



Grupos de Cuidado: Una guía de referencia para implementadores



Julio 2016

Grupos de Cuidado:
Una guía de referencia para
implementadores

Julio 2016

El Programa de Soporte Técnico y Rendimiento Operacional –TOPS- es un mecanismo financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID- y Food for Peace, el cual genera, captura, distribuye y aplica la información, el conocimiento y prácticas prometedoras en los programas de asistencia alimentaria. TOPS se asegura que una mayor cantidad de comunidades y hogares se beneficien de la inversión del gobierno de los Estados Unidos para la lucha global contra el hambre. A través de crear capacidad técnica, un programa de micro subvenciones para financiar investigaciones, documentaciones e innovaciones y una comunidad de práctica presencial y en línea (Red de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN-), el programa TOPS capacita a implementadores de seguridad alimentaria y a la comunidad donante para hacer un impacto duradero para las millones de personas más vulnerables del mundo.

Con el liderazgo de Save the Children, el programa TOPS es un consorcio respaldado por la experiencia de sus cooperantes: el grupo CORE (gestión del conocimiento), Food for the Hungry (cambio social y de comportamiento), Mercy Corps (gestión de recursos naturales y agricultura) y TANGO Internacional (monitoreo y evaluación). Save the Children aporta su experiencia y conocimientos en manejo de alimentos, género y tecnología alimentaria y nutricional, así como la gestión de esta subvención que asciende a US\$30 millones durante 7 años (2010-2017).

Descargo de responsabilidad

El Programa de Soporte Técnico y Operacional –TOPS- fue posible gracias al generoso apoyo y contribución del pueblo de los Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID-. El contenido de esta guía fue creado por el programa TOPS y no refleja necesariamente las opiniones de USAID o del gobierno de Estados Unidos.

Cita recomendada

El Programa de Soporte Técnico y Operacional (TOPS). 2016. *Grupos de cuidado: Una guía de referencia para implementadores*. Washington, DC: The Technical and Operational Performance Support Program.

Créditos fotográficos de la portada

A la izquierda: Megan Christensen, Concern Worldwide

Al centro: Tom Davis, Food for the Hungry

A la derecha: Dr Ayan, Project Concern International

Información de Contacto

The TOPS Program
c/o Save the Children
899 North Capitol Street, NE, Suite 900
Washington, DC 20002
info@thetopsprogram.org
www.TheTOPSProgram.org

Contenido

Reconocimientos	vi
Introducción	1
¿Qué son los Grupos de Cuidado?	1
Propósito de la Guía de referencia de Grupos de Cuidado	1
Esenciales de Grupo de Cuidado	2
Términos y Definiciones claves	2
Estructura de un Grupo de Cuidado	3
Criterios de los Grupos de Cuidado	4
Establecimiento de los Grupos de Cuidado	9
Identificación de los hogares beneficiarios	9
Selección de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado	10
Un enfoque alternativo para identificar a los hogares beneficiarios y elegir a las Voluntarias de Grupos de Cuidado	11
Formación de los Grupos de Cuidado	11
Selección de los Promotores	11
Implementación de Grupos de Cuidado	13
La Investigación Formativa y Desarrollo de Módulos de Cambio de Comportamiento ...	13
Formación de Promotores	14
Reuniones del Grupo de Cuidado	15
Señales para la facilitación	17
Visitas a los Hogares y Reuniones de Grupo con las Vecinas	18
Supervisar las Actividades del Grupo de Cuidado	19
Supervisión para apoyar	19
Supervisión de Voluntarias de los Grupos de Cuidado por los Promotores	19
Supervisión de los Promotores	20
Listas de Verificación y Mejora de la Calidad (LVMC)	20
Monitoreo y evaluación	22
Monitoreo y Reportaje	22
Registros	22
Indicadores Clave de Rendimiento	25
Evaluación	25
Secuencias de las Actividades del Grupo de Cuidado	26
Conclusión	27
Referencias	28
Recomendaciones para la lectura adicional	29

Reconocimientos

Esta guía de referencia fue adaptada de “Grupos de Cuidado: Manual de Formación para el Diseño e Implementación de Programas”, escrito por Mitzi Hanold, Carolyn Wetzel, Thomas Davis, Jr., Sarah Borger, Andrea Cutherell, Mary DeCoster, Melanie Morrow, y Bonnie Kittle.¹ Jennifer Weiss (Concern Worldwide) desarrolló esta guía con orientación editorial de Mary DeCoster (Food for the Hungry / El Programa TOPS) y Amialya Durairaj (Save the Children / El Programa TOPS).

¹Food Security and Nutrition Network Social and Behavioral Change Task Force. 2014. Grupo de Cuidado: Manual de formación para diseño e implementación de programas. Washington, DC: The Technical and Operational Performance Support Program.

Introducción

¿Qué son los Grupos de Cuidado?

Los Grupos de Cuidado se componen de 10 a 15 educadoras de salud voluntarias basadas en la comunidad, quienes regularmente se reúnen con el personal del proyecto para ser capacitadas y supervisadas. Son diferentes de los grupos típicos de madres ya que cada voluntaria es responsable de visitar regularmente de 10 a 15 de sus vecinas, compartir lo que ha aprendido y facilitar el cambio de comportamiento en los hogares. Los Grupos de Cuidado crean un efecto multiplicador para llegar, de manera equitativa, a todos los hogares de los beneficiarios con la comunicación interpersonal del cambio de comportamiento. La metodología Grupos de Cuidado ha contribuido a la mejora de la salud materno-infantil y a los resultados nutricionales en una variedad de entornos.²

Propósito de la Guía de referencia de Grupos de Cuidado

Al igual que con cualquier intervención, el lograr resultados exitosos depende de la metodología de implementación. Por tanto, el propósito de esta guía es ayudar a los implementadores de los Grupos de Cuidado a llevar a cabo las actividades con fidelidad razonable para los estándares mundiales, con el fin de lograr el máximo impacto.

Esta guía asume que el lector ya tiene un conocimiento general de la metodología Grupo de Cuidado. Es muy recomendable que todos los ejecutores Grupo de Cuidado se familiaricen con el contenido de *Grupos de Cuidado: Manual de Formación para el Diseño e Implementación de Programas*. Y que, idealmente, hayan participado en una capacitación presencial de Grupos de Cuidado, antes de iniciar las actividades del Grupo de Cuidado.

Esta guía está destinada a servir como un complemento de los materiales de capacitación para el Grupo de Cuidado y los detalles adicionales sobre todos los temas que se tratan en este documento se proporcionan en el Manual.

Esta guía también puede ser utilizada por evaluadores de programas, como un medio para evaluar si los Grupos de Cuidado se implementaron de acuerdo con el modelo basado en la evidencia y su potencial contribución con los resultados del programa.

²Los lectores interesados en una descripción detallada de la metodología “Grupos de Cuidado”, y la evidencia de su eficacia, deben referirse a las recomendaciones en la página 29.

Esenciales de Grupo de Cuidado

Desde su creación en 1995, más de 25 organizaciones en cerca de 30 países han implementado la metodología de Grupos de Cuidado. Sin embargo, el grado en que las organizaciones se adhieren a los componentes originales del modelo ha variado. En algunas situaciones, personas y organizaciones han definido a los Grupos de Cuidado como “cualquier grupo liderado por madres” o “cualquier grupo en el que se enseña a un número de personas para que ellas, a su vez, le enseñen a otras.” La variedad y amplitud que tienen las agencias del concepto de los “Grupos de Cuidado” podrían dar lugar a malentendidos sobre la metodología y al uso de estrategias menos eficaces.

Por lo tanto, esta sección proporciona una visión general de la estructura y de los criterios esenciales de los Grupos de Cuidado. Mientras que cada proyecto adaptará el modelo basado en el contexto (por ejemplo, los recursos humanos disponibles, zona urbana o rural, la participación del Ministerio de Salud, etc.), se espera que todas las intervenciones de Grupos de Cuidado sean fieles a la estructura general y a los criterios descritos a continuación.

Términos y Definiciones claves

Con los años, las organizaciones han dado diferentes nombres a las diversas facetas de las personas y grupos dentro del modelo. La siguiente tabla proporciona los términos sugeridos y una definición para cada actor, así como notas sobre las adaptaciones comunes.

Tabla de funciones, términos y definiciones

Término	Descripción
Grupo de Cuidado	Un grupo de 10 – 15 Voluntarias del Grupo de Cuidado dirigidas por un Promotor.
Voluntaria del Grupo de Cuidado	Voluntarias que se reúnen con el Promotor durante las reuniones del Grupo de Cuidado. Conocidas usualmente como “Madres Líderes”
Promotor	Miembro de la comunidad contratado para capacitar y supervisar a las voluntarias de los Grupos de Cuidado en las comunidades. Varios programas de Grupos de Cuidado capacitan a miembros voluntarios de la comunidad para ser Promotores. A pesar que las organizaciones reportan resultados positivos de esta práctica, la eficacia de la utilización de Promotores voluntarios (vs Promotores contratados) no ha sido probada.
Supervisor	Contratado para supervisar y capacitar directamente a los Promotores en cada comunidad y monitorear el programa.

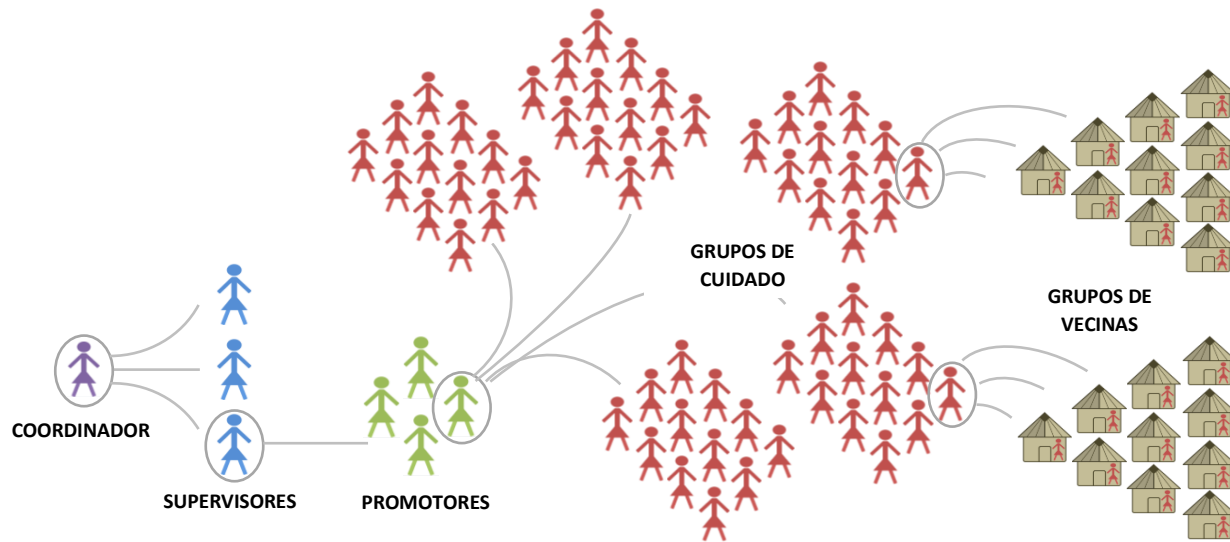
Término	Descripción
Coordinador	Contratado para supervisar directamente a los supervisores y monitorear el programa de Grupo de Cuidado Reporta al gerente del proyecto.
Grupos de Vecinas	Grupos de 10 – 15 mujeres que se reúnen con las Voluntarias del Grupo de Cuidado seleccionadas. Las voluntarias de los Grupos de Cuidado comparten nuevas lecciones de salud con ellas cada 2 semanas como grupo o individualmente (a través de visitas domiciliarias).
Mujeres del Vecindario o “Vecinas”	Mujeres que se reúnen con la Voluntaria del Grupo de Cuidado una vez cada 2 semanas para escuchar una nueva lección de salud. Las vecinas también son conocidas como las “miembros del clúster” o “Madres Beneficiarias.”
Mujeres embarazadas y madres lactantes	Beneficiarias primarias del enfoque de Grupos de Cuidado. El Gerente del Proyecto debe asegurarse que todas o la mayoría de mujeres embarazadas y madres lactantes sean parte de la estructura del Grupo de Cuidado (usualmente como participantes o voluntarias.)

Estructura de un Grupo de Cuidado

Los Grupos de Cuidado crean un efecto multiplicador para llegar de manera equitativa a todos los hogares beneficiarios mediante el enfoque de apoyo de vecina a vecina y actividades de cambio de comportamiento. El apoyo entre iguales no solamente aumenta la adopción de nuevos comportamientos, sino que también ayuda en el mantenimiento de ellos, lo que resulta en la creación de nuevas normas de la comunidad. Las Voluntarias de los Grupos de Cuidado también se apoyan entre sí, desarrollan compromisos más firmes para implementar las actividades de salud, y encuentran más soluciones creativas a los desafíos a través del esfuerzo colaborativo grupal.

Todos estos beneficios de la metodología son posibles gracias a la estructura del Grupo de Cuidado, que con eficiencia y eficacia replica, en forma de cascada, los mensajes de promoción de la salud, desde el Promotor, Voluntarias, y finalmente a las vecinas o participantes mediante la educación entre pares. El diagrama siguiente proporciona una visión general de esta estructura.

La estructura de un programa de Grupo de Cuidado



<p>Cada Coordinador (personal pagado) es responsable de 3 a 6 Supervisores.</p> <p>El Proyecto podría contratar a múltiples Coordinadores (supervisados por el gerente) si lo considera necesario para lograr la cobertura deseada.</p>	<p>Cada Supervisor (personal pagado) es responsable de 4 a 6 Promotores.</p>	<p>Cada Promotor (personal pagado) apoya a un máximo de 9 Grupos de Cuidado</p>	<p>Cada Grupo de Cuidado tiene de 10 a 15 voluntarias que son seleccionadas por las miembros del Grupo de Vecinas.</p>	<p>Cada Grupo de Cuidado replica las lecciones con 10 a 15 Mujeres Vecinas, las cuales se denominan Grupo de Vecinas (Hay un máximo de 15 Mujeres Vecinas en cada Grupo de Vecinas).</p>
<p>Cada Promotor alcanza de 500 a 1,200 mujeres.</p>				

Criterios de los Grupos de Cuidado

Estos criterios sirven para diferenciar los Grupos de Cuidado de otros grupos de mujeres o metodologías de educación de pares, y para asegurar que los 'ingredientes' esenciales para la implementación exitosa del modelo Grupo de Cuidado estén claramente definidos.

La siguiente tabla muestra los 13 criterios esenciales del Grupo de Cuidado, y proporciona una justificación para cada uno.

Criterios de los Grupos de Cuidado

Criterios para Grupos de Cuidado	Razón fundamental
<p>1. El modelo se basa en la promoción de la salud entre pares (de madre a madre para los comportamientos de salud materno-infantil y nutrición).</p> <p>Las Voluntarias del Grupo de Cuidado deben ser elegidas por las madres del grupo de vecinas que van a servir o por el liderazgo del pueblo.</p>	<p>Los Grupos de Cuidado no son iguales a los grupos de madres donde las madres son simplemente educadas o capacitadas. Un elemento esencial es tener a las madres que sirven de ejemplo para promover la adopción de nuevas prácticas por parte de sus vecinas. Existe evidencia de que los “líderes en bloque” (como las voluntarias de los Grupos de Cuidado) pueden ser más eficaces en la promoción de la adopción de comportamientos entre sus vecinos que cuando lo hacen otros a quienes no conocen.³</p> <p>Las Voluntarias de los Grupos de Cuidado que son elegidas por sus vecinas (o por un consenso de los líderes de la comunidad) serán más dedicadas a sus responsabilidades, y creemos que serán más eficaces en su comunicación, tendrán la confianza de las personas que atienden, y están más dispuestas a servir a los demás con una pequeña compensación.⁴</p>
<p>2. La carga de trabajo de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado es limitada: no más de 15 familias por cada voluntaria</p>	<p>En el modelo Grupo de Cuidado, el número de hogares por Voluntarias se mantiene bajo para que se ajuste mejor con el tiempo que tienen disponible y permite utilizar un menor número de incentivos financieros. Además, existe evidencia que el tamaño ideal para un “grupo de simpatía”, es decir, el grupo de personas a quienes se les dedica la mayor parte del tiempo, es de 10 a 15 personas.⁵</p>

³Por favor, vea: Burn, SM 1991. Social psychology and the stimulation of recycling behaviors: The block leader approach. *Journal of Applied Social Psychology* 21: 611–629.

⁴Investigadores de Operaciones de Food for the Hungry estudiaron Grupos de Cuidado en Sofala, Mozambique. Encontraron que, cuando las madres eligieron a las voluntarias del Grupo de Cuidado, era 2.7 veces más probable que las voluntarias permanecieran durante toda la vida del proyecto (p = 0,009).

⁵Por favor, vea: Gladwell, M. 2002. *The tipping point*. Boston: Little, Brown and Company, pp. 175–181.

Criterios para Grupos de Cuidado	Razón fundamental
<p>3. El tamaño del Grupo de Cuidado está limitado a 16 miembros y se supervisa la asistencia.</p>	<p>Para lograr el aprendizaje participativo, el número de Voluntarias en el Grupo de Cuidado debe estar entre seis y 16 miembros. Al igual que con grupos focales, cuando hay menos de 6 participantes, el diálogo a menudo no es tan edificante y con más de 16, por lo regular no hay tiempo suficiente para que todos contribuyan ni participen.</p> <p>Una tasa de asistencia baja (menos del 70%) en las reuniones del Grupo de Cuidado, a menudo es una indicación de que algo está mal, ya sea con la metodología de la enseñanza o la actitud del Promotor, y el seguimiento de esta métrica ayuda a la organización a identificar problemas desde el inicio.</p>
<p>4. El contacto de las Voluntarias del Grupo de Cuidado con las madres beneficiarias asignadas debe ser monitoreado. Asimismo, la frecuencia del Grupo de Cuidado, la cual debe ser, como mínimo, una vez al mes, de preferencia dos veces al mes.</p>	<p>Con el fin de establecer la confianza y la relación regular con las madres con las que trabajan las Voluntarias del Grupo de Cuidado, creemos que es necesario tener contacto por lo menos mensualmente con ellas. Los Grupos de Cuidado deben reunirse al menos una vez por mes.</p> <p>También creemos que el tiempo total de contacto entre las Voluntarias del Grupo de Cuidado y las madres (y otros miembros de la familia) se correlaciona con el cambio de comportamiento.</p>
<p>5. El plan es alcanzar el 100% de los hogares del grupo meta, al menos una vez al mes. El proyecto logra dar cobertura mensual a por lo menos el 80% de los hogares dentro del grupo objetivo. Se debe monitorear la cobertura.</p>	<p>Con el fin de crear un entorno social de apoyo para el cambio de comportamiento, es importante que muchas madres adopten las nuevas prácticas que se promueven. Es más probable que ocurra el cambio de comportamiento cuando hay un contacto regular y directo con <u>todas</u> las madres de niños pequeños (en lugar de llegar a solo una pequeña proporción de las madres).</p> <p>Algunas veces, se diseña la combinación de reuniones de grupo y visitas domiciliarias individuales, pero por lo menos debe incluirse algunas visitas a los hogares. Las madres que faltan a la reunión de grupo, debe recibir una visita domiciliar. Estas visitas a los hogares son útiles para ver la situación en el hogar y para alcanzar otros miembros de la familia, como la abuela, hija o suegra.</p>

Criterios para Grupos de Cuidado	Razón fundamental
<p>6. Las Voluntarias del Grupo de Cuidado levantan datos de los sucesos vitales como: embarazos, nacimientos, y defunciones.</p>	<p>El levantamiento regular de datos de los eventos vitales ayuda a la Voluntaria del Grupo de Cuidado a descubrir los embarazos y nacimientos de manera oportuna y estar atenta a las defunciones en su comunidad (y las causas de esas muertes). Los eventos vitales de salud deben reportarse durante las reuniones del Grupo de Cuidado, para que los datos sean registrados por la lideresa y discutidos por los miembros del Grupo de Cuidado. Los puntos de discusión deben basarse en hacer conexiones entre su trabajo y los eventos vitales de salud en la comunidad (por ejemplo, ¿qué podemos hacer para prevenir este tipo de muerte en el futuro?)</p>
<p>7. La mayor parte de lo que se promueve a través de los GC crea Cambio de Comportamientos dirigidos hacia la reducción de la mortalidad y desnutrición</p>	<p>Este requisito se incluyó principalmente con fines de hacer injerencia política. Se desea establecer que el enfoque de Grupos de Cuidado puede conducir a grandes reducciones en la mortalidad, morbilidad y desnutrición materno-infantil, para que se adopte en cada vez más entornos. Mientras que el enfoque en cascada o multiplicador utilizado en los Grupos de Cuidado puede ser conveniente para otros fines (por ejemplo, educación sobre la agricultura), se sugiere que se utilice un término diferente para los modelos (por ejemplo, " Grupos cascada con base en el modelo Grupo de Cuidado").</p>
<p>8. Las Voluntarias del Grupo de Cuidado utilizan algún tipo de herramienta visual para la enseñanza (por ejemplo, rotafolios) para hacer la promoción de la salud a nivel del hogar.</p>	<p>Se estima que proveer a las VGC de herramientas visuales para la enseñanza ayuda a guiar la promoción de la salud que ellas realizan, les da más credibilidad en los hogares y las comunidades que sirven y ayuda a mantenerlas enfocadas "en el mensaje" durante la promoción de la salud. La naturaleza visual de la herramienta de enseñanza también ayuda a las madres a retener el mensaje ya que lo escuchan y lo miran.</p>
<p>9. Se utilizan métodos participativos de Comunicación para el Cambio de Comportamiento en los Grupos de Cuidado. Las Voluntarias también los usan en los hogares o grupos pequeños.</p>	<p>Se deben aplicar los principios de educación de adultos con los Grupos de Cuidado y las Voluntarias, puesto que estos han demostrado ser métodos más efectivos y más eficaces que el realizar conferencias y utilizar métodos más formales para enseñar a los adultos.</p>

Criterios para Grupos de Cuidado	Razón fundamental
<p>10. El tiempo de instrucción en el Grupo de Cuidado (cuando un Promotor enseña a las Voluntarias) tiene un límite de 2 horas por sesión.</p>	<p>Las miembros Voluntarias de los Grupos de Cuidado son “voluntarias” y, como tales, se debe respetar su tiempo. Se ha evidenciado que al limitar el tiempo de reunión a una o dos horas ayuda a mejorar la asistencia y limita sus solicitudes de remuneración por su tiempo.</p>
<p>11. Al menos una vez al mes se debe supervisar a los Promotores y al menos a una Voluntaria de los Grupos de Cuidado</p>	<p>Para que el trabajo de los Promotores y las Voluntarias del Grupo de Cuidado sea eficaz, es necesaria la supervisión y retroalimentación de forma regular (una o más veces al mes). Para la supervisión de las Voluntarias de Grupos de Cuidado, el patrón usual es que el Promotor supervise a través de la observación directa por lo menos a una Voluntaria después de la reunión del Grupo de Cuidado.</p>
<p>12. Todas las beneficiarias de una las Voluntarias del Grupo de Cuidado deben vivir dentro de una distancia que facilite visitas frecuentes a las casas. Asimismo, todas las Voluntarias deben vivir a menos de 1 hora a pie del punto de reunión con el Promotor.</p>	<p>Es preferible que la Voluntaria no tenga que caminar más de 45 minutos para llegar a la casa más lejana que ella visita para que no se dificulte las visitas regulares. Esto también hace más probable que ya haya tenido una relación previa con la gente a quien está visitando.</p> <p>Antes de empezar el Grupo de Cuidado, debe evaluarse la densidad poblacional de un área. Si un área es tan escasamente poblada que una Voluntaria tiene que viajar más de 45 minutos para reunirse con la mayoría de sus madres beneficiarias, entonces la estrategia de Grupos de Cuidado puede no ser la más apropiada para utilizar.</p>
<p>13. La organización que implementa estos grupos debe crear con éxito una cultura de proyecto/programa que transmita el respeto por la población y por las voluntarias, especialmente por las mujeres.</p>	<p>Una parte importante de este modelo es fomentar el respeto por las mujeres, por lo que los implementadores deben hacer de esto una parte explícita del proyecto, así como promover estos valores entre el personal del proyecto e idealmente medir si las Voluntarias sienten ese respeto.</p>

Establecimiento de los Grupos de Cuidado

Esta sección detalla los pasos para establecer Grupos de Cuidado. Los medios específicos para llevar a cabo cada paso variarán según el contexto del proyecto y las preferencias del personal implementador. Independientemente de los métodos específicos utilizados, los siguientes dos puntos clave se deben cumplirse cuando se forman Grupos de Cuidado:

- Los Grupos de Cuidado es una metodología con enfoque equitativo, cuyo objetivo es que el 100% de las beneficiarias (mujeres embarazadas, lactantes o madres de niños pequeños) sean incluidas en los Grupos de Cuidado.
- Cada Voluntaria de los Grupos de Cuidado vivir tan cerca como sea posible de los hogares de las madres beneficiarias, de modo que las visitas regulares no se vean obstaculizadas. Esto también hace que sea más probable que las Voluntarias del Grupo de Cuidado hayan tenido relación con las personas a las que sirven previamente, lo que ayudará a fomentar el cambio de comportamiento.

Identificación de los hogares beneficiarios

Un hogar beneficiario es un hogar con al menos una mujer embarazada, madre lactante o madre de niños menores de dos años de edad (en algunos proyectos de Grupo de Cuidado también se incluyen las madres de niños menores de cinco años, o incluso todas las mujeres en edad reproductiva).

Al inicio del proyecto, los hogares beneficiarios se identifican a través de un censo de la comunidad. Hay dos maneras de realizar el censo:

1. Visitas de puerta en puerta a cada hogar en el pueblo.
2. Reunión con líderes de la comunidad que son capaces de identificar de forma fiable todos los hogares con mujeres embarazadas, lactantes o madres de niños pequeños. Tenga en cuenta que es importante verificar la exactitud de la información censal proporcionada por los líderes de la comunidad. Es más difícil identificar la mejor manera de formar los grupos de vecinas utilizando este método.

Una vez que todos los hogares beneficiarios se identifican en un pueblo, se genera una lista, según la tabla que se encuentra a continuación. Dependiendo del número total de hogares beneficiarios identificados en el pueblo, se procede a formar los grupos de vecinas con 10 a 15 hogares, basado en la ubicación geográfica de la casa.

Lista de censo de la comunidad

Número	Nombre de la madre	Embarazada (Sí / No)	Hogar tiene un niño menor de 2? (Si /no)	Área de la comunidad	Grupo Temporal #	Voluntaria de Grupo de Cuidado Asignada
1	Elena Santos	Sí	No	Playa Alta	1	
2	Norma Rosas	No	Sí	Playa Alta	1	
3	Ana Romero	No	Sí	Playa Alta	1	
4	Sonia Pérez	Sí	No	Playa Alta	2	
5	Alicia Castro	No	Sí	Playa Alta	2	✓ A

Selección de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado

Una vez que se han formado los Grupos de Vecinas en función de su proximidad geográfica, se reúnen las vecinas para seleccionar a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado. Revise la descripción del trabajo de un Voluntarias del Grupo de Cuidado (véase el recuadro abajo) con las mujeres, y solicíteles que elijan a una Voluntaria de entre el grupo.

Como mínimo, para ser Voluntaria del Grupo de Cuidado, la madre debe estar dispuesta a trabajar como voluntaria y tener deseo de servir a sus vecinas y estar de adoptar los comportamientos promovidos por el proyecto y el modelo de prácticas sanitarias y nutricionales positivas. Los proyectos pueden optar por incluir otros criterios para la selección de las voluntarias, tales como que puedan leer/escribir o que sea una figura respetada en la comunidad.

La descripción del trabajo de Voluntarias de los Grupos de Cuidado incluye las siguientes funciones:

- Se reúne con sus vecinas al menos una vez al mes para promover el cambio de comportamiento
- Visita a cada vecina una vez al mes (de acuerdo a la necesidad y relevancia del comportamiento) para negociar el cambio de comportamiento.
- Monitorea e informa acontecimientos vitales que se han producido en la comunidad, tales como nacimientos, muertes y enfermedades graves.
- Moviliza a las vecinas para participar en actividades de la comunidad que beneficien a sus familias, como campañas de vacunación, distribución de alimentos, o construcción de letrinas
- Asiste a las reuniones del Grupo de Cuidado facilitadas por el Promotor e informa el número de las vecinas que asistieron a las reuniones de grupos de vecinas.
- Informa a los líderes locales sobre los problemas que no pueden resolverse en los hogares, y solicita apoyo del Promotor
- Modela los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que enseña a las vecinas

Una vez se haya seleccionado a las Voluntarias del Grupo de Cuidado, coloque un cheque (✓) junto al nombre de la madre en la lista de los hogares beneficiarios, como se muestra en el ejemplo de la lista para el censo comunitario anteriormente.

Un enfoque alternativo para identificar a los hogares beneficiarios y elegir a las Voluntarias de Grupos de Cuidado

Si la participación de la comunidad es alta, los líderes locales pueden convocar a todas las mujeres embarazadas, madres lactantes y madres de niños pequeños a reunirse en un lugar determinado a una hora determinada. Si una mujer está enferma o no puede asistir, se podría nombrar a alguien para representarla (y presentar la tarjeta de registros de visitas prenatales o la tarjeta de salud de su hijo o hija a la asamblea comunitaria). Se puede pedir que las mujeres se agrupen según su comunidad y luego, en grupos más pequeños según su vecindario, y que allí mismo elijan a su Voluntaria del Grupo de Cuidado.

Formación de los Grupos de Cuidado

Una vez que todas las Voluntarias del Grupo de Cuidado han sido seleccionadas, se forman los Grupos de Cuidado con base en la proximidad geográfica de las Voluntarias del Grupo de Cuidado. Del mismo modo que cada Voluntaria del Grupo de Cuidado no debe de caminar largas distancias para llevar a cabo las visitas domiciliarias, ella tampoco debe tener que viajar muy lejos para asistir a sus reuniones del Grupo de Cuidado con el Promotor. Por lo tanto, los Grupos de Cuidado deben ser formados por Voluntarias que viven dentro de la proximidad geográfica entre sí. Cada Grupo de Cuidado debe tener un mínimo de seis y un máximo de 16 Voluntarias del Grupo de Cuidado, para permitir el aprendizaje participativo. Al igual que con grupos focales, con menos de seis miembros, el diálogo a menudo no es tan representativo y con más de 16 participantes, con frecuencia no hay tiempo suficiente para que todos contribuyan y participen plenamente.

Selección de los Promotores

Los mejores Promotores del Grupo de Cuidado viven en las comunidades en las que van a trabajar. Idealmente, los Promotores se identifican y se contratan antes de que el proceso de identificación de los beneficiarios del programa, ya que pueden jugar un papel clave para facilitar el censo y el proceso de selección de las Voluntarias del Grupo de Cuidado.

Si bien cada proyecto determinará sus propios criterios para la contratación de Promotores, los siguientes requisitos mínimos garantizarán que los Promotores sean capaces de llevar a cabo eficazmente sus responsabilidades (véase el recuadro):

- Capaz de hablar, leer y escribir en el idioma local
- Habilidades matemáticas básicas (por ejemplo, suma, resta)
- Físicamente capaz de moverse por la zona del proyecto

- Capaz de participar en cursos de formación y reuniones con el personal del proyecto
- Capaz de hablar con confianza en frente de grupos y facilitar la discusión
- Respetuoso y considerado con los demás

La descripción del trabajo Promotor incluye las siguientes funciones:

- Facilita reuniones de Grupos de Cuidado con sus Voluntarias de los Grupos de Cuidado cada dos semanas, siguiendo los planes de estudio de los materiales educativos proporcionados
- Supervisa cada Voluntaria de los Grupos de Cuidado al menos trimestralmente, acompañándolas en visitas domiciliarias y observándolas cuando facilitan una reunión con el Grupo de Vecinas
- Completa informes mensuales con base en los registros de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado
- Coordina las actividades a nivel local y mantiene la cooperación con otras instituciones a nivel de la comunidad, tales como los consejos municipales, iglesias y escuelas
- Modela en sus propios hogares los comportamientos de salud, nutrición y saneamiento que enseña a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado

Implementación de Grupos de Cuidado

La Investigación Formativa y Desarrollo de Módulos de Cambio de Comportamiento

Cada proyecto de Grupo de Cuidado tiene como objetivo promover prácticas saludables a través de módulos de Cambio de Comportamiento. Cada módulo está relacionado con un tema específico, como: el embarazo y el parto, alimentación del lactante y del niño pequeño, o de alguna enfermedad común en el área (como dengue o zika). Cada módulo se divide en clases que se centran en uno o dos comportamientos específicos que se imparten en cada reunión.

La mayoría de los proyectos del Grupo de Cuidado tienen de cuatro a seis módulos, con un total aproximado de 25 lecciones. Si una nueva lección se introduce cada dos semanas, se tardaría 50 semanas (un año) para cubrir todas las lecciones. Alternativamente, un proyecto podría optar por cubrir solo una lección al mes, lo que requeriría un poco más de dos años (25 meses) para cubrir todas las lecciones. A menudo, hay fiestas u otros eventos de la comunidad que interrumpen la implementación del proyecto, por lo que se puede extender el tiempo previamente planificado. Por tanto, es importante desarrollar, desde el inicio, un horario flexible para la facilitación de los módulos.

Cada lección se acompaña de una ayuda visual para permitir el aprendizaje participativo. Por lo general, un rotafolio se utiliza con una imagen en la parte delantera que cuenta una historia con una guía de discusión y los puntos clave de conversación en la parte posterior para que lo utilicen las Voluntarias de los Grupos de Cuidado.

Muchas organizaciones no gubernamentales optan por utilizar módulos y planes de lecciones que ya han sido desarrollados, y los adaptan a su contexto cultural específico. Otros proyectos pueden usar o adaptar los programas recomendados por el Ministerio de Salud. El personal del proyecto también puede desarrollar sus propios módulos y lecciones.

Se recomienda que las ayudas visuales y las lecciones sean informadas por una investigación

Ejemplo de un Módulo del Grupo de Cuidado

- Módulo Título: Cuidado de mujeres embarazadas y de recién nacidos
- Lección 1: Atención prenatal y Nacimientos en el Centro de Salud
- Lección 2: Nutrición de la madre y prevención de la anemia
- Lección 3: sal yodada y alimentos ricos en hierro
- Lección 4: lavado de manos con jabón o ceniza
- Lección 5: Creación de las estaciones de lavado de mano en el hogar
- Lección 6: La prevención del Zika en mujeres embarazadas
- Lección 7: Preparación para el nacimiento y parto
- Lección 8: Lactancia materna inmediata
- Lección 9: Prácticas para el cuidado del recién nacido

formativa para comprender mejor las barreras para el cambio de comportamiento. Por ejemplo, si las madres dicen que sus propias madres y suegras no aprueban la lactancia materna exclusiva, la imagen rotafolio podría mostrar a una abuela ayudando a su hija (la madre del niño) a amamantar o diciéndole a su hija que no le dé de beber agua a un bebé. Uno de los métodos de investigación formativa de uso común en los proyectos del Grupo de Cuidado es el [Análisis de Barreras](#), una herramienta de evaluación rápida para proyectos de salud y desarrollo de la comunidad, que puede ser llevado a cabo para identificar los determinantes del comportamiento asociados con un comportamiento particular.⁶ Otros enfoques de investigación formativa pueden incluir grupos de discusión en profundidad o [Los estudios de desviación positiva](#).

La investigación formativa y el desarrollo de los módulos pueden llevarse a cabo antes o incluso al mismo tiempo que otras actividades iniciales de los Grupos de Cuidado, como el censo de hogares y la elección de las Voluntarias de los Grupos de Cuidado. Los implementadores deben planificar con anticipación para asegurarse que los módulos estén finalizados e impresos una vez las Voluntarias de los Grupos de Cuidado hayan sido elegidas y los Grupos de Cuidado se hayan formado, por lo que el momento no se ha perdido desde el momento en Grupos de Cuidado se forman a partir de las actividades que utilizan los módulos.

Formación de Promotores

Al comienzo de cada módulo (aproximadamente cada tres a cuatro meses, dependiendo de la longitud del módulo), los Supervisores deben facilitar una capacitación intensiva para los Promotores, cubriendo cada lección. Esta capacitación suele durar de cuatro a seis días, e incluye la base técnica para el módulo, la capacitación de cada uno de los planes de lección, varios días de *coaching* y práctica.

Dependiendo del nivel de experiencia que el Supervisor tiene acerca de los temas tratados en el módulo, puede ser útil invitar a los miembros del Ministerio de Salud para co-facilitar la formación y/o estar disponibles para contestar preguntas que puedan surgir. La participación del personal del Ministerio de Salud es una excelente manera de promover la colaboración entre el sistema de salud del gobierno y los Grupos de Cuidado. También equipa a personal del centro de salud con conocimientos y herramientas para la promoción de las mismas prácticas de Cambio de Comportamiento cuando los miembros de la comunidad busquen los servicios del centro de salud.

En proyectos grandes de Grupos de Cuidado podría ser muy difícil reunir a todos los Promotores por las distancias requeridas o porque podrían haber demasiados Promotores para que la capacitación sea eficaz. (No se recomienda capacitar a más de 25 personas al mismo tiempo.) En

⁶Para obtener más información sobre Análisis de Barreras, consulte: Kittle, B. 2013. Guía práctica para realizar un Análisis de Barreras. Nueva York, Nueva York: Helen Keller International. Disponible en: http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/practical_guide_to_ba_spanish_0.pdf

estos casos, los Promotores deben ser capacitados en grupos más pequeños con base en la región geográfica.

Además de asegurar que los Promotores tengan una sólida comprensión de los contenidos de los módulos, los Supervisores y otros facilitadores de la capacitación debe modelar el carácter participativo de la capacitación. En la medida en que sea posible, la capacitación de los Promotores debe incluir cada uno de los nueve pasos de la reunión del Grupo de Cuidado (descrito en la sección de abajo); con un énfasis particular en la reunión de reflexión de actividades potenciales, discutiendo barreras para el Cambio de Comportamiento, así como la práctica y el entrenamiento.

Reuniones del Grupo de Cuidado

El Promotor facilita dos reuniones del Grupo de Cuidado al mes. Lo ideal sería que las reuniones del Grupo de Cuidado mantengan un horario fijo y sean a la vez convenientes tanto para los Promotores como para las Voluntarias del Grupo de Cuidado. La ubicación de la reunión del Grupo de Cuidado debe estar dentro de un máximo de una hora a pie para todos los participantes.⁷ La reunión del Grupo de Cuidado no debe durar más de dos horas: Las Voluntarias del Grupo de Cuidado son voluntarias y, como tales, necesitan que su tiempo sea respetado. Limitar el tiempo de la reunión del Grupo de Cuidado a una o dos horas ayuda a mejorar la asistencia y limita las solicitudes de compensación financiera.

Cada reunión del Grupo de Cuidado seguirá una estructura similar. La secuencia específica de la reunión puede variar según el proyecto, pero cada uno de los siguientes pasos deben ser incluidos:

1. **Objetivos de la lección:** Cada lección debe concentrarse en uno o dos comportamientos factibles. Estos son los comportamientos que el proyecto espera que las Voluntarias del Grupo de Cuidado y las vecinas practiquen, con base en los mensajes clave del rotafolio.
2. **Juego o canción:** Cada lección debe comenzar con un juego o una canción. Esto ayuda a que las Voluntarias de los Grupos de Cuidado se sientan relajadas y construye un sentido de seguridad. Cuando las mujeres se sienten seguras son más propensas a compartir sus experiencias, hablar abiertamente sobre sus luchas, y considerar probar nuevas prácticas en el hogar.
3. **Asistencia y solución de problemas:** El Promotor toma nota de las Voluntarias del Grupo de Cuidado que están presentes en la reunión y de los registros de asistencia. El Promotor pregunta si hay algún evento vital para informar (nacimiento, defunciones, o nuevos embarazos) y recoge los informes de actividades del mes de las Voluntarias del Grupo de

⁷Si las Voluntarias del Grupo de Cuidado caminan más de una hora para asistir a las reuniones del Grupo de Atención, los Promotores debe alertar a su Supervisor. El Supervisor debe entonces revisar la estrategia de cobertura y ajustarla para permitir Grupos de Cuidado más pequeños, compuestos de Voluntarias de Grupo de Cuidado que vivan más cerca.

Cuidado, si procede. El Promotor preguntará acerca de cualquier problema que las Voluntarias del Grupo de Cuidado pudieran haber enfrentado en la enseñanza de la lección anterior, y preguntará a las Voluntarias del Grupo de Cuidado si fueron capaces de probar los comportamientos que se presentaron en la reunión anterior. Esta es una oportunidad importante para hacer frente a los obstáculos que surgen en la práctica de un nuevo comportamiento.

4. **Promoción del Cambio de Comportamiento a través de imágenes:** El Promotor debe utilizar entonces la imagen del rotafolio para enseñar sobre el comportamiento. Se hacen preguntas para averiguar las prácticas actuales de las mujeres en el grupo.
5. **Actividad (si es posible):** Por lo general, ¡las personas no cambian su comportamiento con solo pedirles que lo hagan! El Cambio de Comportamiento será mucho más probable si las mujeres son capaces de probar el comportamiento en un ambiente seguro. Por ejemplo, si la lección es sobre el lavado de manos de la forma correcta, las mujeres deben practicar el lavado de manos ahí mismo. Si el comportamiento es en la diversidad de la dieta, se puede planificar una demostración de cocina simple. El Promotor es responsable de los materiales para organizar la actividad de cada lección. Los materiales pueden ser llevados por las Voluntarias de los Grupos de Cuidado desde sus propios hogares para crear un escenario de la 'vida real'. Las actividades no son posibles para todos los comportamientos.
6. **Discutir los posibles obstáculos y soluciones:** Cuando las Voluntarias de los Grupos de Cuidado a discuten las barreras durante cada lección, tienen que imaginarse realmente practicando el comportamiento dentro de su contexto doméstico. Una vez que todas las barreras se discuten, el Promotor debe involucrar a todos los participantes en la identificación de formas de superar las barreras mencionadas. No es la responsabilidad del Promotor ofrecer soluciones. Hacer una lluvia de ideas para las soluciones es una responsabilidad de grupo y capacitará a las Voluntarias del Grupo de Cuidado a convertirse en eficaces solucionadoras de problemas.
7. **Práctica y acompañamiento:** Cada Voluntaria de Grupo de Cuidado debe practicar la enseñanza de la lección a otra voluntaria. Los Promotores deben observar y dar consejos cuando sea necesario. Esto ayuda a las Voluntarias del Grupo de Cuidado a sentirse cómoda y familiarizada con los rotafolios y los mensajes.
8. **Solicitar un compromiso para probar el nuevo comportamiento:** Los estudios han demostrado que cuando alguien se compromete a hacer algo, es mucho más probable que lo haga. El Promotor debe pedir a todas las Voluntarias del Grupo de Cuidado que se comprometan a probar el nuevo comportamiento ellas mismas, antes de enseñar a los demás.

Señales para la facilitación

1. Objetivos



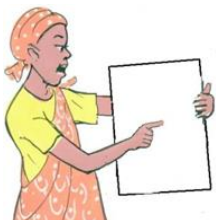
2. Juego o canción



3. Asistencia y solución de problemas



4. Promoción del Cambio de Comportamiento a través de imágenes



5. Actividad



6. Discutir barreras y soluciones



7. Practicar y acompañar



8. Pedir un compromiso



Visitas a los Hogares y Reuniones de Grupo con las Vecinas

Cada vecina debe tener al menos un contacto por mes con su Voluntaria del Grupo de Cuidado. Esto se puede hacer, ya sea a través de una visita al hogar o pequeña reunión de grupo con otras mujeres vecinas en su vecindario.

Inmediatamente después de la reunión del Grupo de Cuidado, la Voluntaria del Grupo de Cuidado debe hacer contacto con cada una de sus vecinas asignados a través de una visita domiciliar o reunión de grupo. Puede haber una combinación de reuniones de grupo y visitas a los hogares individuales con las vecinas. Las vecinas que faltan a una reunión de grupo deben recibir una visita domiciliar por parte de la Voluntaria del Grupo de Cuidado. Las visitas a los hogares también son útiles para ver la situación en el hogar y llegar a las personas que no sean la madre, como la abuela, el esposo o la suegra.

Las visitas domiciliarias y reuniones de grupos deben seguir la misma estructura general que la reunión del Grupo de Cuidado, con las siguientes adaptaciones:

1. **Objetivos de la lección:** Decirle a la vecina y los miembros de su hogar el tema de la lección para la visita.
2. **Juego o una canción:** Si se está conduciendo una reunión en grupo, las Voluntarias del Grupo de Cuidado pueden facilitar un juego o una canción. En las visitas a domicilio, podría ser más beneficioso crear un ambiente seguro y cómodo con un poco de conversación relajada y saludando a todos los miembros de la familia.
3. **Presentación de informes y resolución de problemas:** La Voluntaria del Grupo de Cuidado registra la fecha de la visita o reunión, y hace consultas sobre cualquier evento vital que pudo haber sucedido en el mes anterior. La Voluntaria del Grupo de Cuidado pregunta a la vecina si logró poner en práctica los comportamientos presentados durante la reunión anterior. Esta es una oportunidad importante para abordar los obstáculos que surgen en la práctica de un nuevo comportamiento.
4. **Promoción del cambio de comportamiento a través de imágenes:** La Voluntaria del Grupo de Cuidado utiliza la imagen del rotafolio para enseñar sobre el comportamiento. Si es una reunión de grupo, se plantean preguntas para averiguar las prácticas actuales de las madres en el grupo. Si es una visita domiciliar, la Voluntaria del Grupo de Cuidado podría involucrar a otros miembros de la familia presentes (por ejemplo, al esposo, a la suegra, etc.) en la lección.
5. **Actividad:** Si es posible, la Voluntaria del Grupo de Cuidado debe demostrar y ayudar a las vecinas a practicar el nuevo comportamiento.
6. **Discutir los posibles obstáculos y soluciones:** Este paso siempre debe llevarse a cabo, ya que puede ser una discusión muy importante contar con los miembros del hogar influyentes para ciertos comportamientos en personas influyentes tienen un papel importante en la determinación de si el comportamiento se practica o no.
7. **Solicitar el Compromiso de practicar el nuevo comportamiento:** El compromiso puede ser tomar una pequeña acción, o el primer paso, hacia la adopción del nuevo comportamiento, tal como "Voy a decirle a mi esposo lo que he aprendido y hablar con él sobre la construcción de una letrina." La vecina no tiene que prometer construir las letrinas esta semana.

Supervisar las Actividades del Grupo de Cuidado

Aunque el enfoque Grupo de Cuidado ha demostrado ser muy eficaz como estrategia de Cambio de Comportamiento, si no se ejecuta con un alto nivel de calidad, no producirán los resultados deseados. Además, el seguimiento de la implementación, generalmente tiende a estar enfocado en cantidad (número de reuniones celebradas y cuántas personas asistieron) en lugar de la calidad. Es fundamental dar seguimiento, mediante una supervisión constante, a la calidad con que se llevan a cabo las actividades del Grupo de Cuidado.

Supervisión para apoyar

La supervisión de apoyo es un proceso en curso diseñado para guiar y capacitar a un trabajador para que obtenga independencia, confianza en sí mismo, y las habilidades necesarias para llevar a cabo eficazmente el trabajo. La supervisión de apoyo es esencial en los proyectos del Grupo de Cuidado para brindar apoyo a los actores del Grupo de Cuidado y asegurar que se está aplicando el enfoque de la forma prevista.

La Supervisión de apoyo de las actividades del Grupo de Cuidado ocurre al menos en dos niveles: los Promotores supervisan a las Voluntarias de los Grupos de Cuidado; y los Supervisores supervisan a los Promotores.

Supervisión de Voluntarias de los Grupos de Cuidado por los Promotores

El Promotor debe supervisar al menos una Voluntaria del Grupo de Cuidado de cada uno de sus Grupos de Cuidado cada mes. Durante la visita de supervisión, el Promotor debe:

- Observar a la Voluntaria del Grupo de Cuidado facilitando una visita domiciliar o reunión de un grupo pequeño. Idealmente, el Promotor hará una Lista de Verificación y Mejora de la Calidad de verificación (LVMC- descrita a continuación), que incluye las etapas clave de la reunión del Grupo de Cuidado. Con esta lista, el Promotor puede evaluar en qué medida se completó cada paso.
- Ir a la casa de la Voluntaria del Grupo de Cuidado para dar retroalimentación.
- Evaluar el hogar y las prácticas de la Voluntaria del Grupo de Cuidado para ver si está siguiendo las prácticas que se están promoviendo. La Voluntaria del Grupo de Cuidado es la madre 'modelo' en su comunidad. Si ella no está siguiendo las prácticas que está enseñando, el Promotor debe ayudarla a superar cualquier barrera.
- Revisar la integridad y exactitud del registro de asistencia de las Voluntarias del Grupo de Cuidado.
- Preguntar acerca de cualquier problema que las Voluntarias del Grupo de Cuidado puedan enfrentar y buscar soluciones; apoyar y motivar a la Voluntaria del Grupo de Cuidado, y darle las gracias por su importante trabajo.

Supervisión de los Promotores

La capacidad del Promotor para facilitar las actividades del Grupo de Cuidado es la pieza clave del enfoque Grupo de Cuidado. Los Promotores requieren que los Supervisores les supervisen y apoyen para asegurarse que están poniendo en práctica el enfoque con altos niveles de calidad y fidelidad al modelo.

Lo ideal sería que cada Promotor reciba una visita de supervisión una vez al mes. Casi todo el trabajo del Promotor se realiza en la comunidad, por lo que la supervisión debe tener lugar en la comunidad. Simplemente, reunirse con los Promotores durante las capacitaciones y revisar los informes no se considera supervisión.

Durante la visita de supervisión, el supervisor debe:

- Observar al Promotor facilitar una reunión del Grupo de Cuidado, preferiblemente usando un LVMC (descrita a continuación)
- Hablar con tres a cinco Voluntarias del Grupo de Cuidado para evaluar su nivel de participación e interés en el en el programa, así como la calidad y consistencia del trabajo de los Promotores.
- Si es posible, hablar con algunas de las vecinas para evaluar su nivel de participación, su interés en el programa, y la calidad y consistencia del trabajo de los Promotores.
- Revisar la integridad y exactitud de los informes del Promotor.
- Evaluar si los materiales del Promotor (registros, materiales de enseñanza) se mantienen en un lugar seguro y limpio.
- Preguntar acerca de cualquier problema que enfrenta el Promotor y abordar las posibles soluciones; apoyar y motivar al Promotor, y agradecerles por su importante labor.

Listas de Verificación y Mejora de la Calidad (LVMC)⁸

Se incluyen ejemplos de LVMC y listas de control de supervisión de apoyo en el Manual de capacitación de Grupos de Cuidado.

La LVMC es una herramienta clave para utilizar durante la supervisión de apoyo. Como su nombre indica, se trata de una lista de comprobación de los elementos clave que se incluirán en cada reunión o visita domiciliar del Grupo de Cuidado. Por ejemplo, la LVMC puede incluir preguntas sobre si se utilizó la metodología correcta durante la sesión de educación (si el Promotor preguntó a los participantes si acerca de las barreras que les impida adoptar el comportamiento) Y sobre las técnicas de facilitación (el Promotor habla despacio y con claridad?)

⁸Los lectores interesados en obtener más información sobre las Listas de Verificación y Mejora de Calidad pueden referirse a las Recomendaciones para un estudio adicional en la página 29.

Cada pregunta en el formulario tiene una respuesta afirmativa o negativa. Después de leer la pregunta, el Supervisor debe decidir si la respuesta es 'sí' o 'no' y marcar la casilla correspondiente. El Supervisor debe completar la lista de verificación solo después que se haya completado el evento, no durante. Esto se hace para que el Supervisor pueda estar atento durante el evento que se está evaluando, y no distraído por llenar el formulario.

Una vez completado, el número de respuestas 'sí' pueden ser contadas, con el fin de dar una puntuación global porcentual a la persona que está siendo supervisada. Esta puntuación también se puede incluir en el sistema de monitoreo LVMC del proyecto, con el fin de realizar un seguimiento de las mejoras en las puntuaciones en el tiempo. El proyecto también podría elegir no cuantificar la puntuación LVMC, y en su lugar de utilizar la lista de verificación como base para dar retroalimentación - refuerzo especialmente positivo - al Promotor o Voluntarias del Grupo de Cuidado.

La retroalimentación durante todas las visitas de supervisión de apoyo debe darse en un lugar privado, y debe enfatizar los puntos positivos. Las áreas de mejora deben ser comunicadas con suavidad, para que la persona que está siendo supervisada no se sienta vergüenza o se sienta desanimada. Recuerde, las Voluntarias de los Grupos de Cuidado (y en algunos proyectos, los Promotores) son voluntarias - no empleadas, y todo el personal del proyecto, ya sea remunerado o voluntario, debe ser tratado con respeto.

Monitoreo y evaluación

Monitoreo y Reportaje

La implementación exitosa de Grupos de Cuidado se basa en la presentación de informes eficaces y oportunos de las actividades del Grupo de Cuidado. Este reporte permite que el proyecto dé seguimiento de la asistencia a las reuniones del Grupo de Cuidado y cobertura de las visitas domiciliarias y reuniones de grupos de vecinas, que son los dos aspectos más importantes del enfoque de Grupo de Cuidado. Si las Voluntarias de los Grupos de Cuidado no asisten a las reuniones, y no visitan a sus vecinas asignadas, el proyecto no tendrá éxito.

Además de supervisar las actividades del Grupo de Cuidado, también levanta datos sobre eventos vitales con todos los miembros de los Grupos de Vecinas y Grupos de Cuidado, lo que permite al proyecto dar un seguimiento de la madre, el niño y la mortalidad infantil (datos que de otro modo sería costoso y requiere mucho tiempo para recoger). Dependiendo de los requisitos del donante, el proyecto también puede recopilar datos sobre otras actividades del proyecto o indicadores a través de la estructura de informes Grupo de Cuidado, tales como la asistencia a las sesiones de monitoreo de crecimiento, la cobertura de inmunización, o la incidencia de las enfermedades infantiles.

Registros

Para asegurar una información oportuna y precisa, los proyectos de los Grupos de Cuidado utilizan registros para capturar y compartir datos clave. Los registros principales son:

- Registro de Grupos de Vecinas (mantenido por las Voluntarias de los Grupos de Cuidado)
- Registro Grupo de Cuidado (mantenido por el Promotor)

Estos registros son muy similares entre sí y recogen cuatro tipos de información de los Grupos de Vecinas y Grupos de Cuidado:

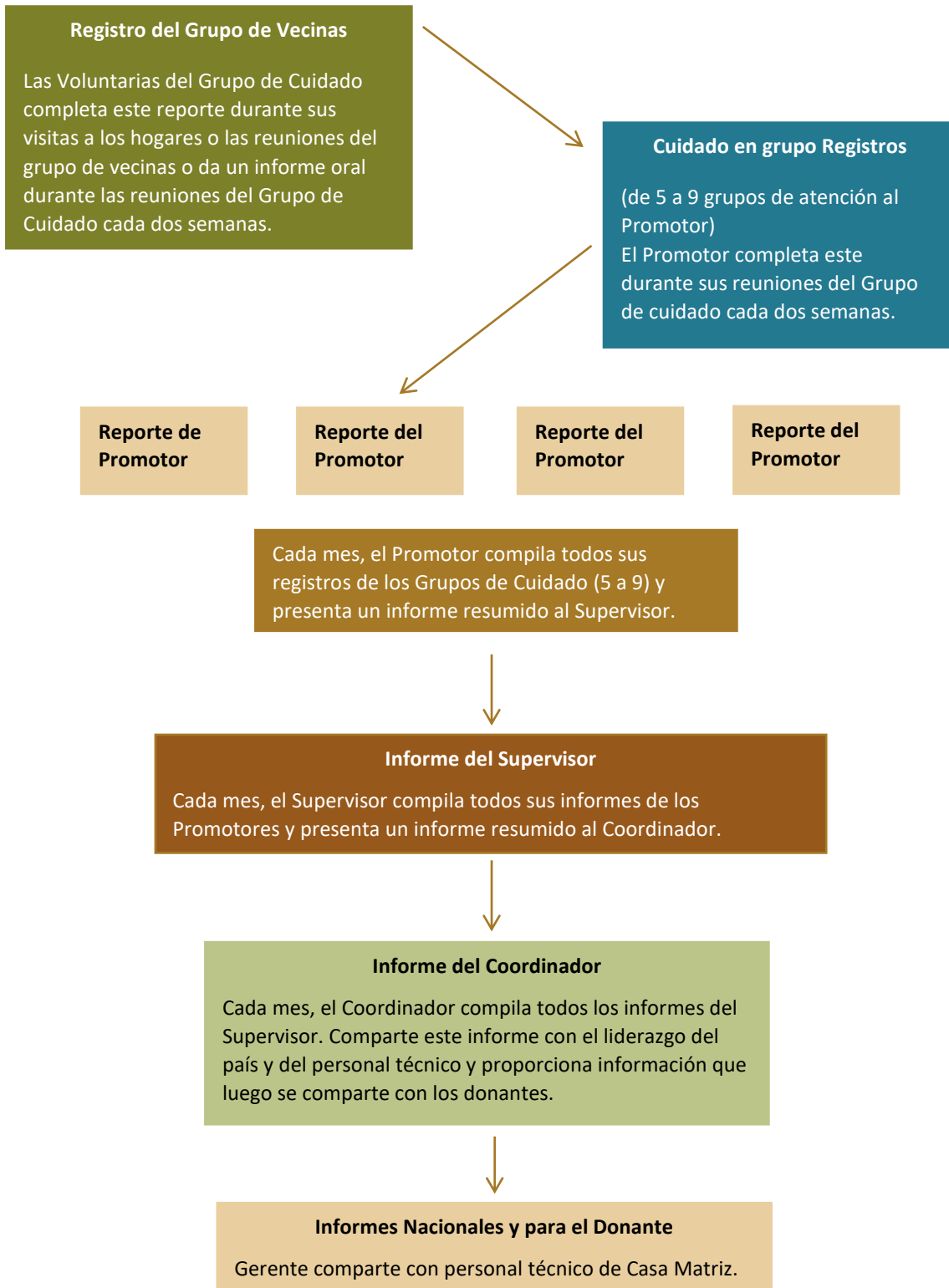
- Fecha en que los miembros se reunieron (información de registro)
- Asistencia a las reuniones de grupo o visitas domiciliarias
- Acontecimientos vitales de los miembros del grupo (muertes de madres, muertes de niños y niñas menores de 2 años y nacimientos.)
- Lecciones del plan de estudios Grupo de Cuidado que se completaron.

Ejemplos de estos registros se incluyen en: [Grupos de Cuidado: Manual de Entrenamiento para la Implementación de Programas de Desarrollo](#). Como se señaló anteriormente, algunos proyectos del Grupo de Cuidado adaptan estos registros para recoger más información. Los registros deben ser lo más simple posible. Añadir campos adicionales a los registros requerirá que las Voluntarias de los Grupos de Cuidado y los Promotores dediquen más tiempo rellenando los registros durante sus reuniones, lo que puede quitarles tiempo para enseñar el plan de estudios. Registros complicados y muy detallados también pueden dar lugar a errores en la

presentación de informes o generan una tentación de falsificar información si las Voluntarias o los Promotores encuentran que los registros son una carga demasiado pesada para llenar en cada reunión.

Los reportes se realizan normalmente en la segunda reunión del Grupo de Cuidado de cada mes; por lo que los Promotores pueden presentar sus informes resumidos a sus supervisores al final de cada mes. El diagrama de la página siguiente ilustra el flujo de información a través de un Sistema de Información de Gestión Grupo de Cuidado.

El flujo de información a través del Sistema de Manejo de Información del Grupo de Cuidado



Indicadores Clave de Rendimiento

Basándose en los datos recolectados a través de los registros, una serie de indicadores pueden ser calculados para evaluar la funcionalidad en curso de los Grupos de Cuidado. Estos pueden incluir los siguientes:

- El porcentaje de Grupos de Cuidado que se reunió dos veces en el mes anterior.
- El porcentaje de Grupos de Cuidado que tenía al menos un 80% de asistencia de las Voluntarias de Grupos de Cuidado en las reuniones del mes anterior.
- El porcentaje de las vecinas que fueron visitadas por Voluntarias del Grupo de Cuidado (ya sea a través de una visita domiciliar o reunión de grupo) en el mes anterior.

Evaluación

Mientras que los datos que se reportan en el Grupo de Cuidado proporcionan información sobre la funcionalidad Grupo de Cuidado, la adopción de prácticas saludables específicas promovidas por el proyecto es la indicación definitiva del éxito del proyecto. Para evaluar la cobertura de estas prácticas, una encuesta de población (por ejemplo, una encuesta estándar de Conocimientos, Prácticas, y Cobertura –KPC, por sus siglas en inglés-) debe llevarse a cabo con una línea base, evaluación final y, si es posible, a medio término. Además, se pueden llevar a cabo encuestas Mini-KPC cada cuatro o seis meses para los indicadores clave de comportamiento.

Secuencias de las Actividades del Grupo de Cuidado

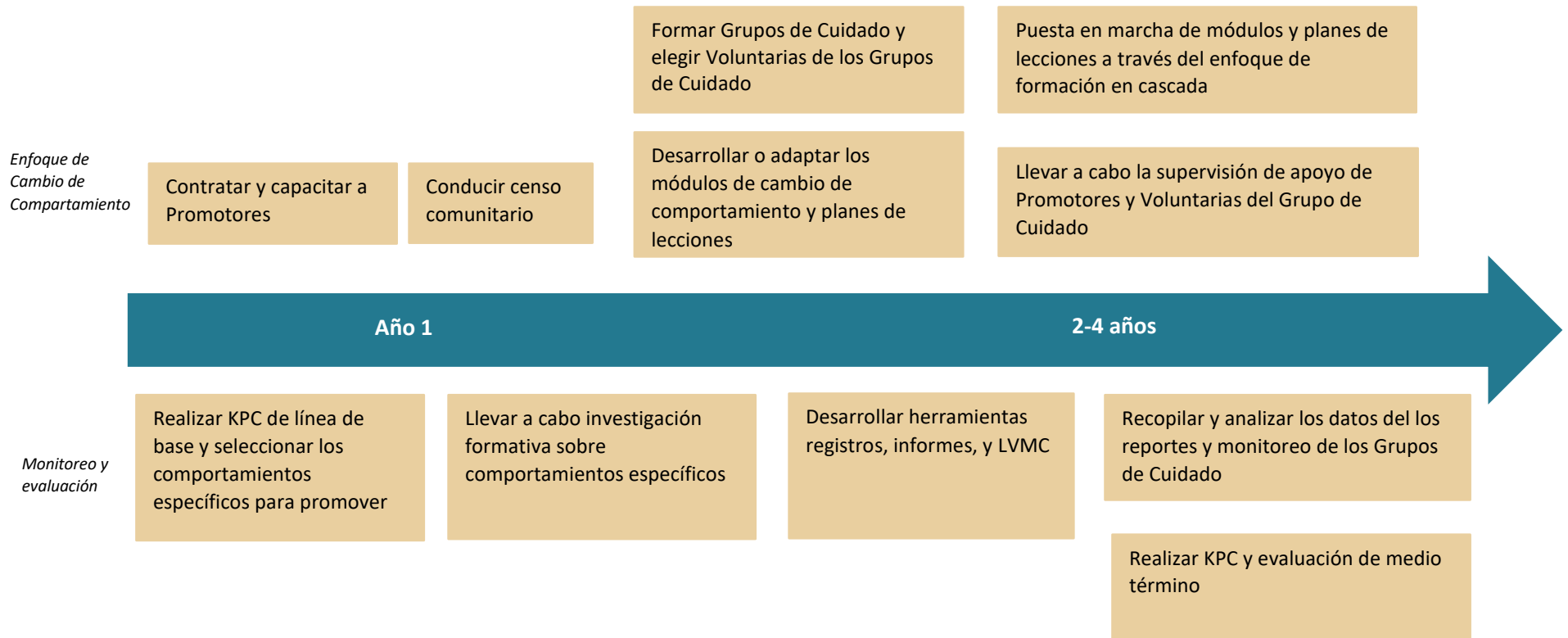
La mayoría de los Grupos de Cuidado se implementan dentro de un ciclo de proyecto de cinco años. Las actividades principales del Grupo de Cuidado, como las reuniones de los Grupos de Cuidado, visitas domiciliarias y reportaje se llevarán a cabo durante la vida del proyecto, hay varias tareas que deben completarse en el primer año para sentar las bases para una implementación exitosa. Éstas incluyen:

- La realización de la encuesta de línea base y de investigación formativa
- Desarrollo de módulos, planes de lecciones y herramientas de reportaje
- La realización del censo y la elección de Voluntarias de los Grupos de Cuidado
- La capacitación de todos los actores en el enfoque Grupo de Cuidado

A menudo, los nuevos implementadores de los Grupos de Cuidado se sorprenden de la cantidad de tareas necesarias para establecer los Grupos de Cuidado, y podrían no planificar un tiempo adecuado durante el primer año para la puesta en marcha del proyecto. La línea de tiempo a continuación proporciona una sugerencia sobre cómo se pueden secuenciar las actividades del Grupo de Cuidado, en especial las actividades críticas de la puesta en marcha en el primer año. Tenga en cuenta que varias actividades pueden llevarse a cabo simultáneamente. Por ejemplo, mientras que algunos miembros del personal del proyecto se dedican a conducir el censo y el establecimiento de Grupos de Cuidado en las comunidades, otros miembros del personal pueden trabajar en el desarrollo de los módulos y planes de lecciones.

Como se muestra en la línea de tiempo, es razonable esperar que los Grupos de Cuidado no comenzarán formalmente a establecerse hasta el segundo año del proyecto.

Línea de tiempo para implementación de Grupos de Cuidado



Conclusión

Esta guía de referencia pretende ser un breve resumen para los profesionales interesados en la implementación de un modelo de Grupos de Cuidado en sus programas. Está basada en este recurso: [Grupos de Cuidado: Manual de Entrenamiento para la Implementación de Programas de Desarrollo](#). La guía está destinada a servir como un recurso suplementario. Nos esforzamos para sistematizar el enfoque de Grupos de Cuidado con el fin de maximizar su eficacia. La guía trata de cumplir con este objetivo, definiendo claramente los roles, los criterios esenciales, los papeles clave y términos, así como la estructura de un enfoque estándar Grupo de Cuidado. Además, hemos demostrado cómo mejor establecer, implementar y supervisar las actividades. Por último, hacemos referencia sobre la importancia de supervisar y evaluar los indicadores clave para asegurar que el programa se está realizando en el nivel más alto posible. Al proporcionar un enfoque estándar y proporcionar una guía de buenas prácticas, podemos continuar la conversación global sobre la eficacia del modelo de Grupos de Cuidado. A medida que se prueben y validen innovaciones y variaciones, esperamos poder agregar lecciones aprendidas en futuros materiales.

Referencias

- Burn, S.M. 1991. Social psychology and the stimulation of recycling behaviors: The block leader approach. *Journal of Applied Social Psychology* 21: 611–629.
- Gladwell, M. 2000. *The Tipping Point*. Boston: Little, Brown.
- Henry, P., Morrow, M., Borger, S., Weiss, J., DeCoster, M., Davis, T., Ernst, P. 2015. Care Groups I: An Innovative Strategy for Improving Maternal, Newborn, and Child Health in Resource-Constrained Settings. *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 358-369.
- Henry, P., Morrow, M., Borger, S., Davis, T., Borger, S., Weiss, J., DeCoster, M., Ricca, J., Ernst, P. 2015. Care Groups II: A Summary of the Child Survival Outcomes Achieved Using Volunteer Community Health Workers in Resource-Constrained Settings. *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 370-381.
- Kittle, B. 2013. Una guía práctica para realizar un análisis de Barrera. Nueva York, Nueva York: Helen Keller International. Disponible en:
http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/practical_guide_to_ba_spanish_0.pdf

Recomendaciones para la lectura adicional

Davis, Thomas. 2012. [Quality Improvement & Verification Checklists: Online Training Module, Training Files, Slides, QIVCs, etc.](#) Washington, DC: Technical and Operational Performance Support Program.

Food Security and Nutrition Network Social and Behavioral Change Task Force. 2014. [Grupos de Cuidado: Manual de Entrenamiento para la Implementación de Programas de Desarrollo](#) Washington, DC: Technical and Operational Performance Support Program.

Henry, P., Morrow, M., Borger, S., Weiss, J., DeCoster, M., Davis, T., Ernst, P. 2015. Care Groups I: An Innovative Strategy for Improving Maternal, Newborn, and Child Health in Resource-Constrained Settings. *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 358-369.

Henry, P., Morrow, M., Borger, S., Davis, T., Borger, S., Weiss, J., DeCoster, M., Ricca, J., Ernst, P. 2015. Care Groups II: A Summary of the Child Survival Outcomes Achieved Using Volunteer Community Health Workers in Resource-Constrained Settings. *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 370-381.

Para obtener información adicional o más formas de involucrarse, visite:

- Care Groups Forward Interest Group, caregroupinfo.org
- Red de Seguridad Alimentaria y Nutricional (FSN) www.fsnnetwork.org