

# **INFORME EVALUACIÓN FINAL**

## **PROYECTO:**

**“Proyecto de Salud Comunitaria para la  
disminución de las causas inmediatas de  
mortalidad materna infantil, en el Municipio de  
Poroma, Mancomunidad del Caine”**

## **EJECUTOR:**

**FUNDACIÓN INTERCULTURAL NOR SUD**

**CONSULTORA: APTHAPI S.R.L.**

**Ing. Sandro Chambi**

Sucre, 26 de Febrero de 2010

# CAPÍTULO I

## ALCANCES Y METODOLOGIA

### **Marco de realización de la evaluación**

La Fundación Intercultural NOR SUD determinó como *objeto de la evaluación* el Proyecto “Salud Comunitaria para la disminución de causas inmediatas de mortalidad materno – infantil en el Municipio de Poroma, mancomunidad del Caine, Bolivia”, cofinanciado por la Agencia Española de Cooperación Internacional Para el Desarrollo (AECID), la Fundación Internacional de Apoyo al Desarrollo Local y Social (FIADELSO) y la Fundación Intercultural NOR SUD, ejecutado operativamente por Nor Sud por dos años en el periodo diciembre 2007 – diciembre 2009.

### **Propósito de la evaluación**

La presente evaluación tuvo por propósito general verificar el logro de objetivos planteados en el proyecto a través de una valoración participativa de los actores involucrados en la ejecución de las acciones programadas.

La evaluación se centró en determinar los cambios alcanzados en términos cuantitativos y cualitativos para todos los objetivos definidos a nivel de resultados, tomando como base los indicadores establecidos. A nivel de objetivo superior, la evaluación analiza la tendencia de logro existente, para poder también recomendar acciones que permitan efectivamente a futuro alcanzar la finalidad prevista.

A su vez la evaluación pretendió la identificación de elementos que a manera de insumos permitan a la Fundación NOR SUD la retroalimentación y mejora del ciclo de ejecución de proyectos similares y el planteamiento de nuevas propuestas.

### **Los alcances de la evaluación**

Como objetivos de la evaluación se plantearon los siguientes: a nivel general conocer en detalle el funcionamiento del proyecto y la determinación de tendencias y logros de resultados y; a nivel específico, a través de una apreciación externa. 1) conocer la calidad de la gestión operativa y la implicación del equipo técnico de la fundación intercultural Nor Sud durante la ejecución del proyecto, 2) obtener información cualitativa referida a la incidencia del proyecto sobre los roles de actores públicos y privados, políticos y sociales en términos de fortalecimiento de sus propias capacidades en torno a la salud, 3) de modo conclusivo, plantear lineamientos futuros de

intervención institucional en el ámbito de la salud, recuperando el aprendizaje institucional adquirido por la Fundación NOR SUD a lo largo de la ejecución del proyecto.

### **Marco conceptual**

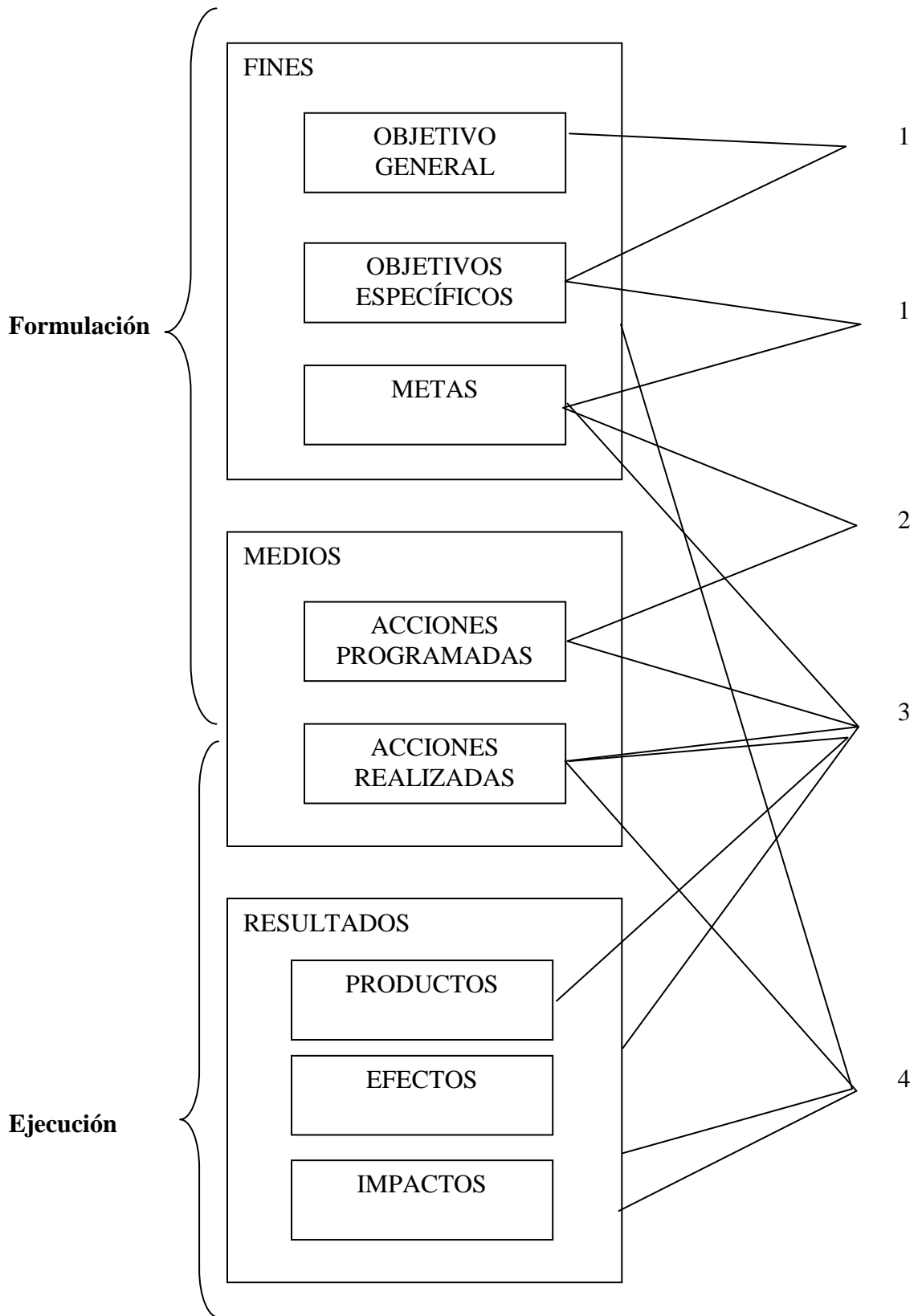
La finalidad básica de las actividades de Planificación, Monitoreo y Evaluación, en el contexto de proyectos de desarrollo es generar y analizar informaciones sobre su formulación, ejecución y consecuencias buscando la identificación y explicación de los problemas y distorsiones, así como de su corrección.

Un proyecto de desarrollo rural debe ser considerado en primera instancia, como un instrumento o medio para provocar cambios sociales en la realidad rural. El cambio social *es definido aquí* como toda modificación en las relaciones sociales en el medio rural que posibilite la mejoría de las condiciones materiales y, especialmente, de la participación política e institucional de los beneficiarios.

Por eso, el Proyecto (en este caso de salud), sin desconocer la importancia de la producción (que no es objeto de intervención del proyecto), debería evitar tanto las estrategias esencialmente "pragmáticas" (en las cuales el crecimiento económico pasa a ser un fin en sí y no apenas uno de los medios para alcanzar un objetivo mas amplio de transformar las relaciones sociales) como las estrategias esencialmente asistencialistas (donde las actuaciones institucionales implican el suministro de recursos solo para moderar los efectos mas visibles de la pobreza rural). Por el contrario, una estrategia basada en desarrollo participativo debe ser privilegiado; conceptualizaciones que condicionan la estructuración de las tareas de la evaluación.

El gráfico siguiente divide las actividades asociadas con la formulación del proyecto (programación de objetivos, metas y acciones), de las actividades de ejecución y de sus resultados (efectos físicos y efectos sociales) e ilustra las diversas instancias de intervención en el proceso de monitoreo y evaluación; ilustraciones que ubican la evaluación presente en estricta coincidencia con el monitoreo que la Fundación NOR SUD ejerce mediante su departamento pertinente.

## Instancias del Monitoreo y de la Evaluación



- a) La consistencia entre el objetivo general y el objetivo específico y entre éste y las metas del proyecto (signadas con el N° 1 en el gráfico); implica el análisis crítico de las hipótesis de sustento de los objetivos y corresponde a la “Evaluación ex ante” que seguramente se realizó.
- b) La adecuación de las acciones programadas para la consecución de las metas y objetivos del proyecto (N° 2), implica la evaluación también ex ante, de las hipótesis de naturaleza técnica, que vinculan las acciones con las metas.
- c) La concordancia o discrepancia entre las acciones programadas y metas previstas en relación a las que efectivamente se realizadas y logradas (N° 3), corresponde al “Monitoreo del Proyecto” (realizada por NOR SUD).
- d) La relación entre los resultados y efectos observados y los objetivos del proyecto (signada con el N° 4), corresponde a las instancias de “Evaluación del Proyecto”.

No obstante esta delimitación conceptual o complementariedad monitoreo versus evaluación, concluimos que la presente evaluación buscó la generación y análisis de **información** sobre: a) El diagnóstico inicial del proyecto; b) El grado de consistencia de los objetivos a diversos niveles, entre sí y con el diagnóstico en el cual se basaron; c) El grado de adecuación de las acciones (e instrumentos de acción, sean financieros, físicos, humanos, sociales e institucionales) con las metas del proyecto; d) La consistencia entre las acciones programadas y las efectivamente realizadas; consistencia que se refiere no únicamente a la naturaleza de dichas acciones, sino también a la cronología de la ejecución; e) La relación entre resultados inmediatos y metas y entre objetivos y **efectos**, sean estos visibles a la finalización del proyecto o previsibles en el corto plazo, por cuanto la evaluación de impactos corresponde a un plazo mayor y que seguramente se realizará de aquí a algunos años.

## **La metodología aplicada**

Dos son las principales características de la metodología de evaluación utilizada:

➤ Evaluación objetiva.

La fundamentación para la realización de una evaluación en función de propósitos y finalidades definidos, es eliminar criterios optimistas o subjetivos que hacen que a un proyecto se le atribuyan bondades o incidencias negativas que no sean consecuencia de su accionar sino de la evolución natural de las variables clave o de otras intervenciones, lo que significa discernimiento basado en el concepto CON y SIN proyecto.

➤ Evaluación participativa.

La evaluación privilegió el uso de técnicas participativas durante el periodo de levantamiento de información de campo y parte de las sesiones analíticas de gabinete, consistiendo en lo siguiente:

- Entrevistas a integrantes de las directivas de las asociaciones de mujeres y varones (grupos WARMI/KHARI), a dirigentes comunitarios, a Agentes Comunitarios de Salud (ACS), a miembros integrantes del sistema oficial de salud del área del proyecto y a informantes clave. Particularmente por las características de la población, no se aplicaron encuestas sino entrevistas estructuradas en base a selección muestral que combinó geografía y necesidad de información representativa en función de resultados logrados por el proyecto.
- Participación selectiva de miembros participantes de las organizaciones comunitarias, familias beneficiadas de manera directa e indirecta, para establecer situaciones comparativas antes/después de la ejecución del proyecto, mediante reuniones zonales en las que especialmente se recogieron apreciaciones y percepciones respecto a efectos y futuro.
- Acompañamiento del personal de la Institución Ejecutora (En este caso los técnicos responsables de la ejecución del proyecto, el responsable de planificación y el encargado de monitoreo de programa) de manera programada tanto en el trabajo de campo como en el de gabinete.
- Acceso irrestricto a información de diseño del proyecto, a informes de avance, a informe final y documentos de apoyo como PDM de Poroma.

La metodología ha previsto también los siguientes ámbitos de evaluación:

1. Capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias que hacen a la participación en el sistema de salud, a partir de la calidad y eficacia de sus estructuras.
2. Articulación de las instancias creadas o fortalecidas por el proyecto, con diferentes instancias políticas e institucionales, otros organismos o sectores.
3. Difusión y visibilidad del accionar y de los resultados del proyecto, su funcionamiento y principales logros alcanzados.
4. Grado de participación y relación con la importancia del proyecto en el marco de prioridades definidas por las propias organizaciones y el grado de implicación entre sus participantes.
5. Sostenibilidad entendida como la capacidad presente y/o futura de garantizar la continuidad de la gestión y funcionamiento de las organizaciones representativas de la sociedad en el sistema de salud.

Finalmente, el norte que ha ordenado la evaluación tiene que ver con los siguientes criterios de valoración:

- Eficacia
- Eficiencia
- Pertinencia
- Impacto
- Viabilidad



CAPITULO II

EL PROYECTO  
TAL COMO FUE CONCEBIDO

## **Descripción resumida**

El proyecto “Salud comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materna infantil en el municipio de Poroma, mancomunidad del Caine”, se ubica en el Municipio de Poroma, Departamento de Chuquisaca, al sur de la República de Bolivia.

La propuesta concentra su intervención en el sector de salud, apoyando a la resolución paulatina del problema principal que es la morbilidad y mortalidad materno infantil que afecta anualmente a más del 10% de la niñez menor de 5 años y mujeres en edad fértil de Poroma, que se encuentra en *el décimo quinto lugar de las municipalidades más pobres de los 314 existentes en Bolivia*, con un IDH de 0,376 que es bajo en comparación a la media nacional de 0,641; siendo que el índice de necesidades básicas insatisfechas alcanza a 99,3% de su población indígena Quechua.

La estrategia de intervención responde a una lógica ordenada, cuyo objetivo es el de incrementar la calidad del servicio de salud para los menores y madres, a través de la mayor participación, implicación y apropiación comunitaria en la salud pública, para lo cual se trabajara a partir de un paquete metodológico conocido como **Salud Comunitaria**, que aglutina una serie de métodos y herramientas participativas, construidas desde la realidad indígena del contexto Boliviano, que conceptual y operativamente respeta los principios horizontales es decir enfoca a la salud como un derecho, con equidad de género y con diversidad cultural. El trabajo se efectuar a partir de 5 líneas programáticas (i) Comunicación para el cambio de comportamiento; (ii) Fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base y su participación comunitaria; (iii) Extensión de los servicios de base comunitaria y vigilancia epidemiológica comunitaria; (iv) Extensión de la cobertura de necesidades de saneamiento básico, (v) Alianzas Estratégicas y (vi) Sostenibilidad.

En 24 meses de duración de proyecto, serán beneficiados de manera directa 892 niños y niñas menores de 5 años y 985 mujeres en edad fértil, y de manera indirecta la totalidad de la población que acude al servicio de salud a nivel de los distritos Poroma y Huañoma es decir 6642 habitantes.

## **Contexto**

El Municipio de Poroma, Segunda Sección Municipal de la Provincia Oropeza, está ubicada al Noreste del departamento de Chuquisaca, a 95 Km de la ciudad de Sucre capital del Departamento. Se localiza entre los paralelos 65°11'12" y 65°41'36" de Longitud Occidental y 18°20'00" y 18°55'14" de Latitud Sur; dividida en cinco distritos: I Poroma, II Sapse, III Pojpo, IV Sijcha y V Huañoma, en donde se encuentran asentadas 83 comunidades rurales y un centro poblado.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), *el Municipio de Poroma es una de las 15 municipalidades más pobres de los 314 existentes en Bolivia*, con un IDH de 0,376 por debajo de la media nacional de 0,612; su índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanza a 99,3%, tiene una población de 17173 habitantes (49% hombres y 51% mujeres), conformando 4.200 familias, de las cuales el 99,3 % es la población pobre por NBI, el 64% habla solo en el idioma originario quechua y un 36% son bilingües (quechua y castellano).

*El nivel de ingreso familiar anual promedio no sobrepasa los 285 USD (menos de 1 Dólar al día)*, siendo la actividad económica principal la agricultura de subsistencia, complementados con la migración temporal como estrategia de sobre vivencia. *El nivel educativo de la población, se ubica entre los más bajos del departamento*, con un índice de analfabetismo que alcanza al 50% de la población (30% en hombres y 70% en mujeres). *El Índice de salud Municipal es de 0,28* se ubica entre los 10 mas bajos de Bolivia, (MSD- FAM- OPS), la elevadísima tasa de mortalidad infantil de 114 niños muertos/1000 nacidos vivos, la mortalidad en menores de 5 años de 195/1000 causadas por episodios diarreicos agudos (EDAS) y enfermedades respiratorias agudas (IRAS), la mortalidad de mujeres en el rango de edad de 15 a 49 años es de 12 por cada 10000, la tasa de cobertura de atención del parto institucional solo llega al 5,34%.

## **Antecedentes de ejecutor local**

El socio local, tiene presencia institucional estable en el Municipio desde hace más de 5 años (2003-06), periodo en el que se han desarrollado una experiencia importante que respalda a la presente propuesta, es así que se han ejecutado proyectos en sectores de soberanía alimentaria, salud nutricional y lucha contra las enfermedades prevalentes, con buenos resultados, siendo que las acciones han permitido además fortalecer la buena relación y coordinación con los actores locales: Gobierno Municipal de Poroma y comunidades campesinas, contando con un convenio de cooperación de 10 años, plasmado en el diseño del *Plan estratégico Decenal 2005- 2010*, denominado *Poroma 2015 “Juntos es Posible”*, que tiene como visión el de apoyar a la consecución de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) y que coincide con el *Plan de Desarrollo del Gobierno Municipal de Poroma*, los primeros proyectos priorizados en el plan son aquellos referidos a fortalecer los sistemas públicos de salud, es así que dentro del plan se cuenta con 2 proyectos para este fin, (i) el presente “Proyecto de Salud Comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materna infantil, identificando como socio español FIADELSON por su grado de especialidad en la temática; (ii) y Fortalecimiento de La Salud Tradicional, que será ejecutado por NOR SUD, a partir del 2008 con financiamiento de la AECI por convocatoria de ordinaria de proyectos 2006 (socio español es Manos Unidas). La concepción del mismo *proyecto nace de una iniciativa de planificación participativa* liderada por el socio local, y el Directorio Local de Salud (DILOS) que representan tanto al personal medico, auxiliares y agentes comunitarios de salud a nivel municipal, por lo que los pasos correctos de elaboración del proyecto han sido dados para garantizar la participación de la población beneficiara en la ejecución del mismo.

## **Planteamiento del proyecto**

### OBJETIVO GENERAL

Aumentar las capacidades humanas en el sector de salud en regiones de extrema pobreza, en coordinación con el Plan Nacional de Desarrollo de Bolivia (PND) y el Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (ODM).

## OBJETIVO ESPECIFICO

Mejorar el acceso a servicios integrales de Salud de mujeres en edad fértil y niños@s menores de cinco años, en el Municipio de Poroma de la Mancomunidad del Caine, bajo principios de equidad y acceso universal a la salud

## COMPONENTE: COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO RESULTADO 1

Capacidad mejorada de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud sobre la base de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos pro-activos

### ACTIVIDADES PARA EL RESULTADO 1

#### ***A.1.1 Eventos de comunicación para el cambio de comportamiento.***

##### **Sub.-actividades:**

1. Socialización e internalización de la metodología WARMI/KHARI en el personal.
2. Contacto con las autoridades locales y reuniones planificación.
3. Identificación de Líderes comunitarios y Agentes Comunales de Salud.
4. Identificar, seleccionar y organizar grupos de mujeres y hombres.
5. Presentación de grupos con expectativas en torno al Programa de Salud Comunitaria. PSC
6. Desarrollo de una Línea Base (CAP).
7. Diagnóstico Situacional ( Llacctanchick)
8. Implementar la Metodología WARMI/KHARY (WK).

#### ***A.1.2 Capacitación y apoyo técnico para actividades comunitarias en Comunicación Capacitación Concientización (CCC).***

##### **Sub.-actividades:**

1. Seleccionar a los ACS y líderes para la capacitación modular.
2. Capacitar ACS y Líderes de los grupos W/K en Módulos del Paquete Básico, Transversales (interculturalidad, género y ciudadanía) y Derechos.
3. Realizar talleres sobre “Habilidades en Comunicación”.
4. Comprar equipo de campo y material del proyecto para capacitación a ACS.

### **A.1.3 Eventos de comunicación masiva**

#### **Sub.-actividades:**

1. Difundir materiales **CCC** Estándar, impresos y audiovisuales para los públicos: MEF/HEF, Adolescentes / jóvenes, Niñas/os.

Desarrollar campañas locales interculturales (Ferias – Radios locales)

COMPONENTE: EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE BASE COMUNITARIA A TRAVÉS DE ACS Y OTROS ACTORES SOCIALES

#### RESULTADO 2

Cobertura y calidad de servicios de salud comunitarios mejorados en salud integral al menor de cinco años, prevención y control de enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de higiene y Organizaciones comunitarias fortalecidas y empoderadas para implementar y efectuar seguimiento a las intervenciones comunitarias

#### ACTIVIDADES PARA EL RESULTADO 2

### **A.2.1 Capacitación de los ACS's.**

#### **Sub.-actividades:**

1. Diseño del plan de capacitación de ACS
2. Utilización del material de salud materna
3. Taller de capacitación “Modulo Materno y SSR”
4. Utilización del material de salud neonatal
5. Taller de capacitación “Módulo Neonatal
6. Producción material del menor de 5 años
7. Taller de capacitación “Módulo menor de 5 años
8. Utilización de material de salud en enfermedades infecciosas
9. Taller de capacitación “Módulo Infecciosas”
10. Diseño de un plan de incentivos de ACS
11. Aplicación del plan de incentivos de ACS
12. Seguimiento de las actividades de ACS

Talleres de actualización de ACS.

### **A.2.2 Atención comunitaria por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)**

#### **Sub.-actividades:**

1. Diseño y utilización de registros de ACS con adecuación cultural.

2. Referencia de casos en riesgo por el/la ACS.
3. Reporte periódico del/la ACS.
4. Consolidación de la información comunitaria por nivel.

### ***A.2.3 Implementación eficiente de los Comités de Análisis de Información Comunitario (CAIC)***

#### **Sub.-actividades:**

1. Adecuación cultural de instrumentos y materiales CAIC
2. Capacitación de ACS en registros y CAIC
3. Ejecución de los CAIC
4. Seguimiento de los Planes Comunitarios.

### ***A.2.4 Implementación del Fortalecimiento de Salud Comunitaria (FSC)***

#### **Sub.-actividades:**

1. Diseño y utilización de instrumentos y materiales FSC
2. Ejecución de los FSC.

***A.2.5 Capacitación en el Sistema de Monitoreo y Evaluación*** dirigidos a ACS, Facilitadores, Estadísticos de las Redes de Servicio de Salud, Gerente de Red, Responsables de Salud del Municipio.

COMPONENTE: EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE NECESIDADES DE SANEAMIENTO BÁSICO

### RESULTADO 3

Cubiertas las necesidades vitales de consumo de agua y gestión eficiente del recurso en el área de cobertura del proyecto

### ACTIVIDADES PARA EL RESULTADO 3

#### **A.3.1 Construcción de sistemas de agua para consumo.**

##### **Sub.-actividades:**

- Cotización y adquisición de materiales.
- Planificación de las contrapartes locales.
- Planificación de la construcción propiamente dicha.

- Instalación en zona.
- Replanteo de obras.
- Construcción de obras de Toma.
- Excavación de zanjas.
- Tendido de tubería.
- Relleno de Zanjas.
- Construcción de tanques de almacenamiento.
- Construcción e instalación de Piletas Domiciliarias.
- Construcción de Obras de arte.

### **A.3.2 Conformación de comités de agua para consumo**

#### **Sub.-actividades:**

1. Organización del comité de agua: Selección de la directiva, Elaboración del manual de funciones.
2. Elaboración de Documentos Legales: Estatutos y Reglamentos internos.
3. Elaboración del Manual de Operaciones del Sistema de Agua.
4. Elaboración del Manual de Mantenimiento.
5. Capacitación a Usuarios en Operación y Mantenimiento.

### **A.3.3 Formación de promotores comunitarios en administración de infraestructuras.**

#### **Sub.-actividades:**

- 1.- Identificación y selección de promotores.
- 2.- Capacitación a promotores en:
  - Medición de caudal de fuentes naturales.
  - Identificación del tipo de infraestructura a construir
  - Albañilería de infraestructura
  - Plomería de infraestructura
  - Mantenimiento.
  - Elaboración de estatutos y Reglamentos de gestión de los sistemas de agua.
- 3.- Seguimiento al trabajo desarrollado por promotores.

COMPONENTE: ALIANZAS ESTRATÉGICAS PÚBLICO – PRIVADAS

#### RESULTADO 4

Alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de los servicios de salud comunitarios.



## ACTIVIDADES PARA EL RESULTADO 4

### ***A.4.1 Identificación y Socialización con Aliados Potenciales.***

#### **Sub.-actividades:**

1. Capacitar a los ACS y líderes en Transversales (interculturalidad, género y ciudadanía) y Derechos
2. Levantar información especializada sobre: servicios de salud privado médicos y farmacéuticos (empresas privadas, sociedades voluntarias y filantrópicas, políticas y Sindicales y de Medicina Natural a través del cuaderno “Llacctanchick”) y socializar con el personal del MSD e identificar aliados potenciales.
3. Desarrollar sesiones educativas sobre:
  - Negociación y Abogacía con todos los actores sociales involucrados con el proyecto, incluyendo ACS y Líderes.
4. Desarrollar sesiones de evaluación de áreas prioritarias de apoyo específico por comunidad.

### ***A.4.2 Establecimiento de Alianzas estratégicas.***

#### **Sub.-actividades:**

1. Realizar Contacto con las autoridades locales y reuniones informativas y de sensibilización con la empresa y asociaciones privadas.
2. Establecer Alianzas Multisectoriales con Planes Operativos Anuales.

### ***A.4.3 Formalización de trabajo en Alianzas en Salud***

#### **Sub.-actividades:**

1. Desarrollar actividades de cabildeo desde los grupos W/K (Planes de Acción) con los municipios.
2. Fortalecer la Planificación conjunta dentro de los grupos W/K con la participación potencial de los Municipios.
3. Desarrollar sesiones de evaluación del proceso Municipal en el marco del DILOS

CAPITULO III

EL PROYECTO  
TAL COMO FUE EJECUTADO

## **LA ENTIDAD EJECUTORA**

La entidad responsable de la ejecución del proyecto fue Fundación Intercultural Nor Sud, organización privada de desarrollo rural, que desde hace más de una década, interviene en acciones concretas apoyando a pobladores y familias rurales a mejorar sus condiciones de vida, a través de la promoción y el impulso del desarrollo integral y sostenido.

La ejecución del proyecto ha estado guiada por la Coordinación del área Poroma de la fundación que, operativamente, dispuso un equipo conformado por tres técnicos con especialidad (médico salubrista, asesor en pediatría e Ingeniero Civil), coadyuvados por tres auxiliares de enfermería zonales, así como dos ayudantes de campo para la supervisión de obras; desplazados y con base permanente en el área del proyecto.

En base a la estructura organizativa institucional, la dirección de planificación de la fundación, ha sido responsable de la planificación anual de actividades, como también del seguimiento y monitoreo a la ejecución de las mismas.

La interacción existente entre las diferentes instancias de decisión de la fundación, desde la dirección general, administración, dirección de operaciones y dirección de planificación hasta el responsable de programa, determina un escenario que favoreció la ejecución de las actividades planificadas y la prosecución de los objetivos planteados.

## **EL PROCESO**

En función a los alcances previstos para el proyecto, al inicio se enfatizó en la conformación del equipo técnico del proyecto, con la contratación de recursos humanos, incorporando además del coordinador del proyecto, a los técnicos de especialidad y los auxiliares correspondientes. Así mismo, se ha procedido a revisión y reajuste presupuestario, para adaptar las asignaciones y partidas a las acciones y metas consecuentes. Fueron frecuentes las reuniones iniciales, para socialización, organización y planificación con el personal técnico, con actividades de lectura y revisión del proyecto (marco lógico, cronograma y planes de capacitación), con una visión autocrítica y de reflexión, para la precisión de indicadores, grupo meta, estrategias de ejecución, etc., de lo cual existen evidencias de resultados como:

- Plan Operativo Anual (POA) elaborado, luego validado, con metas específicas, actividades, cronograma por meses, responsables, etc.
- Plan de capacitaciones elaborada a ser ejecutada con los ACS
- Definición interna de los responsables y zonas de trabajo, considerando principalmente el acceso, la distancia y la respuesta del grupo meta.

Por otra parte dada la cobertura del proyecto, el primer año se inició con 16 comunidades, las restantes fueron incorporados paulatinamente el segundo año, esto debido a varios factores; en primer lugar comunidades inaccesibles, el relacionamiento estrecho con los grupos de las primeras 16 comunidades a partir de acuerdos previos definidos fruto del accionar de Nor Sud ganada en los últimos años, para concentrar el recurso humano y cubrir las necesidades de atención medica, participativa y preventiva; así como en la intención de modelo para el segundo año, hecho que finalmente resultó efectivo.

Otro componente importante fue la capacitación a Organizaciones Comunales de Mujeres (OCM) de cobertura del proyecto, iniciando el proceso con 19 organizaciones identificadas en la gestión 2008 e incorporando el 2009 a 4, llegando a una cobertura total de 23 OCM, quienes fueron capacitadas en temas de: Tuberculosis, Embarazo y sus complicaciones, Parto y sus complicaciones, temas de salud que enfocan a los grupos más vulnerables como las madres y los niños@s.

Por su parte, para el caso específico de las construcciones, el proceso inició con acciones referidas al orden organizativo, vale decir verificación de diseños, consolidación de acuerdos de contrapartes comunales, etc., situación que permitió consolidar como beneficiarios a 254 familias con 77 sistemas familiares y 5 comunales, de las comunidades de Huañoma Baja, Huañoma Alta con su subzona Soicoco, Mariquilla con su subzona Higuera, además de Calizaza.

Finalmente, resaltamos un hecho significativo de esfuerzo institucional relativo a la realización de frecuentes reuniones para concertar acciones sobre las actividades planificadas con responsables locales de Salud del Municipio de Poroma y los responsables departamentales como es el Servicio Departamental de Salud (SEDES), para concretar acuerdos de

corresponsabilidad en la ejecución del proyecto en beneficio de la sociedad civil del Municipio de Poroma; aunque varios de dichos acuerdos no hayan tenido la secuencia deseada.

## LOS RESULTADOS

Lo mas saliente de como fue ejecutado el proyecto (según técnicos de NOR SUD) en general coincide con la apreciación de beneficiarios e implicados, de modo que el informe final se ratifica en sus aspectos mas salientes, con algunas salvedades de menor relevancia, de acuerdo a detalle siguiente:

**Resultado 1.** Capacidad mejorada de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud sobre la base de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos pro-activos.

<b>Actividades</b>	<b>Resumen de la ejecución</b>	<b>Observaciones</b>
<p><b>A.1.1</b>  <b>Eventos de Comunicación para el cambio de comportamiento.</b></p>	<p>A partir de la conformación del equipo técnico, las primeras labores estuvieron destinadas a la internalización de la metodología denominada WARMI/KHARI y de todos los instrumentos de intervención, lo propio se hizo inmediatamente para la socialización de los alcances de proyecto en las 22 comunidades en coordinación con líderes de las organizaciones y jefatura médica de Municipio, llegándose a estructurar 23 Organizaciones Comunales de Mujeres (OCM) y fortalecer a 22 Organizaciones Comunales de Hombres (OCH).</p> <p>Para la implementación de la red preventiva de salud, se trabajó con las comunidades para que identifiquen y seleccionen a postulantes a Agentes Comunitarios de Salud (ACS), llegando a</p>	<p>Desde inicios del proyecto se nota la escasa coordinación con autoridades y técnicos de la red de salud oficial</p>

	<p>31 agentes en los 3 Distritos.</p> <p>Existen evidencias de la ejecución de 6 talleres informativos realizados con las organizaciones comunales de mujeres (OCM) en los que se han tratado temas no solo organizativos, sino fundamentalmente elementos que permiten conocer las incidencias de afecciones prevalentes en la zona, como IRAs, EDAs y desconocimientos generalizados sobre implicaciones del Embarazo, Parto puerperio y atención del recién nacido, e incluso tuberculosis.</p> <p>Se puede rescatar que estas acciones no solo fueron puntuales en los temas abordados, sino también lograron incidir en el interés de mujeres para participar del proceso organizativo y toma de conciencia en el sector salud.</p> <p>Al principio de la gestión 2008 y al finalizar la gestión 2009 se han aplicado encuestas, por muestreo, para obtener la línea de base y así se han logrado los datos para indicadores materno-infantil y sobre prácticas de salud al inicio del proyecto, los cuales fueron proporcionados al equipo de evaluadores. Esta información fue ratificada en sus aspectos más salientes nuevamente por los evaluadores.</p>	
<p><b>A 1.2</b> <b>Capacitación y apoyo técnico para actividades comunitarias en</b></p>	<p>Queda verificado el ajuste realizado a la malla curricular de capacitación y se percibe haya sido producto de un proceso de concertación con las organizaciones comunales y esporádicamente con las autoridades de salud.</p> <p>Existe el material didáctico que se aplicó para las capacitaciones, como ser: cartillas, trípticos,</p>	<p>Ninguna</p>

<p><b>comunicación, capacitación, concientización (CCC)</b></p>	<p>rotafolios y banners, mismos que se han constatado que fueron aplicados efectivamente, a decir de los beneficiarios.</p> <p>Las memorias e informes dan cuenta de la realización de 4 talleres de capacitación, uno a nivel de ACS y 3 a nivel de líderes de las organizaciones comunales, es decir 1 por distrito con el objeto de facilitar mayor participación y llegando así a una mayor cobertura de beneficiarios, las temáticas impartidas han permitido que los líderes, desarrollen el principio de comunicación con los diferentes sectores de hombres y mujeres dinamizando iniciativas conjuntas, en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.</p>	
<p><b>A.1.3 Eventos de comunicación masiva</b></p>	<p>Se ha constatado la realización de promoción de la salud a diferentes niveles, cumpliéndose la transmisión de conocimientos a través de la realización de 4 ferias de salud a nivel zonal y 1 a nivel municipal, así mismo se ha recogido encuestas donde se deduce que existe un aumento de cobertura en atención medica en las 4 áreas del paquete básico consistente en atención neonatal, pediátrica, materna e incidencia infecciosa (infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, malaria) a la población en general.</p>	<p>En las ferias se ha hecho énfasis en la visibilidad del proyecto</p>

**RESULTADO 2:** Cobertura y calidad de servicios de salud comunitarios mejorados en salud integral al menor de cinco años, prevención y control de enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de higiene y Organizaciones comunitarias fortalecidas y empoderadas para implementar y efectuar seguimiento a las intervenciones comunitarias.

<b>Actividades</b>	<b>Resumen de la ejecución</b>	<b>Observaciones</b>
<p><b>A.2.1.</b> <b>Capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud.</b></p>	<p>Se ha verificado la existencia de una red conformada con 31 Agentes Comunitarios de Salud, formados en reuniones y talleres (6) de capacitación basados en los 4 paquetes básicos previstos por el proyecto, aplicándose manuales del ministerio de salud sobre atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), extendiéndose la capacitación al rescate de tradiciones locales sobre medicina tradicional. La capacitación de los ACS, en talleres, se ha reforzado con sesiones individuales y prácticas demostrativas realizadas mensualmente en sus respectivas comunidades, durante el seguimiento mensual a sus actividades.</p> <p>Se constató que fueron apoyados en sus informes a sus comunidades, logrando así que su gente los apoye y confíe en su labor de manera creciente.</p> <p>Complementado la capacitación, se ha equipado a este recurso (ACS) con cuadernos de registro clasificado, para registros, así como para la atención médica primaria con botiquín médico equipado con medicamentos básicos.</p>	<p>Esta actividad es la más relevante de la plataforma lograda a partir de las comunidades.</p>
<p><b>A.2.2</b> <b>Atención comunitaria por los Agentes Comunitarios de Salud</b></p>	<p>A partir de la intención de consolidar la información comunitaria por nivel, producto del diseño y aplicación de registros estándar por los ACS, además con adecuación cultural, se vislumbra la consolidación de la red con 31 agentes comunitarios de salud (ACS) y equipados con las herramientas necesarias y adecuadas a</p>	<p>Todavía existen lagunas en el uso de registros y necesidad de continuar adecuando al formato del</p>



<b>(ACS)</b>	su conocimiento, este recurso viene realizando acciones de promoción-educación y atención básica en sus respectivas comunidades, que han sido bien recibidas y colaboradas por el paciente dándole el lugar que se merece, actuando como un líder más, que apoya al desarrollo de su comunidad, realizando actividades comunitarias en fechas fijas (convoca a la gente, realiza los controles peso talla de los menores de cinco años, identifica mujeres embarazadas, realiza la entrega de medicamentos requeridos, así mismo realiza tareas de vigilancia epidemiológica).	sistema oficial
<b>A.2.3 Implementación eficiente de los Comités de Análisis de Información Comunitaria (CAIC)</b>	<p>Se propició el CAI municipal del 2008 y el CAI sectorial (Luje y Challcha) en el año 2009, consistente en una reunión de responsables de salud para analizar las coberturas de su comunidad, con la participación de autoridades de salud local, de ahí que los responsables de salud comunitaria están preparados para su participación en el monitoreo sectorial sobre las coberturas de salud (vigilancia epidemiológica comunal, sectorial).</p> <p>Como consecuencia de los CAI, los beneficiarios conocen quien o quienes son responsables de la salud y de las coberturas del servicio y las funciones de cada uno de ellos.</p>	De las pocas ocasiones de coordinación con autoridades sectoriales, los CAI son los rescatables
<b>A.2.4 Implementación del Fortalecimiento de Salud</b>	Los informes técnicos y las memorias de eventos realizados dan cuenta que el material de difusión elaborado sirvió como instrumento de apoyo para realizar las sesiones educativas ejecutadas en las comunidades beneficiadas; así mismo, la distribución de este material en las ferias de salud, material traducido en: rota folios, trípticos	Las entre vistas de campo evidencian la importancia de esta actividad para los beneficiarios

<b>Comunitaria (FSC)</b>	y banners tienen una información clara del proceso de la enfermedad y las medidas preventivas a tomar en casa frente a un paciente enfermo, así mismo se ha sensibilizado al enfermo para que acuda a un servicio de salud y solicite atención medica primaria, con el fin de precautelar la salud del entorno familiar siendo el foco de diseminación el paciente y el receptor o el entorno familiar u otros que están cerca.	
<b>A.2.5 Capacitación en el Sistema de Monitoreo y Evaluación</b>	El informe final de los ejecutores señala “En los momentos de concertación y cronogramación de actividades conjuntas, entre las autoridades de salud en el Municipio y el Equipo del proyecto, se definieron espacios para reflexionar sobre el fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación del Sistema de salud. Sin embargo estas actividades siempre fueron relegadas por parte de las autoridades de salud aduciendo diversas razones, en excusa a que aún no consideraban que las condiciones de fortalecimiento institucional ya estuvieran maduras”.  Entonces, la mayor “carga” estuvo sobre espaldas de los ejecutores que insistieron en el cumplimiento de esta actividad	Al respecto, las mayores evidencias encontradas por los evaluadores se refieren justamente a esta debilidad del proyecto

**Resultado 3:** Cubiertas las necesidades vitales de consumo de agua y gestión eficiente del recurso en el área de cobertura del proyecto

<b>Actividades</b>	<b>Resumen de la ejecución</b>	<b>Observaciones</b>
<b>A.3.1. Construcción</b>	Ratificamos lo señalado en el informe final de	La parte técnica

<p><b>ón de sistemas de agua para consumo.</b></p>	<p>quienes ejecutaron el proyecto respecto a que. “según el marco lógico del proyecto define beneficiar a 154 familias, pero la capacidad organizativa y coordinación del personal técnico con el grupo meta ha permitido beneficiar a 254 familias quienes gozan del uso de este liquido elemento, de forma permanente con un mínimo de 20 litros por día como promedio por persona”, situación evidenciada con la inspección de piletas domiciliarias en funcionamiento, lo que significa que las familias beneficiarias gozan de agua limpia exenta de elementos contaminantes, evitando de esta manera las incidencias de episodios diarreicos e intoxicaciones digestivas, tan frecuentes en la zona.</p>	<p>de este componente ha mostrado eficiencia en diseño y ejecución en condiciones fisiográficas absolutamente adversas</p>
<p><b>A.3.2 Conformación de comités de agua para consumo</b></p>	<p>La revisión de documentación histórica y las entrevistas realizadas, certifican la realización de talleres comunales para conformar 4 comités de aguas comunales con la intención de garantizar la sostenibilidad futura de las obras; comités conformados por un presidente, vicepresidente, tesorero y secretario de actas, además de un operador y vocales, que se rigen por sus estatutos y reglamentos. Ya a nivel de los microsistemas familiares no se consideró necesario conformar comités, solo reglamentar el uso y mantenimiento de las obras, a cargo de cada unidad familiar.</p>	<p>El empoderamiento o detectado garantiza la sostenibilidad de los sistemas</p>
<p><b>A.3.3 Formación de promotores comunitarios en</b></p>	<p>Aprovechando la estructura sindical y las costumbres arraigadas de organización, en un taller zonal y otro específico temático, se han formado siete promotores en administración de infraestructuras, con personas identificadas y seleccionadas por las comunidades, con la</p>	<p>Uno de los logros de sostenibilidad se refleja en esta asimilación de</p>

<b>Administra ción de infraestruc turas</b>	responsabilidad principal de replicar sus conocimientos adquiridos durante las capacitaciones hacia los beneficiarios en sus respectivas comunidades, de modo a garantizar la operatividad de las obras.	responsabilidad propia de los comunarios
---	--	--

**RESULTADO 4:** Alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de los servicios de salud comunitarios

<b>Actividades</b>	<b>Resumen de la ejecución</b>	<b>Observaciones</b>
<b>A.4.1 Identificaci ón y Socializaci ón con Aliados Potenciales</b>	<p>Previamente se tuvo que capacitar a ACS y líderes comunales en temática transversal, como interculturalidad, género, ciudadanía y derechos; luego levantar información sobre potenciales aliados y nuevamente capacitar sobre temas operativos como negociación, abogacía.</p> <p>Con estos insumos, se realizó una reunión a nivel interinstitucional con la jefatura medica municipal, luego reuniones en cada una de las comunidades con el fin de socializar el proyecto para luego coordinar acciones con cada una de las instituciones que trabajan en el Municipio de Poroma.</p>	Ninguna
<b>A.4.2 Establecim iento de Alianzas estratégica s.</b>	Se evidencia que la socialización realizada a nivel interinstitucional fue de gran importancia para la ejecución del proyecto, mediante el cual se obtuvo un acercamiento con instituciones afines en especial aquellas que ejecutan similares actividades, como la jefatura medica del municipio, con quienes se realizó incluso de	Recién el segundo año los responsables sectoriales de salud entendieron la importancia de

	<p>manera conjunta actividades de campo como es la formación del personal (ACS) que posteriormente paso a formar parte como brazo operativo en las comunidades particularmente de los puestos de salud zonal.</p> <p>Destacan como resultados de esta actividad:</p> <p>Un acta de acuerdo firmado con medicina tradicional para realizar capacitaciones a los ACS en medicina tradicional</p> <p>Tres actas de acuerdo con responsables locales de salud en diferentes niveles y uno con la jefatura médica para realizar actividades de campo de manera conjunta y compartir los mismos espacios.</p>	<p>la coordinación</p>
<p><b>A.4.3</b> <b>Formalización de trabajo en Alianzas en Salud</b></p>	<p>Se indujo al desarrollo de actividades de cabildeo por los grupos Warmi/Khari, para la planificación conjunta con autoridades municipales, así como para formalizar sesiones de evaluación en DILOS. Para lograr formalizar un trabajo conjunto con la jefatura médica del municipio se suscribieron tres actas de acuerdo con los responsables locales de salud a nivel zonal en diferentes niveles y uno con la jefatura médica a nivel de municipio para realizar actividades de campo de manera conjunta y compartir los mismos espacios de trabajo.</p>	<p>Operativamente aún queda mucho por hacer para que los acuerdos se cumplan a cabalidad</p>

CAPITULO IV  
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

## **ANTECEDENTES**

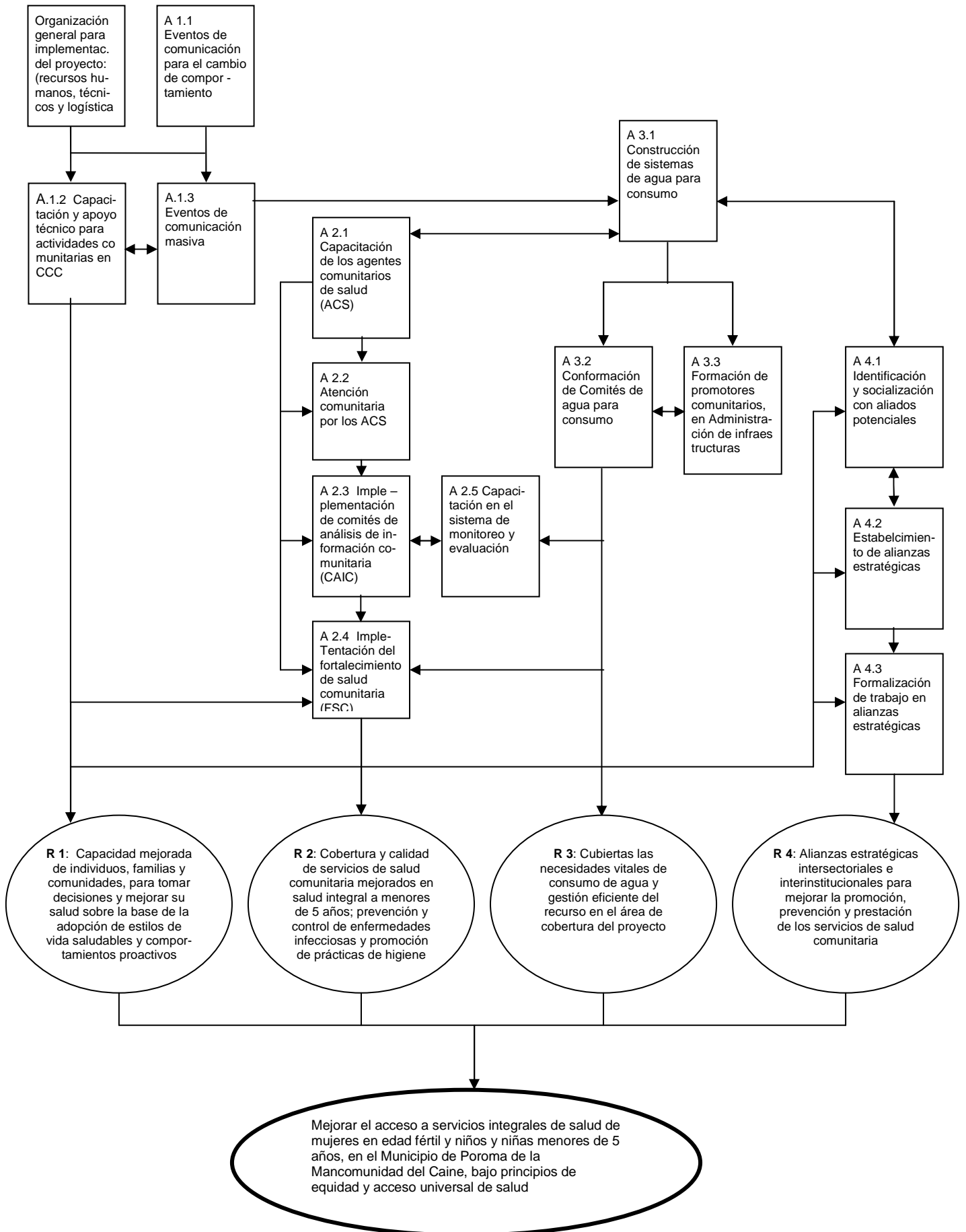
En función al acceso que el equipo evaluador tuvo a los documentos que dieron origen a la formulación del proyecto, a los informes de avance periódico, al informe final y a otros informes técnicos que evidencian no solo actividades desarrolladas, sino procesos y logros sucesivos de metas y resultados; esto es, medios de verificación; se diseñaron los instrumentos y técnicas de recojo y sistematización de información primaria de los involucrados en el proyecto (beneficiarios, dirigencias comunitarias y organizacionales, técnicos del proyecto, autoridades y técnicos del sistema oficial de salud del área del proyecto), para recabar no solo opinión y percepciones, sino evidencias promedio que, cruzadas con los informes de quienes ejecutaron el proyecto, los respalden en mayor o menor medida.

## **CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA OFICIAL**

El sector salud y su red asistencial viene a ser una organización jerárquica de los establecimientos de salud que se basa en los niveles de complejidad médica de los problemas de salud que resuelve cada uno de ellos: *Nivel primario o baja complejidad*: en él se concentran las acciones de prevención y de fomento de la salud y donde el quehacer curativo alcanza un nivel básico de complejidad; *Nivel secundario o mediana complejidad*: concentra recurso escaso y especializado y que se localiza en consultorios adosados a hospitales; *Nivel terciario o alta complejidad*: representa la atención de mayor complejidad y que requiere observación permanente del paciente. Además, es posible distinguir dos sistemas de atención de salud: *Atención abierta*: en este sistema el paciente es atendido en forma ambulatoria, es decir, no requiere hospitalización. En el caso de cirugías realizadas bajo esta modalidad, los pacientes permanecen en observación por un período de tiempo de acuerdo a los protocolos; *Atención cerrada*: en este sistema de atención los pacientes requieren hospitalización y por lo tanto, los establecimientos requieren disponer de personal y recursos para atender en forma continua. El proyecto se ubica en el nivel primario y prácticamente de atención abierta, por las características no solo rurales sino topográficas de la geografía de Poroma. En suma, podría caracterizarse al sistema oficial de muy precario como oferta.

## **ANÁLISIS DE LA FASE OPERATIVA**

## Flujo de articulación de actividades





El esquema anterior refleja el grado de articulación alcanzado en el desarrollo de actividades programadas, aunque se ha percibido que gran parte del primer año ha imperado el voluntarismo del equipo técnico sobre el criterio profesional, perfeccionándose gradualmente a fines del año I, por lo que el año II las acciones fueron resultado de la planificación y las metas alcanzadas resultado de la eficiencia.

Si bien la característica principal del proyecto fue la de fortalecer la capacidad organizativa de la población, la capacitación de agentes comunitarios y la ampliación de conocimientos por parte de los beneficiarios para un acceso permanente a los servicios de salud y cambios de actitud que, por otra parte, fueron cumplidos a cabalidad; es posible que no permitieron identificar con mayor claridad a los ejecutores, que la ruta crítica del proyecto pasaba por las actividades del resultado 4 (Alianzas estratégicas), lo que derivó como resultado, en la débil conexión con el sistema oficial de salud, dejando al proyecto la mayor “carga” en la implementación; claro que una de las explicaciones tiene que ver con el actual clima electoral que, de alguna manera, crea un ambiente laboral inestable en la función pública. De todos modos, esta debilidad fue suplida con la excelente articulación lograda con las dirigencias comunitarias.

En conclusión, no obstante las demoras iniciales y los desfases de medio tiempo, las actividades programadas fueron ejecutadas en general, de manera satisfactoria muy a pesar de las disponibilidades logísticas precarias y difíciles condiciones de acceso caminero a muchas comunidades dispersas.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Se validan los contenidos resumen del informe final del ejecutor en sus aspectos centrales y respetando la secuencia del indicado informe final:

**Conformación y fortalecimiento de redes de salud:** El fortalecimiento de capacidades de 38 autoridades locales de salud, que conforman la red epidemiológica de salud y realizan la vigilancia a nivel comunitario, ha posibilitado que ahora ellos sean los fiscalizadores del cumplimiento del plantel operativo de servicios de salud a este nivel; así mismo, se han conformado 13 comités locales de salud quienes trabajan directamente con los responsables locales (Medico o enfermera) que velan la buena atención en el servicio a los beneficiarios.

**Extensión de coberturas:** Lograda a partir de las siguientes acciones:

Capacitación y formación de 31 Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a partir de módulos con diferentes temáticas, estos ACS prestan sus servicios gratuitos apoyando al responsable de salud en atención medica primaria y la referencia de casos de los habitantes de las comunidades identificadas con el proyecto, a lo que se llama vigilancia epidemiológica, con el fin de evitar epidemias en patologías que se presentan estacionalmente, quienes ahora cuentan con herramientas de trabajo como el botiquín medico.

Talleres informativos realizados al interior de las Organizaciones de Mujeres (OCM) y talleres con la misma modalidad dirigida a Organizaciones de Hombres (OCH) desarrollando los temas: IRAs, EDAs, embarazo, parto, atención de recién nacido y tuberculosis, basado en el plan de capacitaciones, temas que han despertado en los beneficiarios la conciencia de lograr un destino más seguro adoptando doctrinas de cuidado y de prevención ante circunstancias como la enfermedad. De ahí que se ha notado más corresponsabilidad de parte de las mujeres, acudiendo al centro de salud por decisión personal para si mismas y para la atención integral de salud de sus niños, haciéndoles atender de manera oportuna, de esta manera se inciden indirectamente en el incremento de coberturas.

**Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios:** A través de la construcción de 74 sistemas de agua para consumo familiar y 5 comunales concluidos, siendo las comunidades beneficiarias Huañoma Baja y la sub zona llamada Kollpa, Huañoma Alta, Soicoco, Calizaya, Mariquilla y la sub zona Higuerani, sistemas que están abasteciendo de agua limpia a las familias cuya necesidad era de vital importancia por el área en que viven y principalmente por la escasez de este liquido elemento en sus hogares, esta implementación de sistemas de agua para consumo ha permitido coadyuvar

en la mejora de la calidad de vida y de manera directa disminuyendo los episodios de enfermedades diarreicas agudas vs. parasitosis, enfermedades respiratorias e incluso malaria (siendo que las aguas detenidas de las quebradas son reservorios de las larvas de este vector).

**Gestión de calidad, carácter intercultural, enfoque género, generacional:**

La interacción de instituciones y otros actores que trabajan en salud preventiva, ha permitido conseguir acuerdos de apoyo para la ejecución de algunas actividades del proyecto buscando la eficacia con el fortalecimiento de capacidades del recurso humano ACS (mujeres y hombres) para que tengan conocimientos en medicina tradicional y medicina occidental, de la misma manera la conformación y capacitación de comités de salud, tomando en cuenta el sentir, conocimiento ancestral y prácticas del grupo meta.

La relación de resultados con indicadores de logro se presenta a continuación, intentando establecer el grado de modificación respecto al inicio de proyecto, expresado en porcentajes en la medida de lo posible.

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO

**Resultado 1**

Capacidad mejorada de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud sobre la base de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos pro-activos.

<b>Indicadores</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Inicio 2007</b>	<b>Logros al 2009</b>	<b>%</b>	<b>Comentario</b>
1.- 50% de personas identifican 2 o más signos o señales de: a) Riesgo de muerte en el embarazo, parto, post parto. b) Problemas del recién nacido: diarrea, neumonía y otras enfermedades Infecciosas	483 personas	0	290	60%	Personas adultas mujeres en edad fértil identifican con claridad 2 o más señales de riesgo de muerte en el embarazo, parto, post parto, problemas del recién nacido IRAs, EDAs y Tuberculosis.

(Tuberculosis, Malaria, ITS)					
2.- El 50% de la población conoce tres prácticas del paquete básico (similar al 1er. indicador).	483 personas	0	290	60%	La población asiste al Centro de salud más cercano cuando detecta alguna señal de gravedad o peligro de muerte en su niño/a.
3.- 60% de los grupos WARMI/KHARI gestionan proyectos sociales que benefician a su comunidad frente a la Alcaldía u otras instituciones	45 grupos formados	0	16	36 %	Se han elaborado 16 perfiles de proyecto, los cuales se han entregado al municipio de Poroma para su aprobación e inscripción al Plan Operativo Anual 2010.

EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE BASE COMUNITARIA A TRAVÉS DE ACS Y OTROS ACTORES SOCIALES

**Resultado 2**

Cobertura y calidad de servicios de salud comunitarios mejorados en salud integral al menor de cinco años, prevención y control de enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de higiene y Organizaciones comunitarias fortalecidas y empoderadas para implementar y efectuar seguimiento a las intervenciones comunitarias.)

<b>Indicadores</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Inicio 2007</b>	<b>Logros al 2009</b>	<b>%</b>	<b>Comentario</b>
1.- Municipio cuenta con 1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria integrado al Sistema de Salud.	red comunitaria integrada al sistema	0	1	100	Red estructurada con 38 autoridades locales, formados en talleres, así como 13 comités locales de salud a nivel municipal

2.- Municipio cuenta con 31 Agentes Comunitarios de salud (ACS) capacitados en Vigilancia Comunitaria.	31 ACS	7	31	103	Con la conformación y capacitación de los ACS, se mejoró la atención en salud, además de precautelar especialmente la de los niños/as y la mujer embarazada. Los ACS son pilar fundamental en la red de salud.
3.- 5% por debajo de la Línea de Base de registro de menores de 5 años con EDA y Neumonía en las dos semanas anteriores al estudio.	Episodios de diarreas en niños menores de 5 años 40 %	965	865	35%	Con la implementación de los ACS y las sesiones educativas a los diferentes grupos OCM y OCH y el consumo de agua limpia se ha logrado manejar adecuadamente las diarreas no graves, reduciendo en 5 %.
4. 10% por encima de la línea base de incremento en atención de parto y recién nacidos por personal calificado	partos institucionales esperados/año	218	222	2 %	La sensibilización a las OCM y OCH en los diferentes talleres ha permitido incrementar el parto institucional, mejorando en 2 %
5.- 30% de incremento de consultas en las cuatro áreas del paquete básico al finalizar el proyecto.	consulta médica	8497	8315	98%	El decremento de consultas médicas en 2% se debe a la interacción del personal de salud y los ACS, significando disminución en ocurrencia de caso en las 4 áreas del paquete

6.- 5% sobre la línea base de incremento de periodo intergenésico (3 a 5 años).	Periodo intergenésico.	Periodo intergenésico	--	--	Este indicador se obtiene según la tasa de fecundidad, no existe otro dato comparable en el corto plazo del proyecto
7.- 10% de incremento sobre la línea base de curaciones con el DOTS-Comunitario.	Pacientes BK(+) curados	1	1	0 %	En el periodo del proyecto se ha presentado un solo caso de tuberculosis pulmonar, el mismo que concluyó tratamiento por el servicio de salud
8.- 80% de la población de los Sectores de salud es informada del paquete básico en los festivales (4) de salud comunitaria – FSC.	Ferias de salud informativa	0	4	100 %	Para este indicador se ha estimado que a las ferias de salud, asisten un 75 a 80 % de la población
9. N° Reportes efectuados por el Sistema de Monitoreo y Evaluación.	Reportes efectuados	4	3	75%	Los informes evacuados en los CAI municipal y sectorial, con participación del proyecto en los dos años, fueron insertados en el sistema nacional de información de salud.

### EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE NECESIDADES DE SANEAMIENTO BÁSICO

#### **Resultado 3**

Cubiertas las necesidades vitales de consumo de agua y gestión eficiente del recurso en el área de cobertura del proyecto

<b>Indicadores</b>	<b>Para</b>	<b>Inicio</b>	<b>Alcanza</b>	<b>%</b>	<b>Comentario</b>
--------------------	-------------	---------------	----------------	----------	-------------------

	<b>metro</b>	<b>de 2007</b>	<b>do a 2009</b>		
1.- 154 familias de 4 comunidades acceden a agua limpia para consumo.	Piletas domiciliarias	10	255	165 %	La implementación de red domiciliaria (piletas individuales) benefició a 255 familias que equivale a 1530 personas.
2.- 154 familias cubren el requerimiento básico mínimo de 20 litros de agua/día/persona en promedio.	Litros/día/Persona	2,5	20	100 %	Se consumía 2,5 litros día persona, de ríos y quebradas; ahora aproximada-mente 20 a 40 litros día de agua limpia.
3.- N° de comités de agua para consumo, con estatutos, reglamentos y un plan de operación y mantenimiento.	Comité de agua por comunidad	0	4	100 %	Los sistemas de agua comunitarios, cuentan con comités de agua comunal para consumo, así como estatutos y reglamentos para su administración y buen mantenimiento.

#### ALIANZAS ESTRATÉGICAS PÚBLICO – PRIVADAS

#### **Resultado 4**

Alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de los servicios de salud comunitarios

<b>Indicadores</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Inicio de 2007</b>	<b>Alcanzado a 2009</b>	<b>%</b>	<b>Obs.</b>
1. 40% de Redes de Salud Comunitarias que incorporan a todos los actores sociales.	Redes de salud comunitaria incluyen	0	7	54%	54 % de las redes incorporan efectivamente a todos los actores sociales, que interactúan y conforman una red de salud fortalecida.

2.- N° de convenios y socios que desarrollan e implementan acuerdos de coordinación y apoyo al proyecto	N° de convenios	0	1	100 %	Se suscribió un convenio a nivel de jefatura médica, para coordinación y apoyo al proyecto
---	-----------------	---	---	-------	--

## VALORACION DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

### Eficacia

Evaluated the project at its finalization, in general terms it can be ascertained that the specific objective was fulfilled since conditions were created to improve access to integral health services for women in reproductive age and children under five years of age.

Applied the processes of awareness, training and formation, the capacity of the beneficiaries to understand health problems inherent to their health, understand and change habits conducive to their prevention or control. The coverage and quality of the services has been expanded and improved as the epidemiological surveillance system at the community level and this counts on its own agents that link actions with the official sectoral services. As for water capture and distribution works for access to clean domestic or community water consumption, the coverage has exceeded the programmed 65%.

### Eficiencia

Districts I, II and V are characterized, due to their very rugged topography, with the risk of landslides on hills and slopes, presenting different ecological floors, with houses that are very scattered; for access to the different communities there are paths that become difficult to transit due to the flooding of rivers in rainy season, which frequently obliges the use of alternative means such as motorcycle and to various places even the only means of arrival in rainy season is



caminando por sendas. En estas condiciones operativas y con logística elemental, el equipo rural compuesto por un médico, 3 auxiliares de enfermería, un ingeniero civil y auxiliares de campo, administrativamente apoyados por personal de oficina de NOR SUD, cumplieron razonablemente con la programación prevista y existe correspondencia entre el presupuesto aplicado y los resultados obtenidos.

### **Pertinencia**

Según datos oficiales del PNUD y el INE Bolivia, el Municipio de Poroma ocupa el lugar 300 entre 314 del ranking nacional en cuanto a Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal, con 0,38 en relación al promedio nacional de 0,64. Algunos de los indicadores que componen el IDH son alarmantes como la esperanza de vida al nacer de 52,8; tasa de alfabetismo de adultos de 50,5; consumo per cápita 410 \$us/año; 99,3 de pobreza. Un problema subyacente es la morbilidad y mortalidad materno infantil, asociado al restringido acceso a los servicios de salud y limitado acceso a agua limpia y suficiente.

El proyecto no pudo ser más oportuno en sus planteamientos, por lo que logró acogida importante en amplios sectores de la población que vieron reflejados sus anhelos en los objetivos diseñados por el ejecutor. El empoderamiento se hizo latente a partir del segundo semestre de implementación del proyecto

### **Impacto**

El impacto mas notorio generado por el proyecto es el hecho verificado en las entrevistas selectivas, referido a cambios de actitud respecto al sistema oficial de salud; ahora la población asume como un derecho el acceso a los servicios de salud y que la sociedad organizada es una extensión de dicho sistema porque corresponsabiliza de la salud también a los usuarios del sistema. Asociado a esta comprensión, se ha percibido que los beneficiarios (en su mayoría) han aprendido en los hechos que varios hábitos deben incorporarse en su cotidiano como elementos que coadyuvan a acciones preventivas o complementarias como el aseo, el consumo de agua limpia, el control de procesos asertivos, etc. Finalmente, no deja de ser interesante la opinión de quienes no participaron del proyecto (comunidades vecinas por ejemplo), que vieron como modelo lo logrado en términos organizativos, aprendizajes y cambios actitudinales, lo que se traduce en inquietudes manifiestas de réplica o ampliación de cobertura.

## **Viabilidad**

El proyecto ejecutado tuvo por finalidad el fortalecimiento del Sistema de salud familiar, comunitaria e intercultural, a través de procesos concertados de planificación territorial y en aplicación de principios de universalización del acceso al Sistema de Salud, en el marco de los conceptos de fortalecimiento de la salud comunitaria. Para ello, extendió el sistema a la propia comunidad organizada por una parte y, por otra, mediante la creación de gestores (Agentes Comunitarios de Salud) seleccionados por ellos y formados dentro de sus filas, inició el proceso de empoderamiento efectivo, por cuanto está en posibilidades de, por cuenta propia, asumir acciones preventivas, resolver las afectaciones menores y emergencias absolutas y encaminar adecuadamente los casos hacia los servicios oficiales del sistema. Aunque éste fuera indolente o precario como al presente en cuanto a eficiencia, la comunidad organizada empujará a que el sistema funcione y responda a sus demandas (capacidad de gestión).

## **PERCEPCIÓN Y OPINIÓN CONCLUSIVA**

### **Lo que conocen y realizan los beneficiarios:**

Conocen signos y síntomas o señales de gravedad de la diarrea, neumonía ó (tos grave) y acuden inmediatamente a los servicios de salud.

Si los síntomas de la diarrea y tos son leves realizan tratamiento en casa con la participación de los ACS en algunos casos, si se complica acuden al servicio de salud.

Reconocen los signos de peligro en la mujer durante su embarazo Ej. Hemorragia, hinchazón de pies, dolor de cabeza intensa.

Si presenta algunos de estas complicaciones acuden inmediatamente a los servicios de salud.

Conocen la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño sano y/o enfermo. Mensualmente.

Saben reconocer a un Sintomático Respiratorio ó persona sospechosa con tuberculosis pulmonar.

### **Lo que conocen y realizan los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)**

Acciones de promoción y prevención de enfermedades propias de la infancia y en la mujer embarazada.

Atención primaria en salud, tratamiento de la diarrea, tos no grave y curaciones de heridas pequeñas, reconocen los signos de gravedad y peligro de muerte y conocen los pasos para su referencia a los servicios de salud.

Manejo de medicamentos esenciales o primarios proporcionados en el botiquín Ej. Paracetamol, Cotrimoxazol, Suero de Rehidratación Oral (SRO), Antiespasmódicos, Nitrofurazona (quemacuran), etc.

### **Nuestra percepción**

El objetivo general de la evaluación fue determinar el efecto del proyecto en niñ@s menores de cinco años y madres gestantes en los Distritos intervenidos, al cabo de dos años. Específicamente se pretendió identificar los cambios relacionados a las prácticas de cuidado en la salud de niñ@s menores a cinco años y mujeres gestantes; identificar el cambio en la prevalencia de males locales e identificar sobre la percepción que tienen los diversos actores locales sobre los resultados obtenidos por el proyecto.

Al respecto, se observó una mejora en la cobertura de control prenatal (CPN) y en la proporción de madres que recibieron un CPN adecuado. En los niños y niñas una mejora en la cobertura de vacunaciones y avances aún relativos en el control de crecimiento y desarrollo relacionado con edad. Se observa de los datos oficiales y los indagados en entrevistas, una reducción en episodios de EDAs e IRAs.

Las autoridades y especialmente actores sociales reconocen la existencia de problemas de desnutrición crónica en sectores de menores a cinco años; sin embargo, la percepción es que el proyecto ha despertado conciencia también en esta variable.

Al proyecto se le otorga un rol articulador entre los involucrados, que seguramente es su mayor fortaleza como efecto.

Se valorizan muy positivamente los procesos informativos y educativos desarrollados por el proyecto a nivel población en temas de salud preventiva,

aunque a nivel oficial no cuentan con evidencias del cambio de prácticas en la población. Esta percepción “oficial” no es coincidente con la que se tiene a nivel comunidades, donde se tiene certeza que se han efectuado cambios de prácticas y que éstas están mejorando la condición de salud de sus hijos.

Se destaca no solo la ampliación de cobertura en la dotación de agua limpia a los beneficiarios, como mecanismo de incidencia en la reducción de afecciones estomacales, sino en las decisiones técnicas y operativas adoptadas para que, en condiciones difíciles, se prioricen aducciones de vertientes en 47 sistemas que significan 60 % de las obras, que garantizan regularidad y calidad en el suministro y solo 33 % son aducciones de quebradas y ríos, que conllevan en ciertas épocas riesgos en cantidad y calidad (turbidez).

Finalmente, el elemento central del proyecto que ha articulado alrededor de la población femenina en edad fértil (34 % de la población) las principales acciones para conformar la plataforma organizativa de la participación comunitaria en el sistema de salud de Poroma.

## **RECOMENDACIONES**

La evaluación no se limitó a verificar el cómo se ejecutó el proyecto y en qué resultó finalmente, sino también indagó el “ahora qué”, producto de lo cual nos permitimos recomendar la gestión de financiamiento para una fase ampliatoria, basada en la necesidad de fortalecimiento de lo actuado o replicar la excelente experiencia en áreas geográficas circundantes (o una combinación de ambas), en base a las siguientes consideraciones:

*a) Consolidar en el ámbito territorial intervenido con acciones que generen valor agregado a lo ya implementado; esto es, por ejemplo en la plataforma de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), reforzar su cualificación con la pretensión de impulsarlos a la calidad de paratécnicos en sanidad básica, dotándoles de equipamiento para atenciones cada vez más resolutivas en tanto los pacientes son encaminados al centro de salud, si corresponde.*

*b) Implementar la libreta familiar de salud; que va más allá de la tarjeta de vacunaciones que todavía no es de carácter general en la zona; esta libreta*

cuyo diseño debería ser simple y por tanto su manejo sencillo, no solo permitirá una especie de “historia clínica” de cada familia, sino algo fundamental iniciado por el proyecto; esto es, la consolidación del sistema de vigilancia epidemiológica real, por cuanto los registros del sistema oficial se limitan al reporte de casos atendidos y no constituyen por tanto insumo completo para planificación operativa, menos para generación de políticas.

*c) Reiniciar y replantear condiciones para coordinación sectorial;* asumiendo que uno de los puntos débiles del proyecto, en cuanto a resultados, fue la escasa coordinación y débil ensamble de las instancias populares creadas o fortalecidas por el proyecto, con las instancias oficiales del sector, en términos de sistema como tal; esto, por varias razones como celo institucional y, fundamentalmente, por la época muy politizada electoralmente en que le tocó actuar al proyecto, lo cual implicó un ambiente de aparente inestabilidad funcionaria en el sector público (explicable por otra parte), época que finaliza este mes de abril con las elecciones para renovar justamente autoridades municipales y departamentales, aspecto que constituye una oportunidad imperdible para replantear acciones coordinadas; sin embargo, debiera considerarse la posibilidad de incluir en una probable segunda fase, el potenciamiento operativo del ámbito oficial con, por ejemplo, facilitación para apertura de mas puestos de salud y/o movilización como motocicletas de campo, dotación de instrumental complementario, así como condiciones para procesos de capacitación a comunarios, entendiendo que el sistema oficial siempre carece de recursos operativos para propiciar encuentros, talleres, etc. Esta vez, la coordinación deberá plantearse con más énfasis a nivel ejecutivo con las autoridades políticas y sectoriales, a largo plazo, de modo tal que exista el marco “obligatorio” para las partes, facilitando los convenios mas concretos a nivel operativo, que es donde generalmente no funcionan los acuerdos o están supeditados a criterios no precisamente institucionales.

*d) Dar continuidad a la política institucional de NOR SUD de agua limpia para todos;* lo que significa rescatar las interesantes soluciones técnicas que el proyecto generó como experiencia, para captar agua en condiciones muy difíciles pero efectivas y de costo razonable; replicando también el proceso de empoderamiento surgido en los beneficiarios respecto a diversos grados de organización para operación y mantenimiento de las obras.

e) *Ampliar la atención de variables incidentes de la salud;* hasta donde sea posible y dado el carácter integral del problema de salud en comunidades rurales, uno de los problemas detectados y que paralelamente subsiste al resto de incidencias, es la desnutrición crónica en vastos sectores poblaciones de infancia y que junto al agua limpia, capacitación para cambio de hábitos y organización para ejercer el derecho de acceso a servicios de salud, así como corresponsabilizarse del ámbito preventivo, las comunidades debieran recibir asesoramiento (o pago directo si es posible) para ir encarando también variables como la desnutrición infantil.

f) *Dar continuidad a los recursos humanos formados y replicar las experiencias y enseñanzas aprendidas;* asumiendo que uno de los resultados positivos del proyecto son justamente las lecciones aprendidas y la experiencia acumulada, se sugiere sistematizar en documentos que reflejen procesos y métodos para aprovecharlos en condiciones similares y, de ser posible, dar continuidad al personal técnico para que transmita dichas experiencias.

Algunas de las evidencias respecto a la necesidad de ampliar y/o replicar acciones a partir de esta muy buena experiencia, queda de manifiesto en los cuadros siguientes recogidos durante el recorrido de campo:

**Necesidad de réplica y fortalecimiento en actividades con ACS y las Organización de mujeres y hombres en otras zonas.**

<b>MUNICIPIO POROMA</b>	<b>SERVICIO DE SALUD</b>	<b>COMUNIDADES</b>
Distrito I	Puesto de salud Challcha	Challcha Katariri
	Centro de salud Copavillque	Pomanaza Alta Pomanaza Baja Molle Orko Uruguayo Baja Uruguayo Alto
	Puesto de Salud Soicoco	Soicoco
Distrito II	Centro de Salud San Juan de Orcas	Juchuy Kuri Jatun Kuri Calasamana
	Centro de Salud Cucuri	Cucuri Romeral

Distrito III		Küllku Cera Cera
Distrito III	Puesto de salud Pojpo	Pojpo Retiro Portillo Manzanal de porras Teja huasi
Distrito IV	Centro de salud Chijmuri	Chijmuri Chillchista Miska Pampa Piocera
	Puesto de salud Sijcha	Sijcha Baja La Mendoza Los Alamos
	Puesto de salud Kainacas	Kainacas Chivitos Robledos Uruquilla
Distrito V	Tholapampa	Tholapampa

**Necesidad de réplica y fortalecimiento de implementar proyecto de infraestructura (sistema de agua) en otras comunidades y/o zonas.**

<b>MUNICIPIO POROMA</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>N° DE BENEFICIARIOS</b>
Distrito I	Katariri (*)	16
	Huayrapata (*)	15
	Chilcani (*)	12
	Colquebamba (*)	14
	Sacabamba (*)	15
	Molle Orco (*)	12
	La Q'asa (*)	35
	Poroma Comunidad (*)	15
	Soicoco	30
	Sopicoco alto	50
	Challcha	60
	Palajla (*)	50
	Ollisco	50
	Distrito IV	Chijmuri
Chillchista		30
Miska Pampa		40
Piocera		40
Sijcha Baja		30
La Mendoza		40
Los Alamos		40
Kainacas		40
Chivitos		30
Robledos		30
Uruquilla		30

Distrito V	Tholapampa	50
	Duraznillo	60
	Huañoma Alta	30
	Huañoma Baja	30
	Mariquilla	60

(\*) = Preferentemente en las siguientes comunidades del Distrito I, Katariri, Huayrapata, Chilcani, Colquebamba, Sacabamba, Molle Orco, La Q'asa, Poroma Comunidad y Palajla.



## ANEXO FOTOGRAFICO