarían para cercar la fuente de agua (pozo) evitando la libre circulación de animales (perros, vacas, burros, caballos) y por ende disminuir el riesgo de contaminación los mismos.

Con respecto a la incidencia de enfermedades comunes que se presentan en los miembros de la familia, es fundamental verificar si las personas de las comunidades tienen claro la definición de la enfermedad la cual manifiesta que es común en su familia. Podemos agregar en los instrumentos de diagnóstico un ítem donde la persona encuestada, entrevistada u otra, describa los síntomas o simplemente que justifique lo que está respondiendo.

Cuadro No. 1
 Información referente a las condiciones de la casa
 La Ciénega, San Antonio de Oriente (SAO)

	(%)	
	Sí	No
Casa de tierra	91	9
Pared repellada	61	39
Piso de tierra	50	50
Techo de teja	82	18
Protección de puertas	7	93
Protección de ventanas	7	93
Fogón mejorado	86	14
Chimenea	66	34
Terreno para cultivar	93	7
Posesión de animales	82	18
Permiten que los animales entren a su casa	61	39
Animales encerrados	27	73

Cuadro No. 2
 Información referida a las condiciones de agua
 La Ciénega, SAO

	(%)	
	Sí	No
Comparte la fuente de agua	66	34
Problemas para obtener agua en el año	86	14
Tratamiento en la fuente de agua	7	93
Tratamiento en la casa	77	23

Fuente: Community Assessment, PROMESA, 2002.

Cuadro No. 3
 Parámetros establecidos para consumo humano

USO DEL AGUA	CT UFC/100ml	CF UFC/100ml
Consumo	10	0
Abastecimiento de poblaciones	500	100
Preservación de flora y fauna	10000	2000
Uso agrícola: -vegetales a consumir crudos -cualquier otro tipo de cultivo	1000 10000	200 2000
Uso pecuario: -ganadería -acuacultura	5000 100	100 20

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998)

➤ **Barrio Las Tablas**

A diferencia de la comunidad de La Ciénega, en esta comunidad hubo menor participación por parte de la población. De las 61 familias encuestadas solamente el 60% aceptaron participar en el proyecto de Salud Familiar (ver anexo 14). En un inicio se tuvo la participación de 28 familias, luego se permitió en ambas comunidades la incorporación de 10 familias adicionales ya que PROMESA dentro de su componente Abogación, Enlace y Facilitación consiguió el apoyo logístico y económico para la realización de 33 letrinas, quedando disponibles fondos económicos que en un inicio fueron destinados para la compra de materiales y equipo para la construcción de letrinas. En el cuadro No 4, se pueden apreciar los resultados que se obtuvieron en la etapa de diagnóstico.

Se puede observar claramente que las condiciones de la casa en la comunidad son sumamente precarias. En Barrio Las Tablas la mayoría de los habitantes se dedican a la agricultura de subsistencia, por lo que no tienen remanente de producción que pueda ser comercializada y obtener ingresos para acceder a otros recursos que mejoraran sus condiciones de vida. En menor porcentaje que La Ciénega, las casas son construidas de tierra por lo que también hay potencial de desarrollo de vectores como el que transmite la enfermedad de Chagas y otras enfermedades. Los resultados que muestra el diagnóstico realizado en abril del presente año, Las Tablas presenta 21 casos de la enfermedad de Chagas. Cincuenta y tres de los 61 hogares encuestados poseen piso de tierra y 100% de las puertas y ventanas no tienen protección. Dadas estas condiciones acompañada de que el 59% de las familias encuestadas permiten la entrada y libre circulación de animales por las periferias del hogar, no es de sorprenderse si encontramos incidencia de enfermedades dermatológicas y otras como dengue y malaria (19%). Pese a que el 69% de los hogares cuentan con un sistema de agua potable, hay mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales (20%) pero, el tratamiento que se le da al agua de la fuente es deficiente en términos de aplicación (cloración) y en adición el relieve de la comunidad es más irregular lo que lo hace más vulnerable a contaminación por erosión de suelo. De los 61 hogares encuestados 47 presentan enfermedades respiratorias agudas (infecciones en la garganta y fosas nasales, catarro, gripe y tos).

En Barrio Las Tablas en comparación con La Ciénega hay mayor disponibilidad de agua durante el año (ver cuadro No. 5) y la mayoría de los habitantes utilizan letrina para la realización de sus necesidades fisiológicas. Con esto se disminuye el riesgo de contaminación de las aguas que son utilizadas para el consumo. Según Rojas (2001), la aldea de Hoya Grande presenta 20 CF/100ml, lo que significa que no llena los requisitos para consumo humano. Solamente el 18% de los hogares están tratando el agua que utilizan en su hogar usando mayormente el método de cloración, esto pierde credibilidad ya que otra pregunta del cuestionario hace referencia a la frecuencia del tratamiento y el 82% de los que respondieron que si trataban el agua en la casa se contradijeron porque nunca lo hacen. Gran parte de la población almacena el agua que consume en baldes (cerca del 70%) y según la observación directa de encuestadores y registradores, las amas de casa no están protegiendo los recipientes de almacenamiento. Moscas y mosquitos están volando alrededor de los lugares donde están colocados los recipientes con agua y hay carencia de una cultura de manejo de la basura, casi todos los pobladores la botan a

espacio abierto sin precaución de clasificarla y que ésta pueda servir como abono para la producción agrícola.

Cuadro No. 4
Información referente a las condiciones de la casa
Barrio Las Tablas, Hoya Grande Morocelí

	(%)	
	Si	No
Casa de tierra	66	34
Pared repellada	39	61
Piso de tierra	87	13
Techo de teja	64	36
Protección de puertas	0	100
Protección de ventanas	0	100
Fogón mejorado	92	8
Chimenea	26	74
Terreno para cultivar	54	46
Posesión de animales	87	13
Permiten que los animales entren a su casa	59	41
Animales encerrados	20	80

Cuadro No. 5
Información referente a las condiciones de agua
Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí

	(%)	
	Sí	No
Comparte la fuente de agua	34	66
Problemas para obtener agua en el año	82	18
Tratamiento en la fuente de agua	70	30
Tratamiento en la casa	18	82

Fuente: Community Assessment, PROMESA, 2002

La mayoría de las familias son numerosas, pobres viviendo en condiciones sumamente precarias, tienen poca educación, ingresos alrededor de US\$ 1-3 por día, carecen de un sistema adecuado de agua potable. Existe un índice muy alto de la población que adolece de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, malaria y dengue; en menor escala las familias padecen de enfermedades dermatológicas, chagas y un número pequeño de casos de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Cada familia posee por lo menos una pequeña parcela agrícola y escaso ganado. Muchas de ellas anteriormente han tenido contacto con algún proyecto de conservación de suelos y de agua. Esto justifica que:

- La experiencia de campo parece indicar que es mejor limitar un proyecto a un distrito agrícola general homogéneo en cuanto al tipo de población y potencial de éxito que éste pueda tener, es decir, los límites del proyecto deben basarse en condiciones ecológicas o económicas y no en divisiones administrativas.
- Para complementar el éxito de un proyecto de salud, es necesario tomar en cuenta el historial epidemiológico del entorno y de esta manera diseñar modelos que puedan enfocarse a la realización de actividades que además de tener un efecto curativo puedan tener un efecto preventivo mejorando así las condiciones de salud de la población.

3.10.4.2 Entrega de Materiales. Después de haber firmado los compromisos donde se describía la obra a realizar por cada familia, se procedió a la compra de materiales. En el anexo 15 se muestra la lista de participantes con cada obra que realizó. En promedio cada participante realizó 2.53 mejoras (± 2.16) para La Ciénega y 1.56 (± 0.96) en Barrio Las Tablas, destacándose en la primera comunidad la obra de protección de puertas y ventanas (cerca del 50% de participantes) y construcción de pila (34%) para la segunda. Los materiales fueron entregados aproximadamente 30 días después de firmado el compromiso, procediendo después a la construcción de las obras.

En el cuadro número 6, se presentan los costos promedios por habitante que incurrieron en compra de materiales. Claramente se puede observar la diferencia en la inversión de una y otra comunidad (50% menos en Las Tablas). La Ciénega presenta mayor porcentaje de participantes (38% más que en Las Tablas). Esto es lógico ya que esta comunidad ha presentado mayor disposición a participar en proyectos que se han ejecutado en la comunidad. Los pobladores tienen mayor experiencia en negociar y de cierta manera se ha vencido el temor para trabajar con capital proveniente de crédito ya sea éste de la banca formal o informal. Pese a la similitud de ambas comunidades en términos de familias residentes en ellas y presencia de proyectos anteriores, Barrio Las Tablas, según la opinión de técnicos de proyectos anteriores, ha sido un barrio que ha mostrado una actitud pasiva con respecto a la ejecución de actividades y proyectos comunales que se han realizado en Hoya Grande. Muchas veces ellos ven a Hoya Grande como una comunidad aislada que vela por sus propios intereses. La carencia de líderes comunitarios, condiciones de extrema pobreza, condiciones precarias de salud, adicionada de un bajo nivel educativo, trae como consecuencia que Barrio Las Tablas tenga mucho más temor a endeudarse que los habitantes de La Ciénega, lo que requiere de mayor esfuerzo y dedicación por parte de los técnicos del proyecto de Salud Familiar para vencer paradigmas que predominan en cada uno de los habitantes de Barrio Las Tablas.

Cuadro No. 6
Costo per cápita de inversión de materiales

	Las Tablas	La Ciénega	Diferencia (%)	Diferencia en Lps.
Costo Promedio	920.03	1818.3	50.60	898.27
Desviación Estándar	400.89	1365.80	29.35	964.91

Fuente: Salud Familiar, PROMESA, 2002

En cada comunidad se identificó un beneficiario enlace, este fue escogido por actitudes positivas que se percibieron en la etapa de diagnóstico e inicios del proyecto. Salud Familiar trató en lo posible no parcializar al momento de la ejecución de actividades pese a las diferencias encontradas, esto para evitar el sesgo de resultados que relucirán al momento de las evaluaciones ex-post.

Salud Familiar cumplió con los compromisos establecidos en los contratos de entrega de materiales. Esto hace que PROMESA adquiera confiabilidad y credibilidad frente a los pobladores de la comunidad. Sin embargo hubo flexibilidad al momento de distribuir los materiales adicionando cantidades menores pues, no se logró un cálculo exacto cuando se definieron las mejoras a realizar.

El costo per cápita en inversión de materiales fue mayor en La Ciénega que en Barrio Las Tablas. Las mejoras escogidas por cada familia obedecieron a prioridades de la comunidad (agua), factores económicos (valor monetario) y otros factores como la carencia de conocimiento que no permitió visualizar el beneficio tanto en salud como en bienestar y satisfacción.

3.10.4.3. Establecimiento de sistemas de financiamiento rural

Tanto en la comunidad de La Ciénega así como en Barrio Las Tablas, no existía un sistema financiero donde los pobladores pudieran acceder al momento de decidir operar con capital proveniente de créditos. En el compromiso que firmó cada participante (anexo 7), claramente establecía que cada beneficiario del proyecto tenía que pagar el costo de cada material utilizado para las mejoras de su hogar. Éste sirvió como capital semilla para el establecimiento de una Caja de Ahorro y Crédito Rural en cada comunidad.

Como ninguna de las dos comunidades había tenido conocimiento y experiencia de cómo es el funcionamiento de estos sistemas de créditos informales, Salud Familiar incorporó un componente fuerte de capacitación para adiestrar a los participantes en el uso y funcionamiento de la Caja Rural (anexo 9) y que estos conocimientos los pudieran aplicar al momento de realizar actividades que vayan en pro de su mismo desarrollo. Se formó un grupo en cada comunidad integrado por todos los beneficiarios del proyecto con la siguiente estructura organizativa:

- Asamblea General
- Junta Directiva
- Junta de Vigilancia

Estas tres instancias de organización son las que regulan el funcionamiento y manejo de la caja rural.

La caja ofrece los siguientes servicios:

- **Ahorro:** sobre los cuales se paga una tasa de interés, acorde a las establecidas por el sistema bancario o sencillamente en acordada por los socios.
- **Préstamos:** orientados a actividades realizadas por los socios. El objetivo de Salud Familiar es que cuando la caja ya este consolidada social y económicamente, los socios o personas particulares puedan tener acceso fondos financieros para darle seguimiento a las mejoras de sus hogares y poder llegar a obtener un efecto cascada y mejorar las condiciones de salud. Sin embargo los miembros también pueden obtener prestamos para la realización de cualquier otra actividad que para ellos sea pertinente.
- **Inversión:** la caja rural como empresa mercantil, podrá orientar recursos de sus socios al financiamiento de inversiones colectivas u otras que la Asamblea considere.

➤ **Caja De Ahorro y Crédito Rural Promesa y Esfuerzo**

Este grupo pertenece a la comunidad de La Ciénega, integrado por 47 socios. Cada socio, treinta días después a partir de la fecha que se le entregó el último material, por acuerdo de la junta directiva y aprobado por la asamblea general de la caja, procedió a pagar la suma de Lps. 50.00 por concepto de amortización de la deuda o préstamo incurrido para la compra de materiales y ahorros mensuales por la suma de Lps. 5.00 que una vez cancelada la deuda este aumentaría a Lps. 20.00, siguiendo los estatutos establecidos para el establecimiento de una caja rural. Las tasas de interés de La Caja Rural Promesa y Esfuerzo se detallan en el cuadro No. 7

Cuadro No. 7

Tasas de interés establecidas por la Caja Rural Promesa y Esfuerzo
La Ciénega, SAO

Clientes	Tasa de Interés	
	Créditos	Ahorros
Miembros o socios	3%	1%
Particulares	4%	1%

Fuente: Caja de Ahorro y Crédito Rural Promesa y Esfuerzo, 2002.

Los miembros del grupo han respondido muy bien al pago de las cuotas establecidas para amortizar la deuda, de igual manera a los depósitos por concepto de ahorros.

Los habitantes de La Ciénega, ya han tenido experiencia con la obtención de crédito en la Cooperativa de Ahorro y Crédito de la comunidad de San Juan del Rancho, de hecho muchos de ellos se dedican a comercializar productos agrícolas en ferias en Tegucigalpa y tienen un grado de adiestramiento mayor si los comparamos con los habitantes del Barrio Las Tablas.

➤ **Caja de Ahorro y Crédito Rural El Deseo**

Este grupo pertenece a la comunidad de Barrio Las Tablas, integrado por 37 socios. Siguiendo los mismos parámetros establecidos por el grupo Promesa y Esfuerzo.

En el cuadro No.8 se muestran las tasas de interés de la Caja Rural El Deseo.

Cuadro No. 8

Tasas de interés establecidas por la Caja Rural El Deseo
Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí.

Clientes	Tasa de Interés	
	Créditos	Ahorros
Miembros o socios	4%	1%
Particulares	5%	1%

Fuente: Caja de Ahorro y Crédito Rural El Deseo

Las diferencias entre los grupos establecidos en cada comunidad radicarón al momento del establecimiento de la Caja. Hoya Grande actualmente posee una Caja Rural, asistida por el Proyecto de Desarrollo Rural de la Región Centro Oriente (PRODERCO), donde los habitantes de Las Tablas pueden acceder a préstamos. Como uno de los objetivos del proyecto Salud Familiar era involucrar instituciones que estaban ejecutando proyectos en la zona, se pretendió orientar a los miembros del grupo “El Deseo” a formar parte de la Caja Rural de Hoya Grande, ya que Las Tablas es parte de la comunidad, y deberían de buscar el beneficio común para salir adelante. Lastimosamente los resultados no fueron favorables, se encontraron algunas debilidades (problemas de organización, definición de funciones, identificación de personas claves) que los miembros de Las Tablas identificaron y se les apoyó en la decisión de formar una caja rural independiente a la de Hoya Grande.

Pese a que los habitantes del barrio no tienen la misma astucia que los habitantes de La Ciénega, han respondido muy bien al pago de las cuotas establecidas.

La tenacidad del beneficiario enlace de Las Tablas ha sido de mucha importancia porque es el que motiva a los demás miembros de la comunidad, y éste a su vez es fortalecido por técnicos de PROMESA mejorando así su labor.

Casi tres meses después inició el pago de las cuotas. Según miembros de la caja rural de ambas comunidades se han obtenido resultados aceptables. En Las Tablas se han

presentado ciertos retrasos con los pagos, pero la junta de vigilancia ha realizado su labor y los clientes de la caja han sabido responder a las visitas.

Se han logrado avances para disminuir la cultura paternalista que ha reinado por varias décadas en nuestros países y se ha reducido el temor a trabajar con créditos.

Las dificultades que se han tenido han sido relativamente pocas (retrazo en el pago de cuotas). Los miembros de los grupos de financiamiento rural han respondido favorablemente a estos inconvenientes, siendo capaces de resolverlos. Se debe tener cuidado ya que algunos de los estatutos o políticas que rigen el establecimiento de cajas rurales pueden obstruir la participación de algunos pobladores, por ejemplo “Una persona no puede ser socia de dos cajas rurales a la vez”. Esta política afectó a unos de los líderes de la comunidad de Las Tablas ya que él pertenecía a la caja rural de Hoya Grande.

3.12. EDUCACIÓN EN SALUD E HIGIENE

PROMESA como proyecto que de desarrollo está interesado en mejorar la salud humana vía el acondicionamiento de los hogares y el fortalecimiento de algunos principios de higiene y educación en salud. Un componente de educación en salud e higiene son fundamentales al momento de buscar la sostenibilidad del beneficio que trae consigo cada una de las actividades incurridas en el proyecto Salud Familiar.

PROMESA en sus componentes Prácticas y Entrenamientos, Enseñanza y asesoría y Medicamentos, equipo y suministros realiza una serie de actividades que van en beneficio de las comunidades menos favorecidas. A través del desarrollo del proyecto Salud Familiar se trató de involucrar a las dos comunidades en actividades de atención y servicios de salud que se ejecutaron en la región (brigadas de ojos, brigadas contra el cáncer, campañas en contra del dengue). Además con el apoyo de URAS PRRAC se realizaron cuatro talleres encaminados a mejorar las condiciones de salud.

PROMESA mediante el convenio PROMESA-UNAH logró que estudiantes de sexto año de la facultad de medicina de la UNAH realicen su pasantía en salud pública en comunidades de la Región del Yeguaré como requisito indispensable de su sexto (6th) año. Los estudiantes son requeridos para formar parte en un programa de cinco (5) semanas de salud pública en las áreas rurales de Honduras. UNAH está autorizada constitucionalmente para formar parte en las acciones que ayudan a transformar la sociedad hondureña, formar médicos altamente entrenados para el trabajo desafiante de proporcionar la salud y el cuidado. Las tres actividades básicas de su trabajo están encaminadas a la enseñanza, proyección e investigación. UNAH solo envía estudiantes a las comunidades que poseen un centro de salud, por lo que la comunidad de La Ciénega se ve limitada a este servicio pues el centro de salud de esa localidad está en construcción.

Salud Familiar tiene contemplado dentro de su planificación talleres demostrativos en temas de:

- Uso y mantenimiento de letrinas
- Uso adecuado del agua (manejo en el hogar)
- Higiene y salud
- Métodos de Planificación Familiar

El componente de Educación en Salud e Higiene, en términos de logros obtenidos, no mostró el peso correspondiente ya que Salud Familiar en su planificación determinó que la alianza hecha con la UNAH vendría a ser parte fundamental de este proceso. Esto trajo como resultado que familias que realizaron mejoras significativas en sus hogares dado el escaso conocimiento, no manejaron de manera adecuada la actividad una vez finalizada. La observación directa indica que hay que motivar a las personas a ir más allá de las actividades realizadas (protección de ventanas y puertas, hechura de pisos y repello de paredes). Debemos desarrollar actividades adicionales que hace que se cumpla el propósito de haber invertido en dichas mejoras. Por ejemplo si doña Pola puso protección a las puertas y ventanas de su hogar, lo ideal sería que ella las tuviera siempre cerradas evitando así la entrada de animales domésticos, moscas y zancudos al interior de su hogar. Al igual que doña Pola, podemos enumerar muchos casos más.

Como lecciones aprendidas, se necesita lograr mejor coordinación con los estudiantes de medicina y el personal de salud de las comunidades para la realización de charlas educativas enfocadas en la prevención. Éstas deben ser impartidas desde el inicio como a lo largo de desarrollo del proyecto. Se debe considerar el empleo de técnicos entrenados en educación y salud y salud comunitaria fijando metas concretas con relación a la disminución de los altos índices de enfermedades presentes en la comunidad.

3.13. MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Luego de la entrega de materiales, cada participante procedió a la realización de su obra. La contrapartida de cada participante fue mano de obra y algunos materiales que se necesitarían para la construcción y culminación de cada mejora. Estos materiales adicionales estaban disponibles en cada una de las comunidades (madera, arena, tierra, entre otros).

En la figura 2.1 y 2.2 se muestran las fechas de culminación de las mejoras en las respectivas comunidades. Los habitantes respondieron muy bien a la realización de sus obras cuyo límite de culminación fue dos meses después que se les entregaron los materiales. Los avances fueron determinados por la disponibilidad del personal técnico de la comunidad (albañiles y carpinteros) que muchas veces trabajaban fuera de los horarios habituales y por el entusiasmo de cada participante.

Porcentaje de mejoras completadas

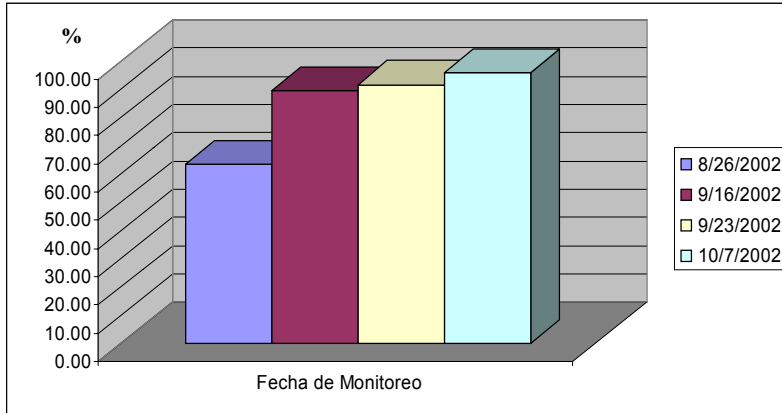


Figura 2
Mejoras culminadas hasta la fecha
La Ciénega, SAO

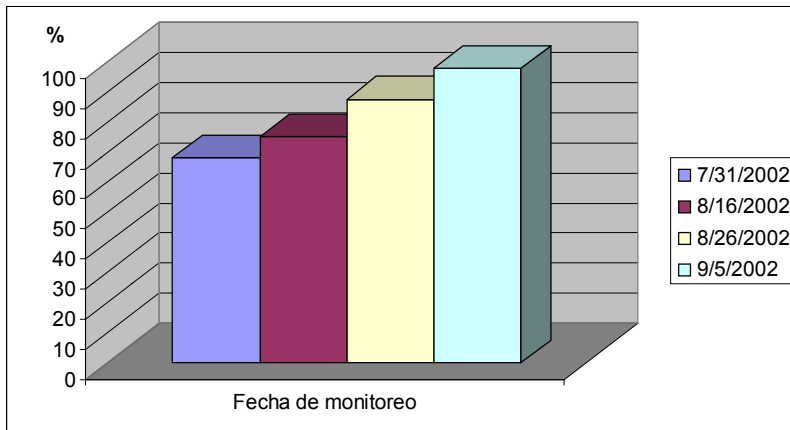


Figura 3
Mejoras culminadas hasta la fecha
Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Moroceli
Discusión

Se requiere un monitoreo continuo de los comportamientos que demuestran las personas de la comunidad, reforzándolo con los recursos logísticos y humanos disponibles en la localidad. Se necesita aceptar que la gente está inmersa en un proceso continuo de investigación donde hay necesidades que surgen de sus propias condiciones de vida y trabajo por lo que hay que fomentar periódica y sistemáticamente la retroalimentación, con el fin de lograr el análisis, la explicación y la orientación que debe seguir la planeación estratégica del proyecto (presencia continua de personal técnico de salud).

3.14. LIMITACIONES DEL PROYECTO

- Debido a las diferencias encontradas en los pobladores de las dos comunidades (experiencia en negocios o proyectos anteriores), se necesitó mayor esfuerzo por parte del personal técnico del proyecto para cumplir con los objetivos propuestos.
- El tiempo de entrega de algunos materiales por parte PROMESA debido a los trámites hechos en Zamorano, esto dificultó la coordinación con los participantes al momento de culminación de sus obras.
- El monto financiero destinado para la compra de materiales con los cuales se realizarían las mejoras, en muchos casos cada participante tuvo que limitarse a dos mejoras.

3.15. LOGROS

Los logros de Salud Familiar se especifican en los siguientes enunciados:

- A través de la organización requerida para la realización de las actividades y componentes, se fortalece el proceso de participación y desarrollo comunitario como la llave para alcanzar el éxito en términos de sostenibilidad.
- Mayor disposición por parte de la comunidad para trabajar con proyectos ejecutados por PROMESA-Zamorano.
- PROMESA como proyecto ejecutor acepta que los pobladores de las comunidades están inmersos en un proceso continuo de bienestar y representa una necesidad que surge de sus propias condiciones de vida y trabajo.
- Las obras o mejoras culminadas representan beneficios concretos valorizados por la comunidad
- Mediante la realización de mejoras a los hogares, claramente se puede observar un ambiente más agradable y saludable en cada una de las casas en particular, menores animales domésticos e insectos circulando por las periferias del hogar.
- Mediante el establecimiento de cajas rurales se incita a la población a operar bajo mecanismos de reglamentaciones y estricto control. Se disminuye la cultura paternalista existente y se da una opción para la obtención de recursos monetarios para la financiación de actividades que ellos consideren.

3.16. LECCIONES APRENDIDAS

Metodología y diseño:

- Definir metas concretas y cuantificadas en relación a la disminución de la incidencia de enfermedades en la comunidad para facilitar un monitoreo más cuantificable.

Base de Datos:

- Definir el propósito por el cual es creada la base de datos, especificando la información que proporciona a los posibles usuarios y su aplicabilidad en términos de utilización de información para la toma de decisiones.
- Antes de iniciar con el trabajo de campo, elaborar una lista de los pobladores acompañada de un mapa de la comunidad para tener una visión general de la comunidad donde estamos operando.
- Se debe de impartir a los encuestadores charlas de los aspectos que se toman al momento de levantar instrumentos de diagnósticos (encuestas, entrevistas, diagnóstico rural rápido) ya que se observaron algunas contradicciones entre los resultados de la encuesta y la realidad.
- Se debe realizar diariamente un estricto control de calidad de la información levantada (verificar que todas las preguntas tengan respuestas, comentarios u observaciones), de esta manera evitamos sesgos que provienen de la información de campo.

Establecimiento de sistemas de financiamiento rural

- Asistir a la Asamblea de cada grupo formado (caja rural), de manera de buscar mecanismos de fijación de cuotas e intereses que vayan acorde con su capacidad de pago.
- No permitir que los nombres de las cajas rurales formadas estén relacionadas directamente con el proyecto ejecutor ya que se pueden crear prejuicios referentes a las tasas de interés de ahorro o préstamos al momento del establecimiento de cajas rurales en la comunidad o en localidades aledañas a ella.
- Tratar en lo posible de fortalecer cajas rurales o bancos comunales ya establecidos.

Materiales:

- Se necesita planificar con tiempo de anticipación los trámites administrativos de compra y distribución de los mismos para evitar retrasos en la entrega de materiales.

Educación en Salud e higiene:

- Al inicio del proyecto incluir capacitaciones para los beneficiarios enlaces en temas de Salud Comunitaria ya que estos son los líderes que motivan a la población a realizar acciones dentro de la comunidad
- Incluir en las reuniones de los grupos o comités organizados charlas de salud de manera de reforzar la relación que hay entre mejoras de la casa y el mejoramiento de salud de la familia (inicio como desarrollo del proyecto)
- Contratar una persona especializada en el área de salud (enfermera) para fortalecer la capacidad del proyecto en esta área.
- Se necesita mejor coordinación con los estudiantes de medicina y el personal de las comunidades para tener mayor cobertura al momento de realizar charlas educativas en salud e higiene.

Monitoreo y seguimiento del proyecto:

- Incluir en el presupuesto recursos económicos para evaluaciones ex -post y visualizar de una mejor manera los efectos de Salud Familiar.

4. CONCLUSIONES

- Es necesario diseñar proyectos que vayan en beneficio de mejorar las condiciones de salud de la región. Actualmente la política de gobierno ha enfocado su estrategia de salud en actividades de curación y no hacia la prevención, lo que implica un alto costo y un bajo beneficio de la inversión en salud. Se necesita contar con "información de calidad" (desarrollar una cultura de datos) para diseñar políticas adecuadas.
- Salud Familiar, busca el balance entre prevención y curación esperando en un mediano, largo plazo operar bajo el enfoque de prevención.
- El diseño de Salud Familiar hace uso de mecanismos que conllevan a la sostenibilidad de actividades enfocadas a mejorar las condiciones de salud vía la destrucción de medios adecuados que permiten el desarrollo de vectores y agentes patógenos causantes de un sin número de enfermedades que adolece la población de la región del Yeguaré.
- El proyecto Salud Familiar busca la sostenibilidad económica, social, institucional y ambiental. En todo el proceso se incita a la población a organizarse y a operar bajo mecanismos de reglamentaciones y estricto control, obteniendo un sentimiento de compromiso y responsabilidad que conlleva a un mejoramiento en los niveles de vida.
- Como supuesto podemos concluir que al invertir en actividades de prevención (mejora de hogares, educación en salud abogación, enlace y facilitación), hay un efecto cascada que impacta no solo en salud, sino que favorece a elevar los niveles de vida de los pobladores rurales vía un mejor desempeño personal, adecuando los capitales de los medios de vida sostenibles.
- Proyectos como este son el punto de partida para la gestión de proyectos futuros que son complemento para llegar hasta un objetivo común de alcanzar medios de vida más dignos mediante el aumento del bienestar de la población (Ver anexo 16).

5. RECOMENDACIONES

- Priorizar comunidades vía la utilización de instrumentos únicos de selección donde se incluya la disponibilidad de recursos monetarios y logísticos, políticas institucionales y otros, evitando tener dos o tres instrumentos de selección que al final no se les da el peso correspondiente al momento de tomar decisiones.
- Establecer metas concretas referentes a la disminución de enfermedades presentes en la región, para cuantificar los impactos del proyecto adicionado de evaluaciones cualitativas.
- Monitorear comportamientos y conductas de la gente para identificar dificultades que se presenten tanto al inicio como en el desarrollo del proyecto, reforzándolo con los recursos logísticos y humanos disponibles en la localidad.
- Privilegiar la observación frente a la entrevista formal ya que al momento de la tabulación de las encuestas hubieron contradicciones que fueron corregidas por los argumentos de encuestadores y registradores.
- Fomentar periódica y sistemáticamente la retroalimentación, con el fin de lograr el análisis, la explicación y la orientación que debe seguir la planeación estratégica del proyecto (presencia continua de personal técnico de salud en las comunidades).
- Involucrar al personal municipal y de salud en la búsqueda de medios de vida sostenibles para crear una cultura de gestión de recursos logrando sostenibilidad de los mismos.
- Complementar la filosofía metodología e implementación del proyecto con algunos componentes que fomenten la generación de ingresos tales como el establecimiento de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES) que a su vez tienen una serie de beneficios para la comunidad tales como, generación de empleo, valor agregado a los productos, entre otros.

6. BIBLIOGRAFÍA

Almeida, H.F. 2000. Análisis de los sistemas de financiamiento alternativo rural en Honduras, bajo el enfoque de género. Tesis Ing. Agr. Zamorano, Honduras. 90 p.

Ardon, M, Croft, J. 2002. La autoinvestigación para la gestión municipal de recursos. Primera edición. Tegucigalpa, Honduras. Editorial LITOCOM. 57 p.

Banco Mundial, 2002. The Health System Reform Project. Report No. 23900-HO.

Biceño-Leon, R. 2000. Salud y Equidad: una Mirada desde las ciencias sociales. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Pag. 15-20.

CEPAL, 1995. Panorama Social de America Latina. Santiago de Chile.

DFID. 1999. Hojas orientativas sobre los medios de vida sostenibles. SPGS1. Pag. 1-22. consultada el 2 de noviembre de 2002. Disponible en www.livelihoods.org

IICA, 1996. Desarrollo Rural en las Américas. XIV. Pag 1-5.

Klonglan, G.E. 1977. Toward a methodology for rural indicators in Rural Development. Report. Iowa State University.

Lacroix. R. 1985. Desarrollo rural integral en América Latina. Primera edición. Washington, D.C.: BM, serie de documentos de trabajo, No. 716S

OMS. 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Consultada en abril de 2002. Disponible en <http://www.who.org>

Schmink, M. 2000. Marco Conceptual para el Análisis de Género y Conservación con Base Comunitaria. Estudio de caso. Pag. 6-10.

SELENER, D. 1997. Manual de sistematización participativa: documentando, evaluando y aprendiendo de nuestros proyectos de desarrollo, Instituto Internacional de Reconstrucción Rural. 2 ed. Quito, Ecuador

Sierra, R. 2000 Integración social y equidad en la perspectiva del desarrollo humano. Primera edición Tegucigalpa: PNUD. 22 p.

Terris, M. 1992. La situación de la salud en el continente americano. Washington, DC: PAHO, serie de Desarrollo de Recursos Humanos, No 95.

Unión Panamericana, 1996. Comité Interamericano de Desarrollo Agrícola. Tenencia de la Tierra y Desarrollo Socioeconómico del Sector Agrícola. Washington, D.C.

6. ANEXOS

Anexo 1.1 Datos Generales de la Región del Yeguaré

PROMESA – PROyecto para el MEjoramiento de la SALud

Datos Generales de la Región del Yeguaré

Área: 1500 km²

Población: 65,000 habitantes
15,000 familias

Departamentos:

Francisco Morazán Municipios: Maraita, San Antonio de Oriente y Tatumbla
El Paraíso Municipios: Guinope, Morocelí, Oropoli, San Lucas, Yauyupe y Yuscaran

Aldeas: 97

Geografía: 87% del área es montañoso.

Centros de Salud:

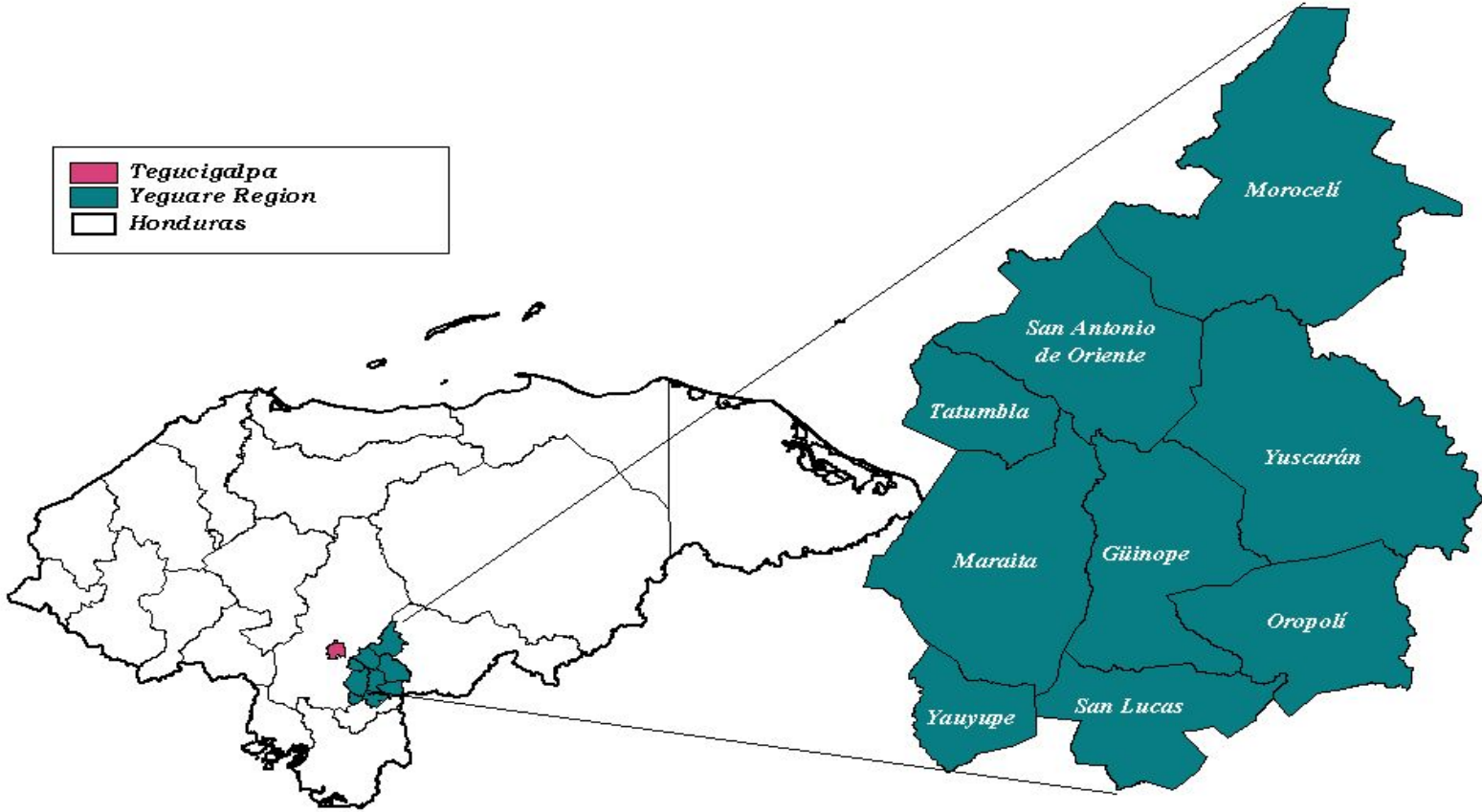
Existen 23 centros de salud en el área, 9 CESAMOS (con un médico) y 14 CESARES (con una enfermera auxiliar). Los CESAMOS tienen un médico de Servicio Social (SS) por contrato (C) o permanente (P).

Guinope:	1 CESAR 1 CESAMO (SS)	Santa Rosa Guinope
Maraita:	3 CESARES 1 CESAMO	Chagüite, Las Tablas, Coato y Maraita (sin médico ahora)
Morocelí:	4 CESARES 1 CESAMO (P)	Mata de Plátano, Buena Vista, Hoya Grande, El Plan Morocelí
Oropoli:	1 CESAR 1 CESAMO (SS)	Corralitos Oropoli
San Antonio de Oriente:	3 CESARES 1 CESAMO (P)	San Antonio de Oriente, San Francisco, Tabla Grande, La Ciénega (en construcción) El Jicarito
San Lucas:	1 CESAMO (SS)	San Lucas
Tatumbla:	1 CESAMO (SS)	Tatumbla
Yauyupe:	1 CESAR	Yauyupe
Yuscaran:	1 CESAR 2 CESAMOS (P)	Las Crucitas Yuscaran (P), Ojo de Agua (C)

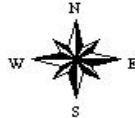
*no esta incluido el servicio médico privado

Location of the Yeguaré Region of Honduras

- Tegucigalpa
- Yeguaré Region
- Honduras



70 0 70 140 210 280 Kilometers



Matriz de selección de Comunidades Salud Familiar-PROMESA										
Lugar	Sist. de H2O		Acceso 12 meses/a	Tiempo/ CS	Interés Com.(1-5)	Casos de Enfermedades	Presencia Zamorano		Presencia de otros Proyectos.	
	Si	(x) No					Si (x)	No	Sí (x)	No
Muni- cipio										
Aldea										

(X)= Preferencia, CS= Centro de Salud,
H2O= Agua, a= año, Com.= comunidad

ANEXO 4.1 DIAGNOSTICO DE LA CASA

ZAMORANO CARRERA DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y AMBIENTE Proyecto PROMESA

DIAGNOSTICO DE LA CASA

Aldea: _____ Encuestador: _____

Municipio: _____ Registrador: _____

Departamento: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: 1=M 2=F

LA CASA

1) Quiénes viven en la casa?

Numero de personas en total _____

2) ¿Qué tipo de casa tiene?

- 1= Adobe
- 2= Ladrillos
- 3= Madera
- 4= Cemento
- 5= Otro _____

3) ¿Están las paredes repelladas?

- 1= Si
- 2= No

4) ¿Qué tipo de piso tiene?

- 1= Tierra
- 2= Cemento
- 3= Ladrillo
- 4= Otro _____

5) ¿Qué tipo de techo tiene?

- 1= Teja
- 2= Lamina
- 3= Zacate
- 4= Otro _____

6) ¿Cuántas puertas de entrada y salida tiene su casa? _____

¿De qué material son?

- 1= madera
- 2= metal
- 3= otro

7) ¿Sus puertas tienen alguna protección?

1= Sí

¿Qué tipo? _____ (tela metálica, plástico, baranda; otro)

2= No

8) ¿Sus ventanas tienen alguna protección?

1= Sí

¿Qué tipo? _____ (tela metálica; plástico; baranda; otro)

2= No

9) ¿Dónde cocina?

1= Fogón

¿Dónde está ubicado su fogón?

1= Dentro de la casa

¿Tiene chimenea?

1= Sí

2= No

2= Afuera de la casa

2= Estufa

3= Otro

10) ¿Qué usa para cocinar?

1= Gas

2= Carbón

3= Leña

4= Otro _____

11) ¿Tiene algún terreno donde su familia cultiva alimentos?

1= Sí

¿Qué clase de alimentos cultivan? _____

2= No

12) ¿Tiene huerta su casa?

1= Sí

¿Tiene cerco? _____

1= Sí

2= No

2= No

13) ¿Qué clases de animales tienen?

caballos/ burros

perro/ gato

ganado

gallinas

otros _____

14) ¿Permite que los animales entren en la casa?

1= Sí

2= No

15) ¿Tiene los animales domésticos encerrados?

1= Sí

2= No

Agua

- 16) ¿De dónde consigue el agua que usa en su casa?
 1= río 2= quebrada 3= pozo 4= sistema de agua
 5= otro: _____
- 17) ¿Esta la fuente dentro de su propiedad?
 1= Sí 2= No
- 18) ¿Comparte la fuente de agua con otras familias?
 1= Sí 2= No
- 19) ¿Tiene problemas para obtener el agua en alguna época del año?
 1 = Si 2 = No
 Explique _____
- 20) ¿Usa la comunidad tratamiento para purificar el agua en la fuente?
 1= Sí 2= No 3= No Sé
 ¿Que tipo? _____
- 21) ¿Usa tratamiento para purificar el agua en su casa?
 1= Si 2 = No
 ¿Qué tipo?
 1= hervir el agua
 2= cloro
 3= yodo
 4= filtro
 5= energía solar
 6= nada
- 22) ¿Si esta tratando el agua en la casa, cada cuanto?
 1= siempre
 2= a veces
 3= muy poco
 4= nunca
- 23) ¿Porqué usa este método en particular y no otros?
 Explique: _____
- 24) ¿Cómo transporta el agua de la fuente a la casa?
 1= Tubería
 2= Canales
 3= Baldes
 4= Zanja
- 25) ¿En que guarda el agua?
 1= Apaste
 2= Balde
 3= Tambo
 4= Barriles
 5= Bote

- 26) ¿Cómo saca el agua que va a usar?
 1= Vaso
 2= Posio
 3= Cucharón
 4= Guacal
- 27) ¿Donde cae el agua que sale del baño o lavadero?
 1= Al aire libre
 2= A la quebrada
 3= Huerta
 4= La utiliza para riego
- 28) ¿Hace algo con las verduras antes de comerlas?
 1= Las lava con agua clorada
 2= Las lava con agua hervida
 3= Las lava con agua sin tratamiento
 4= No las lava
- 29) ¿Hace algo con las frutas antes de comerlas?
 1= Las lava con agua clorada
 2= Las lava con agua hervida
 3= Las lava con agua sin tratamiento
 4= No las lava
- 30) ¿Adónde consiguen el agua que beben los animales?
 1= río 2= quebrada 3= pozo 4= sistema de agua
 5= otro _____

SANIDAD

- 31) ¿Dónde hace sus necesidades?
 1= Monte / Aire libre / Campo (si esta es la respuesta, pase a 35)
 2= Letrina
 3= Servicio lavable
- 32) ¿De qué material esta construida el lugar donde cae la suciedad del servicio?
 1= Madera
 2= Cemento
 3= Tierra
 4= Otro _____
- 33) ¿Qué distancia hay entre la letrina y la casa? (muestre donde se encuentra)
 1= esta en la casa (sí es un servicio)
 2= menos de 5 metros
 3= entre 5 y 10 metros
 4= entre 10 y 20 metros
 5= mas de 20 metros
- 34) ¿Después de usar la letrina o servicio, dónde cae la suciedad?
 1= Quebrada 2= Fosa séptica 3= Abono 4= Otro _____
- 35) ¿Cómo elimina la basura?
 1= la bota
 2= la quema
 3= la amontona para abono
 4= Otro método
 Explique: _____

36) ¿Recientemente algún miembro de la familia ha padecido alguna enfermedad?

1= Gripe

2= Tos

3= Diarrea

4= Conjuntivitis

5= Malaria

6= Chagas

7= Dengue

8= Hongos

9= Hepatitis

10= SIDA

11= Problemas de la piel

12= Otro: _____

Anexo 4.2 DIAGNOSTICO DE SALUD

**ZAMORANO
CARRERA DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y AMBIENTE
PROYECTO PROMESA**

DIAGNOSTICO DE SALUD

Aldea: _____ Encuestador: _____
 Municipio _____ Registrador: _____
 Departamento: _____ Fecha: _____

¿Quién(es) toma(n) las decisiones en la casa?

¿Quiénes viven en la casa?

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Sexo:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

_____ Nombre _____ No. de Identidad _____

SALUD

(Preguntas para mujeres; si es un varón, pase a la pregunta 3.)

1) ¿Cuántos hijos a dado a luz? Numero: _____

- a. ¿Cuántos están vivos y cuales son sus edades?
 Numero: _____ edades _____
- b. ¿De los fallecidos, cual eran sus edades?
 Numero: _____ edades _____

2) ¿Cuál fue la causa de muerte? _____

3) ¿Cuales son los alimentos más comunes que consumen en su casa?

5) ¿Cada cuanto limpia su casa y que utiliza?

6) ¿Tiene problemas de salud crónicos?

1= Si

2= No

cuales son? _____

SERVICIOS DE SALUD

7) ¿Dónde va usualmente para recibir servicios de salud?

1= Hospital

2= Centro de salud (aldea: _____)

3= Guardiana

4= Curandero

5= Otro _____

8) ¿Cómo llega al centro de salud?

caminando 1= Sí 2= No

bicicleta 1= Sí 2= No

bus 1= Sí 2= No

carro 1= Sí 2= No

caballo 1= Si 2= No

Otro 1= Sí 2= No

Explique: _____

9) ¿Cuánto tiempo le toma llegar al centro de salud?

1= menos de 30 minutos

2= entre 30 minutos y 1 hora

3= 1 o 2 horas

4= 2 o 3 horas

5= mas de 3 horas

10) ¿Tiene dificultades para encontrar ayuda medica?

1= Sí

2= No

11) ¿En que periodo del año es mas dificil encontrar ayuda medica?

12) ¿Tiene usted dificultad para pagar por la ayuda medica?

1= Sí

2= No

3= algunas veces

13) ¿Tiene dificultad para comprar sus medicinas?

1= Sí

2= No

3= Algunas veces

14) ¿De donde recibe información sobre salud?

1= Radio

2= Televisión

3= Periódico

4= Revista

5= Enfermera

6= Guardiana

7= Médico

8= Folleto

9= Vecino

10= Otro _____

GENERAL

15) ¿Esta trabajando?

1= Si

2= No

¿A que se dedica? (Si no es agricultura pase a la pregunta 16)

¿ Esta utilizando químicos y cuales?

¿ Dónde los consigue?

¿ Dónde le informan sobre la dosis a utilizar?

¿ Que hace con los envases donde vienen los químicos?

16) ¿Es su trabajo temporal o permanente?

1= Temporal

2= Permanente

COMENTARIOS:

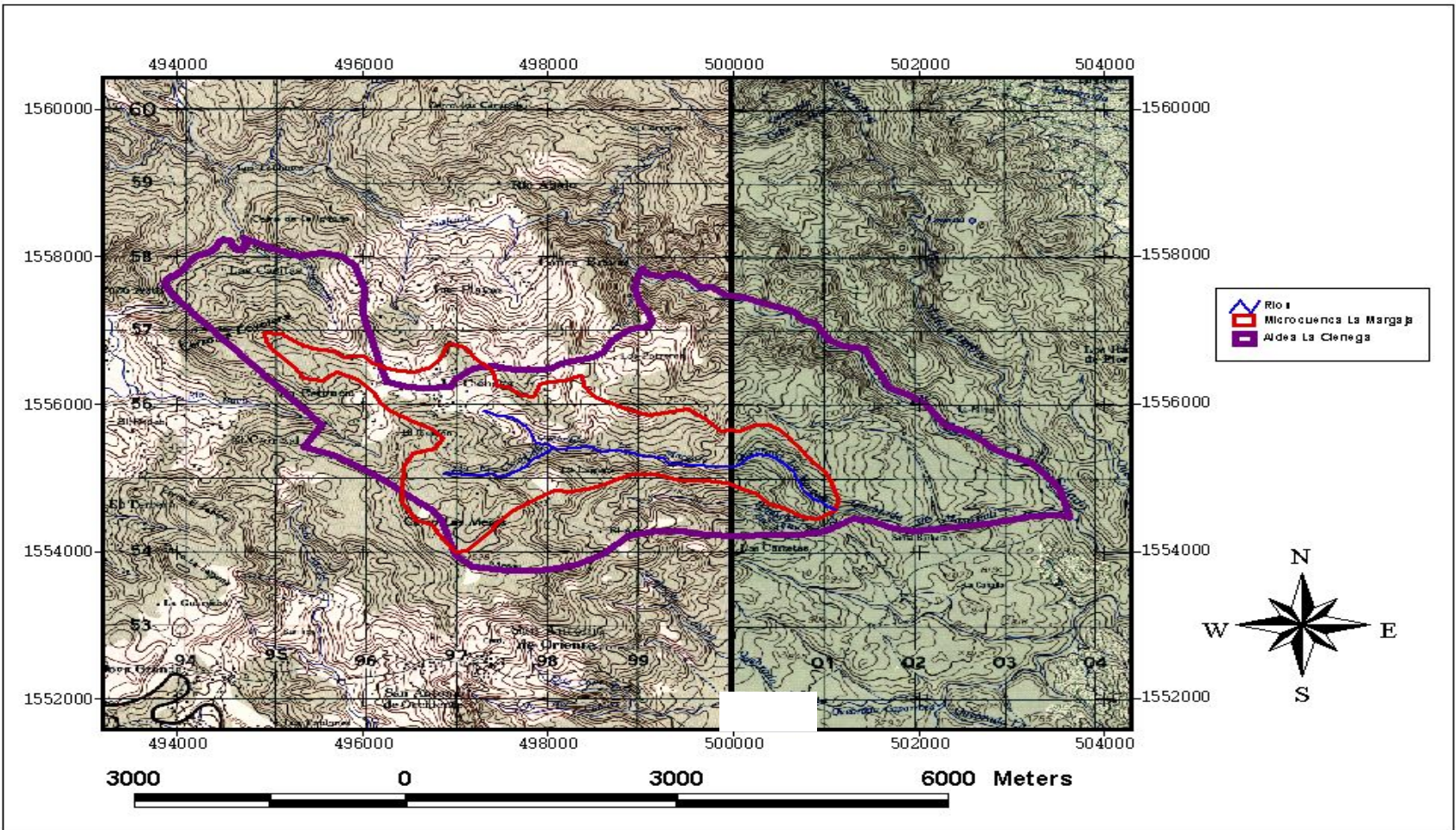
DIAGNOSTICO INDIVIDUAL

	Nombres:	Descripcion de su salud	Esta actualmente enfermo	que esta haciendo para controlar la enfermedad	usa medicamentos	ultima vez que se enfermo	(ultimos 6 meses) cuantas veces se enfermo	De que se enfermo	Cuantos dias perdio de escuela o trabajo por estar enfermo?	Por que cree que se enfermo	En que epoca del año se enferma mas
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Anexo 5.1 Caracterización Socioeconómica de La Ciénega, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán
(Organización de Capitales)

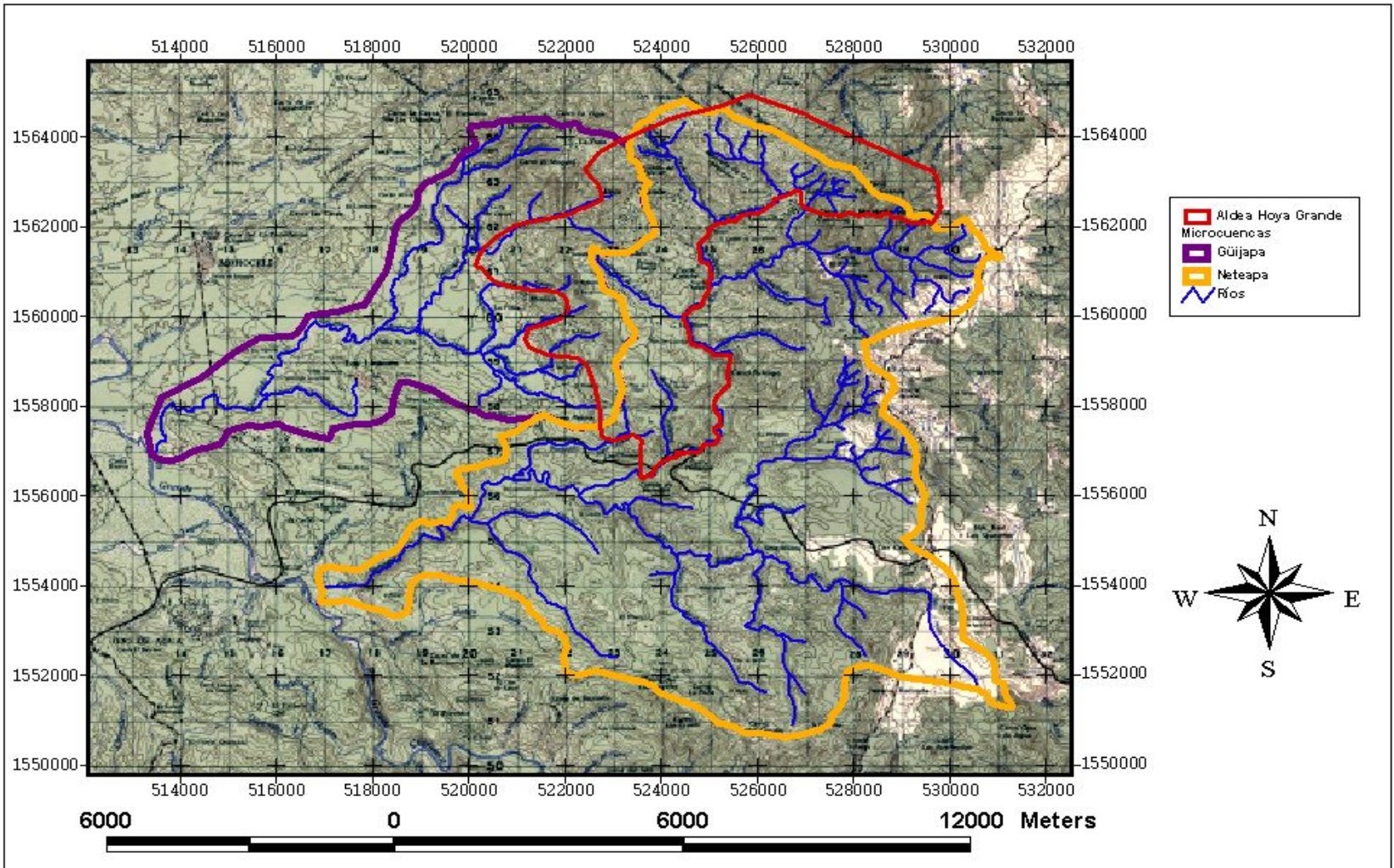
Capital Social
<p>La comunidad de La Ciénega carece de un centro de educación preescolar, posee una escuela de educación primaria y un centro de enseñanza secundaria. No tiene un centro de Salud para atender el sin numero de enfermedades que los pobladores adolecen por los que sus habitantes se desplazan a San Juan del Rancho y El Jicarito en busca de atención medica y medicinas.. No existe un comité de salud y niños al igual que adultos sufren problemas a causa de la desnutrición (33.61). Entre las enfermedades más comunes se destacan: las de origen respiratorio, gastrointestinal, chagas, malaria, dengue entre otras. Dada la carencia de doctores, enfermeras y promotores de salud, existe en la comunidad de La Ciénega personas voluntarias que fungen como guardianas y parteras adiestradas.</p> <p>Cuenta con dos pulperías, una Junta de Agua y un patronato comunal. Además cuenta con una sociedad de padres de familia, una iglesia católica y una evangélica. Los conflictos son regulados por el Juzgado de Paz de San Antonio de Oriente.</p>
Capital Humano
<p>En sus pobladores se encuentran personas que poseen conocimientos de artes y oficios, así encontramos: maestros, carpinteros, motoristas, mecánicos, comerciantes, sastres y jornaleros. Según datos del Proyecto UNIR (1998), la comunidad de La Ciénega cuenta con 200 habitantes agrupados en 64 familias, correspondiendo un 54% a los adultos y 46% a los niños, estimándose el promedio de hijos por familia en 4.29. Según el Informe de IDH (2000), la esperanza de vida para los pobladores es de 68.90 años, con un índice de alfabetismo de 82.25.</p>
Capital Físico
<p>La comunidad de La Ciénega se encuentra ubicada a 7 Km. de la carretera que conduce a Tegucigalpa tomando el desvío a la altura de Típicos "Linda Vista". Su posición geográfica es: 87° 01' 50'' Longitud oeste y 14° 04' 25'' Latitud norte. Carece de energía eléctrica y el 50% de las viviendas tienen piso de tierra. El 72% de las viviendas poseen letrinas, pero su uso se ve limitado por la carencia y disponibilidad del recurso hídrico. No posee campo deportivo, cementerio ni mucho menos un centro comunal.</p>
Capital Financiero
<p>El 50% de la población se dedica a labores agrícolas, entre las que se destacan la siembra de maíz, frijoles y también de hortalizas las cuales se destinan en un 85% para la venta y 15% para consumo interno. La actividad ganadera es poca y muy pobre, limitándose a unas cuantas cabezas, también se dedican a la crianza de cerdos y aves. Los productores no son especializados, están muy poco o nada capacitados en cuanto al almacenamiento, productividad y comercialización de sus productos. La mayoría de la población no poseen propiedades y son asalariados obteniendo ingresos de Lps. 800 y Lps. 1500.00 mensuales.</p>
Capital Ambiental
<p>El bosque de la comunidad es predominante la especie de pino, en la actualidad sin ninguna protección. El bosque en su mayoría es privado y esta expuesto a incendios forestales durante todo el año.</p>
Capital Hídrico
<p>La Ciénega está localizada en la microcuenca La Margaja en el municipio de San Antonio de Oriente. Esta comunidad no cuenta con un servicio de agua potable, ya que no posee las fuentes de aprovisionamiento como ríos y quebradas. Lo único con lo que cuentan es con cuatro pozos privados superficiales que contienen agua sucia y que no es suficiente para el uso de la comunidad. Durante los meses de verano hay poca o nada disponibilidad de agua ocasionando problemas de salud.</p>

**Anexo 5.2 Localización de La Ciénega, San Antonio de Oriente,
Honduras**



Anexo 6.2 Caracterización Socioeconómica de Barrio Las Tablas, Hoya Grande, Morocelí
(Organización de Capitales)

Capital Social
<p>Barrio Las Tablas es un barrio de la comunidad de Hoya Grande, Morocelí. En la actualidad este barrio solo cuenta con una escuela de 2 aulas que atiende de primero a sexto grado, con una maestra para todos los grados (54 estudiantes). El centro de salud mas cercano está en Hoya Grande (aproximadamente a 30 minutos caminando) al cual los habitantes del barrio se dirigen al momento de adolecer enfermedades. Éste es atendido por una enfermera por lo que hay desconfianza que se ve reflejada en una inasistencia al centro de salud. No existe un comité de salud y niños al igual que los adultos sufren problemas de desnutrición (45.36). Los partos son atendidos por personas que fungen como parteras. Entre las enfermedades más comunes se destacan: enfermedades de origen respiratorio, gastrointestinales, chagas, enfermedades de la piel, malaria, dengue y con menor frecuencia SIDA.</p> <p>Barrio Las Tablas cuenta con dos pulperías, una iglesia evangélica y una sociedad de padres de Familia y una Junta de Agua.</p>
Capital Humano
<p>En los pobladores se encuentran personas que poseen conocimientos de artes y oficios como ser: sastres, carpinteros, albañiles, entre otros. Las Tablas posee alberga un total alrededor de 316 personas agrupadas en 61 familias con un promedio de 4-5 hijos por familia. Según el Informe de IDH (2000), la esperanza de vida de estas comunidades es de 69.49 años, con un índice de alfabetismo de 70.45.</p> <p>Los adultos que alcanzaron llegar a la escuela cursaron hasta el tercer grado. Existe poca educación sexual, casi todas las familias tienen más hijos de los que sus condiciones económicas les permiten mantener. Las mujeres se acompañan a muy temprana edad y no existe planificación familiar.</p>
Capital Físico
<p>La comunidad de Barrio Las Tablas pertenece a la aldea de Hoya Grande, la cual esta ubicada al costado este de la cabecera municipal, a una altura aproximada de 1200 m.s.n.m. Su clima es fresco y colinda al este con la comunidad de Lomanillos. Carece de energía eléctrica y el 87% de las viviendas poseen piso de tierra. El 47% de la población cuenta con letrina para realizar sus necesidades. En verano hay carencia del recurso hídrico aunque la comunidad cuenta con un tanque de almacenamiento de agua. No posee con un campo deportivo, cementerio, ni mucho menos con un centro comunal.</p>
Capital Financiero
<p style="text-align: center;">La ocupación básica de la población es el cultivo de café, granos básicos, y en pequeña escala la horticultura, ganadera y caña de azúcar.</p> <p style="text-align: center;">La topografía es irregular y montañosa por lo que es apta para el cultivo de café, el clima es fresco y el invierno es copioso, parte de la población se dedica a la fabricación de utensilios de barro, los cuales son utilizados en sus casas y algunos son comercializados en las comunidades aledañas.</p>
Capital Ambiental
<p>El bosque de la comunidad es predominante la especie de pino y otras especies a pequeña escala (roble y guayabilla). La mayoría de los terrenos son de ladera, en las que se puede observar parcelas con obras de conservación de suelos. Son varias las quebradas que abastecen de agua la comunidad y además cuenta con algunos yacimientos de arcilla de tierra blanca.</p>
Capital Hídrico
<p>Hoya Grande, la aldea a la cual pertenece Barrio Las Tablas, está localizada en las microcuencas Guijapa y Neteapa en el municipio de Morocelí. Actualmente hay suficiente recurso hídrico para abastecer la comunidad, sin embargo hay carencia en el tiempo de verano por la falta de un sistema de distribución eficiente. Hay personas que siembran hortalizas y viveros utilizando el agua de los vertientes para regar sus parcelas.</p>





Anexo 7 Acta de compromiso



ACTA DE COMPROMISO

Yo, _____ con identidad No. _____ habitante de la comunidad de comunidad de _____, municipio de _____, recibiré del proyecto PROMESA materiales para realizar diferentes mejoras en mi hogar, lo cual se especifica en el siguiente cuadro

Actividad (Mejora)	Material	Cantidad	Valor Unitario (Lps)	Valor Total (Lps)
<input type="checkbox"/> Letrina	<input type="checkbox"/> Cemento	Bolsas _____	74.00	_____
	<input type="checkbox"/> Lamina Zinc	Unidades _____	52.00	_____
	<input type="checkbox"/> Madera	Pies T _____	5.60	_____
	<input type="checkbox"/> Clavos 2"	Libra _____	5.50	_____
	<input type="checkbox"/> Asiento	Unidad _____	225.00	_____
	<input type="checkbox"/> Bisagras grandes	Unidad _____	24.00	_____
	<input type="checkbox"/> Varilla C. 3/8"	Unidad _____	30.00	_____
	<input type="checkbox"/> Clavos para Lamina	Libras _____	12.00	_____
	<input type="checkbox"/> Alambre Dulce	Libras _____	6.50	_____
<input type="checkbox"/> Pila	<input type="checkbox"/> Cemento	Bolsas _____	74.00	_____
	<input type="checkbox"/> Ladrillo rafón	Unidades _____	1.20	_____
	<input type="checkbox"/> Varilla C. 3/8"	Unidades _____	30.00	_____
	<input type="checkbox"/> Varilla C. 1/4"	Unidades _____	30.00	_____
	<input type="checkbox"/> Madera	Pies T _____	5.60	_____
	<input type="checkbox"/> Clavos 2"	Libra _____	5.50	_____
	<input type="checkbox"/> Alambre Dulce	Libra _____	6.50	_____
<input type="checkbox"/> Ventanas	<input type="checkbox"/> Tela Metálica Fina	Yardas _____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Malla Metálica Gruesa	Yardas _____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Grapas pequeñas		13.00	_____
		Cien _____		
<input type="checkbox"/> Ventanas	<input type="checkbox"/> Tela Metálica Fina	Y 53 _____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Malla Metálica Gruesa	_____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Grapas pequeñas	Cien _____	13.00	_____
<input type="checkbox"/> Puertas	<input type="checkbox"/> Tela Metálica Fina	Yardas _____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Malla Metálica Gruesa	Yardas _____	7.00	_____
	<input type="checkbox"/> Madera	Pies T _____	5.60	_____
	<input type="checkbox"/> Bisagra grande	Unidades _____	24.00	_____

	<input type="checkbox"/> Pasador <input type="checkbox"/> Grapas pequeñas <input type="checkbox"/> Clavos 1 1/2"	Unidades____ Cien_____ Libras_____ 	10.00 13.00 5.50	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Piso	<input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Varilla C. 3/8" <input type="checkbox"/> Varilla C. 1/4" <input type="checkbox"/> Alambre Dulce	Bolsas_____ Unidad_____ Unidad_____ Libras_____ 	74.00 30.00 30.00 6.50	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Paredes	<input type="checkbox"/> Cemento	Bolsas_____ 	74.00	_____
<input type="checkbox"/> Corral	<input type="checkbox"/> Malla ciclón (8*100) <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Grapas <input type="checkbox"/> Clavos 2" <input type="checkbox"/> Bisagra grande <input type="checkbox"/> Clavos 1 1/2"	Rollo_____ Pies T_____ Libras_____ Libras_____ Unidades_____ Libras_____ 	1200.00 5.60 10.00 5.50 24.00 5.50	_____ _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Techo	<input type="checkbox"/> Panelit <input type="checkbox"/> Clavos 2" <input type="checkbox"/> Clavos 1" <input type="checkbox"/> Madera	Láminas_____ Libra_____ Cien_____ Pies T_____ 	32.00 5.50 18.00 5.60	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Gallinero	<input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Clavos 2" <input type="checkbox"/> Lamina Zinc <input type="checkbox"/> Malla gallinero <input type="checkbox"/> Bisagra pequeña <input type="checkbox"/> Grapas pequeñas	Pies T_____ Libras_____ Unidades_____ Pies_____ Unidades_____ Cien_____ 	5.60 5.50 52.00 8.00 4.20 13.00	_____ _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Corral para cerdos	<input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Varilla C 3/8" <input type="checkbox"/> Varilla C 1/4" <input type="checkbox"/> Alambre Dulce	Pies T_____ Bolsas_____ Unidad_____ Unidad_____ Libra_____ 	5.60 74.00 30.00 30.00 6.50	_____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Aguas Residuales	<input type="checkbox"/> Manguera	56 Yardas_____ 	12.00	_____
<input type="checkbox"/> Fogón	<input type="checkbox"/> Ladrillo rafón <input type="checkbox"/> Ladrillo cuadrado <input type="checkbox"/> Varilla corrugada <input type="checkbox"/> Varilla lisa <input type="checkbox"/> Lamina Lisa <input type="checkbox"/> Tubos para chimenea <input type="checkbox"/> Lamina de hierro	Unidades_____ Unidades_____ Unidades_____ Unidades_____ Pies ² _____ Unidades_____ Pies ² _____ 	1.20 3.00 30.00 10.00 4.00 20.00 12.00	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

A través del presente, me comprometo a finalizar dichas mejoras para el 31 de agosto del 2002, y además tener buenos avances en el trabajo para el 30 de julio.

También confirmo mi compromiso de hacer efectivo el valor total de los materiales a la caja rural o una forma alternativa que determinen los directivos de la misma. Para cumplir con ello estaré realizando pagos de Lps. _____ cada fin de mes, durante _____ meses.

Lugar y Fecha _____

Firma del beneficiario _____

Representante **PROMESA** _____

Anexo 8 Recibo de materiales**RECIBO DE MATERIALES**

A través de la presente hago constar que recibí del proyecto Salud Familiar, los siguientes materiales:

Material	Descripción	Cantidad

Los cuales utilizaré para realizar mejoras en mi hogar, anteriormente acordadas. Dichos materiales suman el valor de Lps. _____ (_____), que haré efectivo a la caja rural de ahorro y crédito _____, de acuerdo a las cuotas acordadas (mínimo mensual: Lps 50.00)

Nombre: _____

Numero de Identidad: _____

Firma: _____

Lugar y Fecha: _____

Anexo 9 Capacitación Cajas de Ahorro y Crédito Rural

Capacitación Cajas de Ahorro y Crédito Rural

Dada ciertas limitaciones de conocimiento de la mayoría de las poblaciones rurales de nuestros países, es necesario reforzar ciertas definiciones y conceptos que nos ayudarán para obtener mejor desempeño y por ende hacer más eficiente los procesos orientados a la búsqueda del desarrollo. Para ello el Proyecto Salud Familiar ejecutado por el Proyecto PROMESA, desarrolló una serie de capacitaciones para conocer el funcionamiento de las Cajas Rurales.

Las cajas de Ahorro y Crédito, son empresas comunales integradas y gestionadas por familias rurales que ofrecen servicios financieros a sus socios y personas particulares. Este tipo de organización, se ampara en el decreto Legislativo No. 201-93 del 13 de octubre de 1993 “Ley de Cajas de Ahorro y Crédito Rural”.

El objetivo principal de las cajas, es fomentar el ahorro y garantizar el acceso a crédito a las familias.

Características de las Cajas Rurales

- Se constituye con un número no menor de 20 miembros.
- Son entidades gestionadas por los socios.
- Son autosostenibles.
- Poseen organización adecuada, participativa y democrática.
- Generan utilidades.
- Promueven las buenas relaciones interpersonales entre los socios.

Servicios que prestan

- **Ahorros:** sobre los cuales se paga una tasa de interés, acorde a las establecidas en el sistema bancario.
- **Préstamos:** orientados a las actividades agrícolas, pecuarias, industriales y comerciales; con plazos y tasas de interés acordes a la actividad financiada.
- **Inversión:** la caja rural como empresa mercantil, podrá orientar recursos de sus socios al financiamiento de inversiones colectivas u otra que la Asamblea considere conveniente.

Organización

Las Cajas de Ahorro y Crédito rural, estará constituidas por familias residentes en una misma comunidad y utilizan la siguiente estructura organizativa:

- Asamblea General.
- Junta Directiva.
- Junta de Vigilancia.

Estas tres instancias de organización son las que regulan el funcionamiento y manejo de la caja rural.

Requisitos para Ingresar

La Asamblea general es la encargada de aprobar los Estatutos y Reglamentos, en los cuales se establecen los requisitos para ser socio; generalmente se recomienda que las personas sean mayores de 16 años, que residan permanentemente en la Comunidad y que dispongan de la aportación inicial establecida.

Salud Familiar en su componente Establecimiento de Sistemas de Financiamiento Rural desarrolló seis capacitaciones, las cuales fueron impartidas a los miembros de la Junta Directiva de cada grupo establecido en ambas comunidades. Se les entregó un manual que incluía los temas y la metodología a seguir en cada capacitación.

Contenido de los Manuales.

Manual No. 1

Título: Cajas Rurales

Temas a tratar: definición de Caja Rural, incluyendo tópicos de conceptos, cuidados y condiciones que hay que tener al momento de establecer una Caja Rural, objetivos, actividades, las formas de organización y administración de las cajas rurales, adicionando los pasos que hay que seguir hasta el establecimiento de la Caja.

Manual No. 2

Título: Organización de la Caja Rural

Temas: concepto de organización y su importancia, requisitos para organizar una caja rural, cuales son las funciones de los miembros de organización de las cajas rurales y algunos puntos críticos que hay que controlar para hacer de la caja rural un éxito.

Manual No. 3

Título: Calculo de Interés

Temas: ¿Qué es interés?, formas de calcular interés, como se determina el valor de la tasa de interés, tipos de interés e incluye ejemplos y ejercicios para su calculo.

Manual No. 4

Título: Ahorro de la Caja Rural

Tema: Incluye definiciones de ahorro, aportaciones y acciones y la importancia de cada una de ellas.

Manual No. 5

Título: Administración de los Créditos en la Caja Rural

Temas: Definición de crédito y sus usos. Administración de crédito. Requisitos para obtener un préstamo. Tipos de garantías, promoción de Cajas Rurales, procesos para la formalización de un crédito, importancia de los registros contables y procesos para la recuperación del crédito. Introducción a conceptos de morosidad y refinanciamiento y sus tratamientos.

Manual No. 6

Título: Registros Contables

Temas: ¿Qué es contabilidad y la Importancia de los registros contables, libro auxiliar de accionistas, libro auxiliar de ahorros, libro auxiliar de prestamos y libro de caja.

Además de la información anterior, se les proporciono a los miembros de la Junta Directiva dos textos adicionales:

- **Leyes relacionadas con las Cajas Rurales:** Hace una reseña histórica y enumera las leyes a las cuales hay que regirse al momento de establecer una caja de ahorro y crédito rural.
- **Sostenibilidad de Cajas Rurales:** Hace referencia a la importancia de tener presente algunos lineamientos que hay que considerar para el funcionamiento permanente de la caja rural. No es suficiente solo el tener la conciencia clara de la necesidad de un ingreso que les permita vivir con dignidad. Los socios que deciden organizar una Caja, deben hacer cualquier esfuerzo posible que les permita mantener viva la empresa y operando con eficiencia.

Anexo 10 Fecha de Monitoreo



Proyecto Salud Familiar

Fecha de Monitoreo

Municipio :

Comunidad:

Nombre del Productor:

Fecha de visita	Evaluador	Mejora evaluada	Avances	Observaciones

Anexo 11 Presupuesto

PRESUPUESTO PROYECTO SALUD FAMILIAR-PROMESA

DESCRIPCION	COSTO UNITARIO LPS.	COSTO UNITARIO US.\$	CANTIDAD	COSTO TOTAL LPS.	COSTO TOTAL US.\$
-------------	---------------------	----------------------	----------	------------------	-------------------

Personal

Salarios de personal					10612.66
Beneficios laborales					1647.5
Viviendas					40.00
Total					12300.16

No personal

Vehiculos (2 gemelos)					
<i>Combustible</i>					2205.00
<i>Mantenimiento</i>					250.00
<i>Seguro</i>					550.00
Comida					310.00
Suministros oficina					BWH
Viajes					500.00
Equipo audiovisual					DSEA
Telefono					50.00
Correo					0.00
Parqueo					0.00
Muebles de oficina					DSEA
Alquiler de oficina					DSEA
TOTAL					3865.00

Capacitacion

Transporte					0.00
Comida					25.00
Consultores					
<i>Salario</i>					100.00
<i>Viaticos</i>					20.00
Materiales					125.00
TOTAL					270.00

Acarreo de materiales

<i>Tegucigalpa (viajes)</i>	1000	61.54	3	3000	184.62
<i>La Cienega (viajes, cemento y materiales)</i>	500	30.77	6	3000	184.62
<i>La Cienega (viajes, cemento y materiales)</i>	350	21.54	2	700	43.08
<i>La Cienega (viajes, ladrillos)</i>	1200	73.85	1	1200	73.85
<i>La Cienega (viajes, ladrillos)</i>	800	49.23	2	1600	98.46
<i>Las Tablas(viajes, varios)</i>	700	43.08	3	2100	129.23
<i>Las Tablas(viajes, varios)</i>	600	36.92	2	1200	73.85
<i>Las Tablas(viajes, letrinas)</i>	700	43.08	1	700	43.08
<i>Las Tablas(viajes, ladrillo)</i>	800	49.23	1	800	49.23
TOTAL					880.00

Materiales para las mejoras de viviendas:

Alambre Dulce (libra)	3.98	0.24	73.00	290.54	17.88
Asiento de Letrina (unidad)	225.00	13.85	0.00	0.00	0.00
Asiento de Letrina Lavable (unidad)	350.00	21.54	0.00	0.00	0.00
Bisagra grande 1 (unidad)	11.50	0.71	71.00	816.50	50.25
Bisagra grande 2 (unidad)	5.25	0.32	16.00	84.00	5.17
Cemento (bolsas)	64.87	3.99	1036.50	67237.76	4137.71
Clavos 1" (cien)	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00

Clavos 2" (libras)	0.00	0.00	9.75	0.00	0.00
Clavos para Lámina (libra)	7.23	0.44	22.40	161.95	9.97
Grapas (libra)	6.27	0.39	32.50	203.78	12.54
Grapas pequeñas (libra)	9.19	0.57	14.25	130.96	8.06
Ladrillo rafón (unidad)	0.90	0.06	11170.00	10053.00	618.65
Lámina Zinc 10 (unidad)	61.50	3.78	22.00	1353.00	83.26
Lámina Zinc 12 (unidad)	73.80	4.54	23.00	1697.40	104.46
Lámina Zinc 6 (unidad)	36.90	2.27	44.00	1623.60	99.91
Lámina Zinc 8 (unidad)	49.20	3.03	101.00	4969.20	305.80
Malla ciclón 6' (rollo)	839.00	51.63	7.00	5873.00	361.42
Malla gallinero 6' (pie)	6.96	0.43	410.00	2853.60	175.61
Malla Gruesa (yarda)	3.98	0.24	93.00	370.14	22.78
Manguera poliducto 1/2" (rollo)	112.00	6.89	1.00	112.00	6.89
Manguera poliducto 1" (rollo)	274.40	16.89	1.00	274.40	16.89
Panelit 2*4 (lamina)	24.35	1.50	56.00	1363.60	83.91
Pasador (unidad)	1.70	0.10	20.00	34.00	2.09
Tapon de pila	6.50	0.40	57.00	370.50	22.80
Teja (unidad)	1.40	0.09	5400.00	7560.00	465.23
Tela Metálica Fina (yarda)	5.25	0.32	93.00	488.25	30.05
Tornillos 1" (docena)	1.29	0.08	26.50	34.19	2.10
Codo PVC 1/2" (unidades)	2.05	0.13	1.00	2.05	0.13
Codo PVC 2" (unidades)	5.90	0.36	12.00	70.80	4.36
T de PVC (unidades)	6.50	0.40	11.00	71.50	4.40
Tubo de PVC 1/2" (metros)	3.90	0.24	150.00	585.00	36.00
Tubo de PVC 1" (metros)	6.24	0.38	6.00	37.44	2.30
Tubo de PVC 2" (metros)	19.10	1.18	42.00	802.20	49.37
Tubo de PVC 3" (metros)	13.63	0.84	28.50	388.46	23.90
Tubos para chimenea (unidad)	20.00	1.23	23.00	460.00	28.31
Varilla corrugada 3/8" (unidad)	27.50	1.69	374.00	10285.00	632.92
Varilla lisa 1/4 (unidad)	8.25	0.51	370.00	3052.50	187.85

SUB TOTAL				123710.30	7612.94
------------------	--	--	--	------------------	----------------

GRAN TOTAL 24928.10

diferencia 71.90

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del proyecto a corporaciones municipales e instituciones presentes en la zona.																																								
Recopilación de información sobre situación de viviendas y salud.																																								
Selección de viviendas.																																								
Reuniones de planificación con los candidatos a trabajar.																																								
Reuniones con beneficiarios, alcaldías y ONG's para establecer compromisos de colaboración.																																								
Capacitaciones																																								
<i>Capacitación Cajas Rurales (La Cienega)</i>																																								
<i>Capacitación Grupo Salud Familiar (Barrio Las Tablas)</i>																																								
<i>Capacitación de Higiene y Prevención de Enfermedades</i>																																								
Establecimiento de Base de Datos																																								
<i>Elaborar encuesta</i>																																								
<i>Levantamiento de información de campo</i>																																								
<i>Procesamiento y tabulación de la información</i>																																								
Ejecución de actividades																																								
Monitoreo de actividades																																								
Evaluación																																								
QUARTERLY REPORTS																																								
FINAL REPORT																																								
DETAILS FOR QUESTIONNAIRES																																								
DETAILS FOR TRAININGS - WHO, WHAT, WHEN, WHERE																																								
MORE DETAILS ON HOUSING IMPROVEMENTS																																								

Anexo 13 Lista de participantes, La Ciénega, SAO



Lista de participantes
Grupo La Ciénega



#	Nombre	COSTO POR PRODUCTOR (LPS)
1	Pedro Rafael Salgado	1083.50
2	Eduardo Salgado	2754.60
3	Jorge Presentación Salgado	819.55
4	Maria Irene Salgado	842.42
5	Esteban Calixto Salgado	754.34
6	Aracely Eduviges Salgado	1308.40
7	Lucio Izaguirre	1037.61
8	Maria Nicolasa Salgado	190.13
9	Ramon de Jesus Salgado	1511.17
10	Roque Donaldo Salgado	1735.63
11	Santos Salustina Salgado	2308.39
12	Jorge Gonzalez	3805.81
13	Marco Tulio Rodríguez	2782.91
14	Tomas Salgado	1274.92
15	Carlos Santiago Salgado Salgado	1148.21
16	Francisco Ramon Salgado	2098.44
17	Angela Mairena Trejo	120.34
18	Benito Ramon Salgado Mairena	2650.41
19	Santos Joaquin Salgado	2096.44
20	Santos Gregoria Salgado	3329.70
21	Santos Martin Salgado	194.61
22	Santos Antonio Salgado	129.74
23	Pablo de Jesus García	324.35
24	Senaida Salgado Salgado	1528.29
25	Eduarda de Jesus Mairena Salgado	1391.29
26	Luis Antonio Izaguirre	3539.99
27	Vicente Salgado	718.59
28	Jesus Leonardo Salgado	1565.97
29	Paulino de Jesus García	3046.56
30	Carlos Isabel Velazquez	3030.26
31	Encarnación Salgado	2001.37
32	Andres Avelino Ferrera	671.84
33	Pedro Ramon Salgado	1466.64
34	Jose Estanislao Hernandez	647.09
35	Timotea Apolinaria Salgado	3875.73
36	Iris Carolina Elvir	833.34
37	Santos Enrique Salgado	1525.16
38	Rene Antonio Salgado	5918.03
39	Delmer Omar Salgado	5600.00
40	Andres Avelino Ferrera	1297.40
41	Evelyn Jackelin Salgado	4092.28
42	Aida Clementina Ponce	352.46
43	Nelson Javier Izaguirre	3309.80
44	Hilaria Salgado	648.70
45	Santos Favio García	1946.10
46	Maria Ernestina Salgado	740.09
47	Pedro Elvir	2243.31
48	Julian Arteaga	988.55
	COSTO PROMEDIO	1818.3
	DESVIACION ESTANDAR	1365.80
	COSTO TOTAL	87280.38

Anexo 14 Lista de participantes, Barrio Las Tablas



Lista de Participantes
Grupo Barrio Las Tablas



#	Nombre	COSTO POR PRODUCTOR
1	Reyna E. Palma / Santos Benjamin Calero	977.6
2	Rosa Yaneth Flores / Juan Isabel Ordoñez	1168.84
3	Elibeth Ramirez R. / Jose E. Cruz Padilla	1039.14
4	Santos Nahun Duarte	771.505
5	Nery Lagos	1321.645
6	Luis A. Videa	765.49
7	Enma Sofia Calero	853.905
8	Ciriaco Romero	1550.09
9	Juan Luis Perez	647.085
10	Pedro Virgilio Perez	921.59
11	Jose Romero	479.05
12	Maria Cecilia Videa	120
13	Maria Lopez Castellanos	1322.885
14	Jose Virgilio Videa	1066.505
15	Jose Santos Videa / Jose Leovigilio Triminio	846.525
16	Santos Henry Romero	792.07
17	Lazaro Romero	679.99
18	Marcos Anibal Romero	2171.98
19	Jose Leonidas Gomez	1268.7
20	Santos Conan Romero	1066.615
21	Maria Videa	60
22	Natividad Lopez	699.645
23	Santos Reymundo Romero	748.845
24	Adan Ordoñez Calero	716.785
25	Santos Apolonio Matamoros	965.915
26	Santos Elias Rodríguez/Encarnacion Videa	1190
27	Adan Torres	1360.895
28	Gerson Idelsi Duarte Merlo	1298.485
29	Andres Martin Romero	1525.91
30	Santos Francisco Romero	611.09
31	German Hernan Romero	775.29
32	Ramiro de Jesus Videa	1029.245
33	Santos Gonzalo Osorio	745.23
34	Santos Pedro Mejia Padilla	716.785
35	Henry Nectali Duarte	760.74
36	Nicolasa Lopez	466.42
37	Cristino Romero	538.74
	COSTO PROMEDIO	920.03
	DESVIACION ESTÁNDAR	400.89
	COSTO TOTAL	34041.23



PROYECTO SALUD FAMILIAR
MEJORAS POR PARTICIPANTE
LA CIENEGA



#	Nombre	Letrina	Pila	Ventanas	Puertas	Piso	Paredes	Fogón	Corral	Gallinero	Corral cerdos	Techo 1	Techo 2	No. de Obras/participante
1						1					1			2
2	Eduardo Salgado		1						1					2
3	Jorge Presentación Salgado					1								1
4	Maria Irene Salgado					1	1	1						3
5	Esteban Calixto Salgado		1											1
6	Aracely Eduvigis Salgado		1								1			2
7	Lucio Izaguirre		1	4	2									7
8	Maria Nicolasa Salgado			2	5									7
9	Ramon de Jesus Salgado		1						1					2
10	Roque Donald Salgado					1	1							2
11	Santos Salustina Salgado					1			1					2
12	Jorge Gonzalez					1	1							2
13	Marco Tulio Rodriguez		1			1	1							3
14	Tomas Salgado								1					1
15	Carlos Santiago Salgado Salgado		1							1				2
16	Francisco Ramon Salgado					1	1							2
17	Angela Mairena Trejo			3	3									6
18	Benito Ramon Salgado Mairena			2	2		1							5
19	Santos Joaquin Salgado			1	2		1							4
20	Santos Gregoria Salgado					1	1							2
21	Santos Martin Salgado						1							1
22	Santos Antonio Salgado						1							1
23	Senaida Salgado Salgado		1	3	2		1							7
24	Eduarda de Jesus Mairena Salgado											1		1
25	Luis Antonio Izaguirre		1			1								2
26	Vicente Salgado		1											1
27	Jesus Leonardo Salgado					1	1							2
28	Paulino de Jesus Garcia		1						1					2
29	Carlos Isabel Velazquez		1			1								2
30	Encarnación Salgado		1						1					2
31	Andres Avelino Ferrera		1											1
32	Pedro Ramon Salgado		1			1								2
33	Jose Estanislao Hernandez		1											1
34	Timotea Apolinaria Salgado			5	3	1	1		1					11
35	Iris Carolina Elvir								1		1			2
36	Santos Enrique Salgado						1							1
37	Rene Antonio Salgado					1	1							2
38	Delmer Omar Salgado											1		1
39	Andres Avelino Ferrera					1								1
40	Evelyn Jackelin Salgado					1	1							2
41	Aida Clementina Ponce								1					1
42	Nelson Javier Izaguirre					1	1							2
43	Hilaria Salgado						1							1
44	Santos Favio Garcia					1	1							2
45	Maria Ernestina Salgado						1							1
46	Pedro Elvir			3	3						1			7
47	Julian Arteaga					1						1		2
	Totales	0	16	23	22	21	19	1	9	1	4	2	1	99
	Promedio													2.53
	Desviación Estándar													2.16

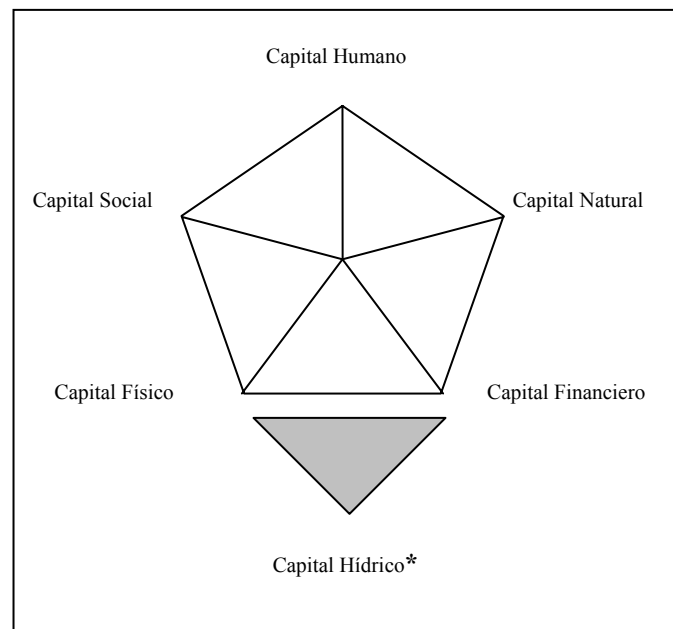


PROYECTO SALUD FAMILIAR
MEJORAS POR PARTICIPANTE
BARRIO LAS TABLAS, HOYA GRANDE, MOROCELI



#	Nombre	Caseta Letrina	Pila	Ventanas	Puertas	Piso	Paredes	Fogón	Corral	Gallinero	Corral cerdos	Techo 1	Sistema Agua
1	Reyna E. Palma / Santos Benjamin Calero		1					1				1	
2	Rosa Yaneth Flores / Juan Isabel Ordoñez	1	1										
3	Elibeth Ramirez R. / Jose E. Cruz Padilla		1			1							
4	Santos Nahun Duarte	1		2	2	1							
5	Nery Lagos		1									1	
6	Luis A. Videa	1						1					
7	Enma Sofia Calero		1										
8	Ciriaco Romero											1	
9	Juan Luis Perez		1										
10	Pedro Virgilio Perez		1										
11	Jose Romero								1				
12	Maria Cecilia Videa							1					
13	Maria Lopez Castellanos		1									1	
14	Jose Virgilio Videa		1									1	
15	Jose Santos Videa / Jose Leovigilio Triminio		1			1							
16	Santos Henry Romero					1							
17	Lazaro Romero											1	
18	Marcos Anibal Romero						1						
19	Jose Leonidas Gomez					1		1				1	
20	Santos Conan Romero						1						
21	Maria Videa							1					
22	Natividad Lopez											1	
23	Santos Reymundo Romero											1	
24	Adan Ordoñez Calero		1										
25	Santos Apolonio Matamoros		1					1					
26	Santos Elias Rodríguez					1							
27	Adan Torres		1									1	
28	Gerson Idelsi Duarte		1										
29	Andres Martin Romero												1
30	Santos Francisco Romero					1							
31	German Hernan Romero					1			1				
32	Ramiro de Jesus Videa		1										1
33	Santos Gozalo Osorio											1	
34	Santos Pedro Mejia Padilla		1										
35	Henry Nectali Duarte		1										
36	Nicolasa Lopez								1				
37	Cristino Romero	1											
TOTAL		3	17	2	2	6	2	6	1	0	0	10	0
Promedio													
Desviacion estandar													

Anexo 15.2 Mejoras por participante, Barrio Las Tablas, Hoya Grande
Moroceli

*Anexo 16 Medios de vida sostenibles***Medios de Vida Sostenibles**

Fuente: Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID)
(*) Adaptado por M. Falck, 2001

8. GLOSARIO

Glosario de Términos y Conceptos Clave

- **Salud:** es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedades (WHO, 2000).
La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de los que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional (León, 2000). Según León (2000), la salud es un índice de bienestar, quizás el más importante indicador del bienestar alcanzado por una sociedad o población que muestra el desarrollo social alcanzado de una manera tangible y una condición esencial para la continuidad de ese mismo desarrollo.
- **Comunidad:** se refiere a un grupo heterogéneo de gente que comparte residencia en un área geográfica y acceso a un conjunto de recursos naturales locales. El grado de cohesión y diferenciación social, la importancia de las creencias e instituciones comunes, la diversidad cultural, y otros factores varían ampliamente en comunidades y entre ellas.
- **Condiciones socioeconómicas:** son aquellas que se vinculan con la obtención de medios de vida saludables. Incluye vivienda, educación, alimentación, ingresos económicos, medio ambiente, etc., estudiando la influencia y acceso existente entre cada una de ellas.
- **Progreso económico:** es la satisfacción de necesidades dado el incremento de ingresos que se ve reflejado en las mejoras de los medios de vida.
- **Modelo integrista:** es aquel que hace un enfoque multisectorial, con el fin de obtener un beneficio común.
- **Desarrollo Rural:** Según Lacroix (1985) en un estudio realizado para el Banco Mundial, hace una interpretación estricta de Desarrollo Rural. Considera que el desarrollo rural es el desarrollo agropecuario del segmento pobre rural. Para mejorar la producción y la productividad del agricultor pobre (generalmente el pequeño) hacen falta no solamente las técnicas tradicionales de desarrollo agropecuario, sino también tener en cuenta otros aspectos específicos relacionados con el carácter de los beneficiarios como, por ejemplo, la prestación de servicios de salud pública para mejorar la capacidad de trabajo; facilitar el acceso a la educación, para mejorar la comprensión y asimilación de los nuevos conocimientos y de la extensión agraria, mejorando así la pericia técnica. Otros actores conciben desarrollo rural como un proceso de cambio que se debe realizar en los cuatro aspectos interdependientes siguientes: Técnico (mejoras a la productividad de las actividades agrícolas y de infraestructura), económico (rentabilidad productiva, mercado de bienes y servicios), social-cultural (mejoras en el área de salud, educación, modificación de la infraestructura institucional) y político (descentralización administrativa de los recursos).

- **Medio Ambiente:** es el conjunto de factores de tipo material, psicológico, social y cultural, con el cual interactúa la población de una comunidad; tanto a nivel individual, familiar y grupal o en su conjunto total. Hace referencia a los cinco capitales que interactúan en los medios de vida: capital físico, humano, financiero, natural y social (figura 1). Actualmente muchos expertos sugieren la agregación del capital hídrico ya que dada su escasez es necesario estudiarlo para llegar a alcanzar medios de vida más dignos.
- **Riesgo:** es la presencia de un factor (o varios factores) que afectan el equilibrio entre el individuo y su medio ambiente, produciéndole un daño a la salud.
- **Prevenir:** es prepararse con anticipación para evitar un daño o peligro.
- **Prevención:** es el conjunto de actividades encaminadas a disminuir o evitar los riesgos y la aparición de problemas de salud (mental, física y social); son actividades que propician y refuerzan las actividades de la comunidad que permiten conocer a tiempo los factores de riesgo y actuar oportunamente aumentando los factores protectores.
- **Grupos de riesgo:** son personas o grupos de personas que por su edad, condición física, familiar o social están expuestas a factores que pueden alterar su equilibrio físico, psicológico o social. Éstas principalmente son aquellas que viven en el área rural o las que han emigrado a la ciudad en busca de mejorar su situación económica. Estos grupos dada su limitación económica tienen como denominador común la insatisfacción de necesidades básicas como ser: buena alimentación, acceso a agua potable, acceso a los servicios de salud, medicina, etc.
- **Instituciones:** son un conjunto de reglas y normas, formales e informales, que moldean las relaciones de los humanos y el medio ambiente es que se desenvuelve.
- **Interesados:** son los diferentes actores sociales, formales o informales, que pueden afectar o ser afectados por el tipo de manejo de recursos. El análisis de interesados incluye diferentes niveles de análisis y relaciones con los recursos, incluyendo organizaciones, grupos e individuos a niveles internacional, nacional, regional, y local, así como diferentes actores en el interior de las comunidades locales y los grupos domésticos.
- **Participación:** puede ir del simple hecho de estar informado, o recibir beneficios materiales, al empoderamiento mediante la participación plena en la toma de decisiones y el manejo de proyectos.
- **Proceso de aprendizaje:** se refiere al aprendizaje colectivo que incorpora las habilidades analíticas y sociales, incluyendo el enfoque de género, junto a informaciones técnicas, perspectivas, y conocimientos locales. Personas de dentro y fuera de la comunidad trabajan juntos para probar, aplicar y adaptar los nuevos conceptos.
- **Sistemas de vida:** incluyen las estrategias y prácticas que la gente usa para suplir sus necesidades básicas en lugares concretos y mediante formas culturalmente variables. Entre ellas está el manejo de recursos naturales y las formas de organización socioeconómicas.
- **Género:** se refiere a los papeles y responsabilidades atribuidos socialmente al hombre y a la mujer dentro del concepto de la sociedad, es decir que se entiende por género al conjunto de características normales sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y jurídicas asignadas a cada sexo diferencialmente (Alfaro, 1999, citado

por Almeida, 2000). Se dice que el genero masculino y femenino no viene dado biológicamente, sino que se modela culturalmente, es aprender hacer hombre o mujer.

- **Medios de vida sostenibles:** los medios de vida sostenibles representan los factores principales que afectan a los medios de vida de los pueblos, así como las relaciones más comunes entre éstos. Puede utilizarse tanto para planificar nuevas actividades de desarrollo como para evaluar la contribución de las actividades ya existentes a la sostenibilidad de los medios de vida.
- **Capital humano:** el capital humano representa las aptitudes, conocimientos, capacidades laborales y buena salud que en conjunción permiten a las poblaciones entablar distintas estrategias y alcanzar sus objetivos en materia de medios de vida. A nivel de los hogares, el capital humano es un factor que determina la cantidad y calidad de la mano de obra disponible. Esto varía de acuerdo con el tamaño de la unidad familiar, con los niveles de formación, con el potencial de liderazgo, con el estatus sanitario, etc.
- **Capital físico:** el capital físico comprende las infraestructuras básicas y los bienes de producción necesarios para respaldar a los medios de vida.
 - Las infraestructuras consisten en los cambios en el entorno físico que contribuyen a que las poblaciones obtengan sus necesidades básicas y sean más productivas.
 - Los bienes de producción son las herramientas y equipos que utilizan las poblaciones para funcionar de forma más productiva.
- **Capital natural:** capital natural es el término utilizado para referirse a las partidas de recursos naturales de las que se derivan los flujos de recursos y servicios (por ejemplo, ciclos de nutrientes, protección de la erosión) útiles en materia de medios de vida. Existe una amplia variedad de recursos que constituyen el capital natural, desde bienes públicos intangibles como la atmósfera y la biodiversidad hasta activos divisibles utilizado directamente en la producción (árboles, tierras, etc.).
- **Capital financiero:** El capital financiero hace referencia a los recursos financieros que las poblaciones utilizan para lograr sus objetivos en materia de medios de vida. Esta definición no es muy sólida desde el punto de vista económico, puesto que incluye tanto flujos como partidas y puede contribuir tanto al consumo como a la producción. No obstante, se ha adoptado para tratar de capturar un importante bloque de construcción en materia de medios de vida: la disponibilidad de dinero en metálico o equivalentes, que permite a los pueblos adoptar diferentes estrategias en materia de medios de vida.
- **Capital social:** Existe un extenso debate sobre lo que se entiende exactamente por el término "capital social". En el contexto del marco de los medios de vida sostenibles, se supone que se refiere a los recursos sociales en que los pueblos se apoyan en la búsqueda de sus objetivos en materia de medios de vida.