

¿PUEDE EL MONITOREO DE LAS PERCEPCIONES DE LAS COMUNIDADES (CPT) TRANSFORMAR UNA RESPUESTA HUMANITARIA?

Análisis de Venezuela en el contexto de la Covid-19

CONTEXTO

Cuando la COVID-19 llegó a Venezuela, agravó la crisis ya existente en la que alrededor de siete millones de personas precisaban asistencia humanitaria. La compleja situación política y socioeconómica de Venezuela está marcada por enormes niveles de hiperinflación, lo que deteriora los medios de vida de la población, y una falta de acceso a servicios esenciales, derechos humanos fundamentales y una vida digna. La población de este país se enfrenta diariamente al dilema de decidir entre emigrar o seguir viviendo en condiciones muy duras, con escasez de agua, alimentos y medicinas. La pandemia de COVID-19, junto con las medidas de prevención adoptadas por las autoridades para limitar su transmisión, podría tener un impacto devastador en la situación existente y exacerbar la vulnerabilidad de la población.

Oxfam lanzó su enfoque de CPT en junio de 2020 en el marco de esta crisis en un intento por incrementar las capacidades de prevención de las comunidades y, en última instancia, darles voz. **Hablamos con dos de los principales impulsores de CPT para descubrir más al respecto...**

¿Qué es el CPT?

El CPT es un enfoque que utiliza una herramienta móvil para garantizar que el personal pueda recoger, analizar y comprender las percepciones de las comunidades durante brotes de enfermedades.

Solo es relevante como complemento de un programa ya existente.

Q&A

ENTREVISTA CON MANEL REBORDOSA (responsable de Promoción de la Salud Pública para la Participación Comunitaria y TIC) Y LUCÍA P. *

P: Lucía, como residente en Caracas que vive la realidad diaria de este contexto, ¿podrías decirnos cómo es la situación actual?

L: Sinceramente, es desolador. Cada día surge un nuevo problema, ya sea poder ducharte como conseguir medicamentos para tu familia. **Te enfrentas continuamente al dilema de emigrar o permanecer aquí.** Basta con salir a la calle a comprar en el mercado en las zonas populares para ver los efectos de la crisis humanitaria: hay mujeres con muchos niños que no tienen nada con que alimentarlos, gente en la calle sin trabajo... **Es una situación que, aunque era difícil que empeorara, lo ha hecho, porque ahora además nos enfrentamos a una pandemia.**

P: Debido a la actual pandemia, el CPT se implementó a través de organizaciones sociales locales con tu asistencia remota, Manel, ¿cómo ha funcionado a nivel práctico?

M: Ha funcionado bien, sobre todo porque las organizaciones sociales con las que colaboramos localmente han mostrado una gran disposición. **En ningún momento hemos sentido que estábamos imponiendo este enfoque en la respuesta.** Sin embargo, el principal consejo que puedo ofrecer es que, aunque sea fundamental que haya un plan sólido de formación (que se pueda completar fácilmente online), la única manera de garantizar

que el enfoque sea eficaz es garantizando una comunicación directa entre el equipo de apoyo al CPT y las personas que recogen las percepciones en las comunidades. Esto crea un ambiente de equipo y ayuda a que las organizaciones sociales locales no sientan que son simplemente quienes se encargan de recoger datos. Mantener un diálogo constante con el equipo de apoyo técnico es fundamental para que se sientan integrados y comprometidos desde el principio.

L: En Venezuela tenemos la ventaja de que ya aplicamos el enfoque de liderazgo humanitario local, por lo que las organizaciones sociales con las que colaboramos localmente ya conocen a las comunidades. Cuando les presentamos el CPT, las organizaciones se mostraron receptivas porque estaba estrechamente relacionado con el trabajo que ya estaban desempeñando en las comunidades. Es importante destacar que la asistencia remota también ha supuesto un reto porque evidentemente requiere una conectividad estable. Las organizaciones sociales se han enfrentado a este problema al trabajar en zonas en las que incluso el suministro eléctrico es inestable. Una de las principales lecciones que hemos aprendido ha sido que tenemos que mostrar iniciativa para abordar estas barreras utilizando varias plataformas y siendo creativos. **Hemos tenido que pensar de forma creativa y buscar soluciones en nuestro enfoque constantemente** y, en última instancia, eso es lo que ha hecho que el proceso sea un éxito, a pesar de los retos. Por ejemplo, creamos varios videos cortos para la formación online sobre CPT. También utilizamos grupos de WhatsApp para ofrecer asesoramiento de manera regular y garantizar una comunicación directa con las personas que recogen percepciones en las comunidades.

P: ¿Consideran que el CPT ha aportado valor a la respuesta humanitaria en Venezuela?

L: El Gobierno de Venezuela lleva varios años sin proporcionar datos oficiales y ha habido un enorme silencio en lo referente a epidemias. **El enfoque de CPT ha resultado transformador en ese sentido, porque nos ha permitido comprobar las percepciones de la comunidad en el contexto de la COVID-19:** ha brindado una visión fiable de la situación a la que, de otra manera, no se habría tenido acceso. Nuestra respuesta humanitaria se habría visto bastante desorientada sin el CPT, lo que **ha aportado esperanza a una situación desmoralizadora.**

M: En primer lugar, el CPT es enormemente relevante como enfoque durante una pandemia. Pero en este caso, como Lucía ha explicado, **había una alarmante falta de información a nivel local: el contexto perfecto en el que un enfoque como el de CPT puede resultar un éxito y, por consiguiente, contribuir significativamente a una respuesta humanitaria.** En otros contextos, en los que es posible que ya haya acceso a datos oficiales, el CPT desempeñaría inevitablemente una función distinta. Este enfoque ha sido esencial en la respuesta en Venezuela precisamente por el carácter complejo del contexto y la falta de información vital.

P: ¿En qué medida contribuyeron las percepciones recogidas (y analizadas) en Venezuela a la estrategia general de la respuesta humanitaria?

M: El CPT lleva varios meses utilizándose en Venezuela y ya hemos podido ver cambios en los programas en base a las percepciones recogidas. Hemos conseguido completar todo el proceso, con la identificación de tendencias y el análisis de datos, para adaptar posteriormente las actividades según corresponda u ofrecer una mayor influencia. Por ejemplo, antes los mensajes de salud pública animaban a la población a acudir al hospital en caso de enfermedad, pero ahora sabemos que la gente teme ir a los hospitales. En consecuencia, se han adaptado los mensajes para centrarse en métodos de prevención y protección. **Reconocemos que lo que verdaderamente marca la diferencia es el hecho de escuchar a las comunidades y fomentar la confianza; las respuestas rígidas con mensajes concretos resultan inadecuadas y poco eficaces.**

L: Existen varios ejemplos. Cabe mencionar también lo ocurrido en los estados de Lara y Táchira, en los que el CPT reveló que se

había producido un aumento de la violencia doméstica hacia las mujeres durante el confinamiento. Esto resultó en la promoción de un servicio telefónico para casos de violencia durante las actividades de respuesta de salud pública, la difusión de información sobre violencia, y apoyo psicosocial y jurídico de carácter gratuito para mujeres, niños y niñas, y adolescentes.

P: ¿Para qué se utilizará en el futuro el CPT en Venezuela?

M: La idea es continuar implementando el CPT a través de las organizaciones socias locales, como enfoque piloto en las regiones en las que trabajamos. Sin embargo, ya nos enfrentamos a bastante presión, tanto en cuanto a capacidad como volumen de percepciones recogidas semanalmente (a veces hasta 250), y no debemos superar este límite, ya que los datos solo resultan útiles si se analizan correctamente.

L: Sí, ha sido un gran reto para nosotros. El plan consiste en ampliar el CPT solicitando la participación de más organizaciones socias, especialmente en lo que se refiere al análisis de datos, pues disponemos de muy poco tiempo para analizar todos los datos recogidos y nos gustaría que ellas lideraran esta fase vital del proceso.

P: ¿Hay algo más que deseen compartir con los compañeros y compañeras de Oxfam y sus organizaciones socias a nivel global?

M: Es esencial que subrayemos la importancia de escuchar a las comunidades fuera de los contextos formales. El CPT nos permite hacerlo de una manera más personal, haciendo posible que se recojan percepciones sinceras y que se tengan en cuenta.

Nos permite comprender mejor a las comunidades vulnerables y aprender de ellas. Me pareció inspirador que nuestras organizaciones socias locales de Venezuela ya actuaran teniendo esto en mente.

L: Estoy de acuerdo. Es importante reconocer el esfuerzo de nuestras organizaciones socias locales, ya que sin ellas no habría sido posible implementar el CPT. Semana tras semana, se han enfrentado a interminables retos, desde la falta de combustible hasta problemas de acceso, y aun así han continuado trabajando infatigablemente. El éxito del CPT se ha debido enteramente a estas personas y, a modo de conclusión, me gustaría enfatizar nuestra profunda admiración por el gran trabajo que han realizado.

PRINCIPALES APRENDIZAJES de Venezuela

- El CPT no es solo un método de recogida de información sino un proceso que nos permite transformar los datos en medidas prácticas (y/o actividades de incidencia). Esta es la verdadera esencia del CPT.
- La asistencia remota puede resultar eficaz a la hora de implementar un nuevo enfoque, siempre y cuando se cuente con el apoyo de las personas responsables, haya aceptación por parte de las organizaciones socias locales, y exista una comunicación directa, así como una actitud centrada en la búsqueda de soluciones.
- La cantidad de información recogida es una cuestión importante. Recoger demasiadas percepciones puede comprometer el uso adecuado del CPT, por lo que se recomienda recoger un número razonable en todo momento.
- Gracias a la flexibilidad y la rapidez del enfoque de CPT, es posible realizar cambios eficaces en los programas en un tiempo increíblemente reducido.

**Se ha utilizado un seudónimo por razones de seguridad.*

¡Estamos aquí para ayudarle!

Para consultas generales: oxfamcpt@oxfam.org

Para consultas sobre Venezuela -

En español: laura.gonzalez@oxfam.org En inglés: andrea.veranava@oxfam.org

Para más información (en inglés): <https://www.oxfamwash.org/communities/community-perception-tracker>



OXFAM

VISIÓN GENERAL

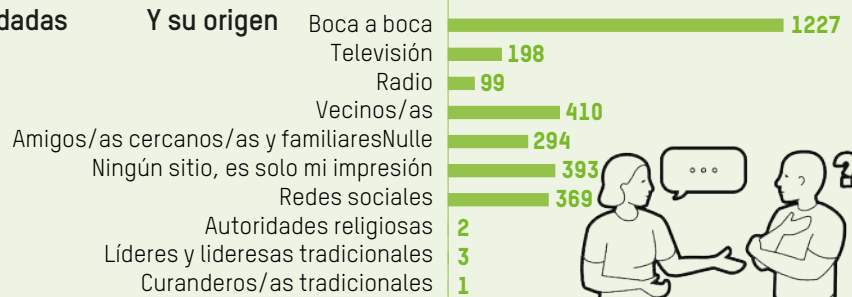
N.º de percepciones recogidas y validadas
(a fecha de 2 de octubre de 2020)

2 996

- 66.7% Mujeres (1998)
- 23.7% Hombres (709)
- 9.6% Sin datos (289)

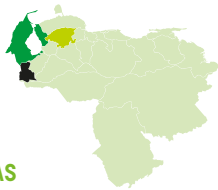


Y su origen



DATOS DESTACADOS

¿Dónde aplicamos el CPT?



ORGANIZACIONES SOCIALES LOCALES DE OXFAM:

- 📍 Zulia
- 📍 Táchira
- 📍 Lara

Algunas de las percepciones recogidas en las comunidades:

"La violencia en los hogares se ha incrementado como consecuencia del confinamiento por la COVID-19, afectando a las mujeres"

— Mujer de Junin, Táchira, septiembre de 2020

"No es bueno automedicarse, pero es mejor que ir al hospital"

— Mujer de Junin, Táchira, septiembre de 2020

"Debemos combatir la COVID-19 con infusiones naturales"

— Hombre en San Francisco, Zulia, septiembre de 2020

"El Gobierno cada vez toma más medidas por la COVID-19 mientras mi hija se muere de cáncer por la falta de asistencia"

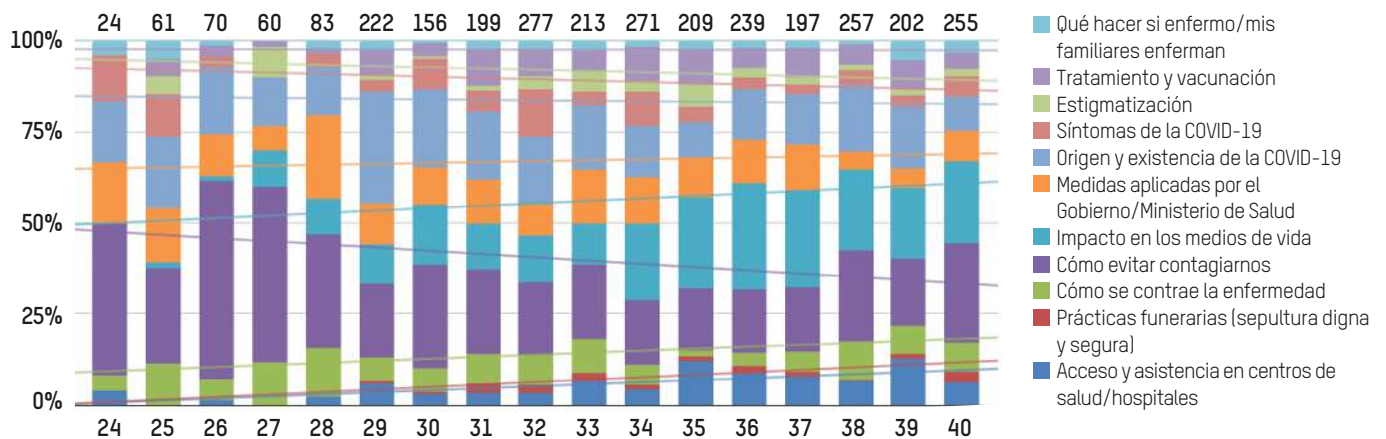
— Mujer mayor en Iribarren, Lara, septiembre de 2020

"Me intoxicqué por tomar ivermectina"

— Hombre de Pedro María Ureña, Táchira, septiembre de 2020

PRINCIPALES TENDENCIAS identificadas:

Porcentaje de percepciones registradas por semana, según las tendencias. En la parte superior de cada columna aparece el n.º total de percepciones recogidas por semana, y en la parte inferior, el n.º de semana.



AL INICIO DE LA PANDEMIA (junio: semanas 24-26), la mayoría de las percepciones estaban relacionadas con cómo prevenir la enfermedad. Se identificaron medidas de prevención sin base científica.

SEMANAS DESPUÉS DE LA LLEGADA DEL VIRUS, comenzaron a aumentar las preocupaciones sobre su impacto en los medios de vida, lo que se convirtió en la principal tendencia, indicando que la epidemia estaba afectando cada vez más a la economía y al modo de vida de las familias. Surgieron preocupaciones sobre la violencia de género.

AL GENERALIZARSE LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD, disminuyó el número de percepciones que estigmatizaban a las personas migrantes como origen del problema.

EN LA SEMANA N.º 29 (la primera semana de julio), empezó a crecer el número de percepciones relacionadas con prácticas funerarias y el acceso y asistencia en centros de salud, lo que mostraba el impacto directo de la pandemia en la salud de las comunidades. Empezó a percibirse el rechazo de las comunidades a acudir a las instalaciones médicas, que comenzaron a mencionar la automedicación.