

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ANALIZADAS.....	2
3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	4
4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	4
4.1. ANÁLISIS DE LA EFICACIA	4
4.1.1. Grado de ejecución de las actividades.....	5
4.1.2. Grado de cumplimiento de los resultados.....	11
4.1.3. Grado de contribución al objetivo específico.....	16
4.1.4. Valoración del análisis de la eficacia	17
4.2. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA	17
4.3. ANÁLISIS DEL IMPACTO.....	17
4.4. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA	18
4.4.1. Adecuación a las prioridades del donante.....	18
4.4.2. Adecuación a las políticas públicas del país anfitrión.....	18
4.4.3. Adecuación a las necesidades sentidas de la población beneficiaria	19
4.4.4. Coordinación con otros actores locales y/o donantes.....	20
4.4.5. Consecuencia con las capacidades del socio local	20
4.5. ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD	20
4.5.1. Políticas de apoyo	20
4.5.2. Aspectos institucionales.....	20
4.5.3. Aspectos económicos.....	21
4.5.4. Factores tecnológicos.....	21
4.5.5. Factores socioculturales.....	21
4.5.6. Factores medioambientales.....	22
4.6. ENFOQUE DE GÉNERO.....	22
5. CONCLUSIONES	23
6. RECOMENDACIONES.....	25
ANEXO I: AGENDA DEL TRABAJO DE CAMPO.....	26
ANEXO II: DOCUMENTO EPIDEMIOLOGÍA DIR. PROVINCIAL DE SALUD.....	27
ANEXO III: FICHA DE EVALUACIÓN CAD	28

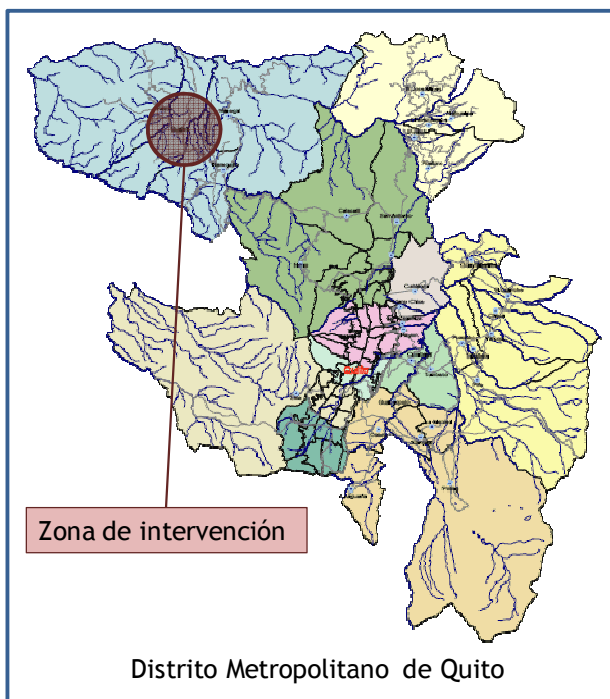
1. INTRODUCCIÓN

Este informe presenta los resultados de la evaluación de fin de proyecto encargada por la ONGD española FONTILLES a TRELAT Consultora Social S.L. en relación al proyecto “*Desarrollo y fortalecimiento de los programas de salud pública y prevención de tuberculosis y leishmania en el Noroccidente de Pichincha (Ecuador)*”. La entidad ejecutora del proyecto ha sido la ONGD ecuatoriana Corporación UTOPIA.

El proyecto fue cofinanciado por la Dirección General de Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana en su convocatoria para el año 2007 de ayudas a proyectos de cooperación internacional al desarrollo que realicen organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (Expte. 1070/2007) con un importe de 24.264 € para un coste total del proyecto de 57.370 €.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ANALIZADAS

El proyecto apunta a mejorar las condiciones de salud y vida de las comunidades de la Parroquia de Pacto y de las comunidades vecinas que son endémicas de enfermedades como el paludismo, leishmania y tuberculosis a través de acciones que ayuden a fortalecer los programas e iniciativas que lleva adelante el sector público para prevenir y resolver estos problemas de salud.



El proyecto tenía una duración prevista de 13 meses (del 1 de septiembre de 2007 al 30 de septiembre de 2008), y la población beneficiaria directa era de 2.000 personas, habitantes de la Parroquia de Pacto, y de las comunidades aledañas de los cantones Los Bancos y Cotacachi.

Para una mejora comprensión de la intervención, se adjunta un resumen con las dos primeras columnas (descripción e indicadores) de la Matriz de Planificación de la misma.

Matriz de Planificación

	DESCRIPCIÓN	INDICADORES
O.G.	Mejorar las condiciones de salud y vida de la población de las comunidades de la Parroquia de Pacto y de las comunidades vecinas que son endémicas de enfermedades como el paludismo, leishmania y tuberculosis a través de acciones que ayuden a fortalecer los programas e iniciativas que lleva adelante el sector público para prevenir y resolver estos problemas de salud	
O.E.	Realizar en el caso de la Tuberculosis la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y personalizado de los sintomáticos respiratorios y en el caso de la leishmania reducir e interrumpir la transmisión domiciliar mediante la implementación de un programa multidisciplinario que incorpore componente de vigilancia epidemiológica, el estudio de la parasitología, la promoción de la salud y la prevención.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de sintomáticos respiratorios, detectados, diagnosticados y tratados en el primer año - Número de casos de leishmania detectados, diagnosticados y tratados en el primer año - Disminuye el número de casos de Leishmania en el segundo año de intervención
RESULTADOS	R1. Población sensibilizada y capacitada sobre las causas y los peligros relacionados con la leishmaniasis, y la tuberculosis.	El 60% de la población intervenida conoce sobre la leishmaniasis y Tb.
	R2. Población sensibilizada sobre los riesgos de contagio de leishmania y Tb, realiza actividades de autogestión comunitaria para la mejor prevención y control de estas enfermedades	El 60% de la población intervenida asume medidas de prevención
	R3. Grupo de promotores comunitarios en salud de la zona entrenados en la detección y remisión de los problemas de leishmania y tuberculosis.	100% de promotores capacitados son facilitadores para detectar, diagnosticar y tratar a los sintomáticos respiratorios y con leishmania
	R4. Grupo de promotores comunitarios de salud de las comunidades coordinan con las unidades operativas del Área de salud No. 18 para remitir y ayudar a cumplir directamente con el esquema de tratamiento de los sintomáticos respiratorios y con problemas de tuberculosis y de los pacientes con leishmania.	Número de basiloscopias y biopsias realizadas en coordinación con el Área de Salud No. 18 del Ministerio para el diagnóstico de Tb y leishmania
ACTIVIDADES	R1.A1. 15 Charlas de capacitación a padres de familia, profesores y alumnos (todos los niños de las escuelas de la zona).	
	R1.A2. Elaboración de 2 cartillas educativas para difundir en las comunidades e instituciones educativas sobre, la leishmania y la tuberculosis.	
	R2.A3. 10 Talleres de capacitación en las comunidades con más riesgo. (utilizando los instrumentos de la epidemiología comunitaria, se buscaría conocer el problema, y establecer estrategias comunitarias para enfrentarlo (1 día con 40 personas).	
	R2.A4. 10 jornadas de atención médica y vigilancia epidemiológica. (de 2 días cada una).	
	R2.A5. Compra de toldos y malla de nylon con impregnación de Betaciflutrina, un derivado de la Permetrina, para distribuir en las viviendas.	
	R2.A6. Trabajo familiar y comunitario para cubrir las ranuras sean del suelo o ventanas de las mismas para reducir la transmisión de Leishmaniasis.	
	R3.A7. 1 curso de capacitación y entrenamiento de 100 horas para formar promotores de salud con énfasis en los temas del proyecto y educación popular (teatro).	
	R3.A8. 6 presentaciones de teatro para dramatizar sobre los problemas de salud comunitaria y los temas de tuberculosis y leishmania.	
	R3.A9. Seguimiento individualizado a todos los pacientes con problemas de leishmania y tratamiento directamente observado a los pacientes con tuberculosis.	
	R4.A10. Elaboración de un diagnóstico inicial de base.	
	R4.A11. Elaboración de los instrumentos técnicos y metodológicos del sistema epidemiológico comunitario y base de datos.	
	R4.A12. 10 eventos de coordinación con los dirigentes comunitarios, promotores, y equipos de salud unidades operativas de salud del Área No. 18 para montar el sistema de vigilancia epidemiológica.	

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Como ya se ha mencionado, la evaluación realizada es una evaluación externa de fin de proyecto, llevada a cabo por la empresa TRELAT Consultora Social S.L., especializada en procesos de evaluación en el ámbito de la cooperación internacional. No obstante, en el proceso de evaluación externa ha habido una fuerte participación de los actores implicados en la intervención, como estrategia para garantizar los procesos de aprendizaje. Así, por ejemplo, en el trabajo de campo realizado en Ecuador, el evaluador externo fue acompañado por una técnica del equipo de trabajo de Fontilles.

Para el proceso de evaluación se analizaron los cinco criterios recomendados por la Metodología de Evaluación de la Cooperación Española (Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Impacto y Viabilidad). Adicionalmente se ha analizado de forma específica el Enfoque de Género.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante la semana del 17 al 22 de noviembre de 2008, dos meses después de la fecha de finalización del proyecto evaluado, y fue realizado por Javier Ibáñez Martínez, utilizando las siguientes técnicas¹: análisis documental, observación participante, entrevistas semiestructuradas (con responsables del sistema público de salud de la provincia de Pichincha, personal de la Corporación UTOPIA, habitantes hombres y mujeres de las comunidades) y grupos focales (con habitantes, hombres y mujeres de las comunidades).

4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Cabe señalar, antes de proceder a exponer los resultados de la evaluación, que aunque la intervención planificada estaba orientada al trabajo en dos ejes de intervención (tuberculosis y leishmaniasis), durante la ejecución de la misma se decidió incorporar un tercer eje de trabajo: la relación entre el medioambiente y la salud, con énfasis en la gestión de los residuos sólidos.

La incorporación de este tercer eje de trabajo ha afectado la ejecución de algunas de las actividades previstas, como se especificará al exponer los resultados del proceso de evaluación.

4.1. ANÁLISIS DE LA EFICACIA

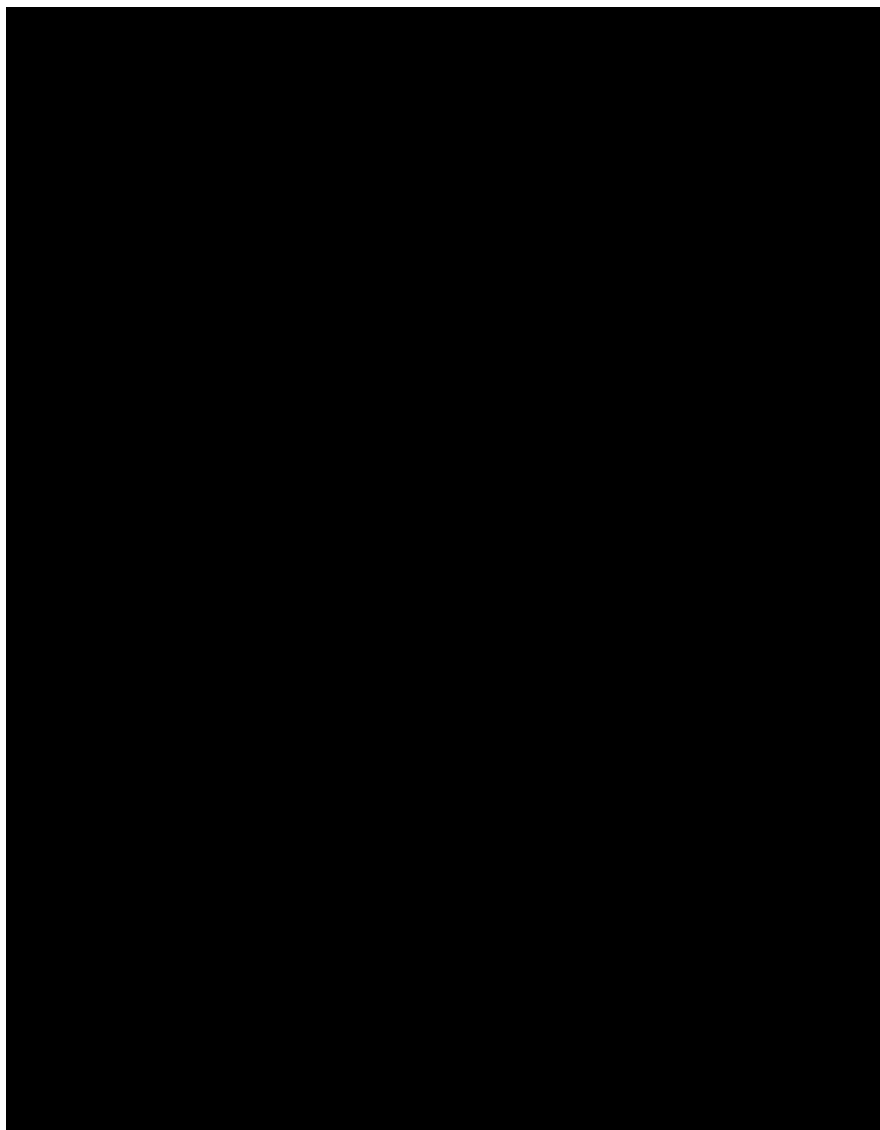
En relación a la eficacia de la intervención, se ha analizado el grado de ejecución de actividades, el grado de cumplimiento de los resultados y el grado de contribución al objetivo específico.

¹ La Agenda del trabajo de campo puede consultarse en el Anexo I.

4.1.1. Grado de ejecución de las actividades.

A.1. 15 Charlas de capacitación a padres de familia, profesores y alumnos todos los niños de las escuelas de la zona.

Frente a las 15 charlas planificadas, finalmente se realizaron un total de 25 charlas a las que asistieron alrededor de 900 personas. Se detallan en la tabla siguiente:



Se pudieron consultar las planillas de registro de asistencia a las charlas de capacitación y en los grupos focales participaron personas que habían asistido a las mismas.

Además de las charlas inicialmente planificadas sobre Tuberculosis (10, con un agregado de 262 participantes) y Leishmaniasis (13, con un agregado de 381 participantes), se incorporaron charlas sobre gestión de residuos sólidos (3, con un agregado de 75 participantes), sobre nutrición (2, con un agregado de 84 participantes) y sobre participación ciudadana (1, con un agregado de 200 participantes).

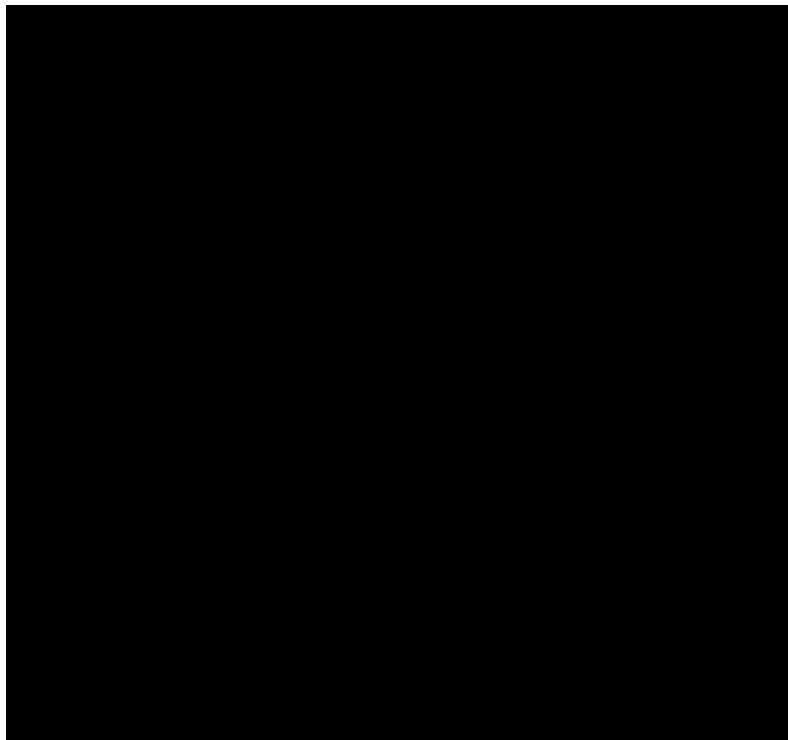
A.2. Elaboración de 2 cartillas educativas para difundir en las comunidades e instituciones educativas sobre, la leishmania y la tuberculosis (manual informativo y de prevención).

Al incorporar un tercer eje de trabajo sobre la relación entre medioambiente y salud, con énfasis en gestión de residuos sólidos, finalmente en lugar de las dos cartillas educativas previstas, se elaboraron 3. Las dos previstas sobre leishmania y tuberculosis, y una tercera sobre gestión de residuos sólidos y medio ambiente.

Se pudieron consultar ejemplares de las cartillas educativas y en los grupos focales se pudo verificar que las personas participantes tenían conocimiento de las cartillas.

A.3. 10 Talleres de capacitación en las comunidades con más riesgo.

Frente a los 10 talleres planificados, finalmente se realizaron un total de 15. Se detallan en la tabla siguiente:



Frente a las 400 personas que se preveía formar en los talleres, finalmente se formaron 561 (un incremento de un 40% sobre lo previsto).

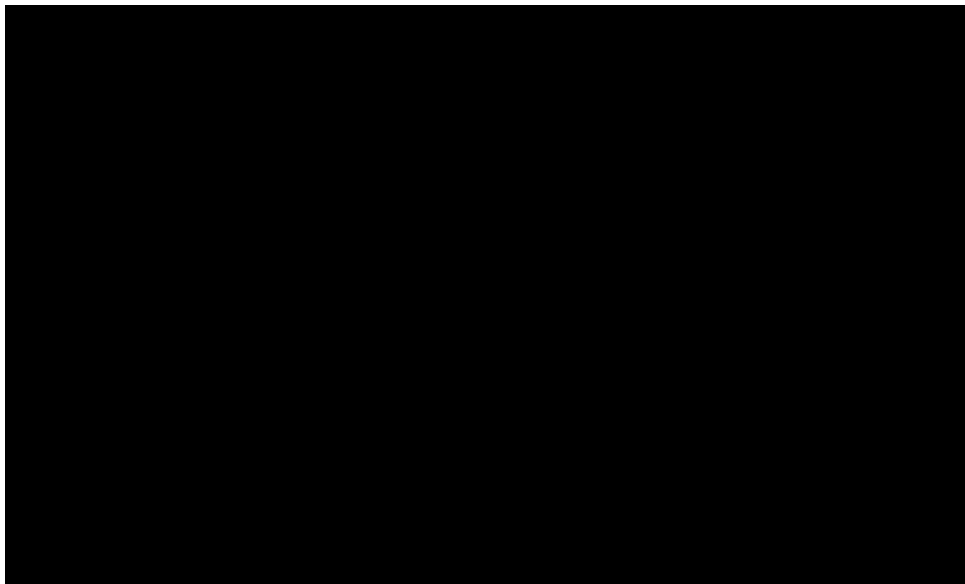
Además de los talleres inicialmente planificados sobre Tuberculosis (11, con un agregado de 426 participantes) y Leishmaniasis (9, con un agregado de 349 participantes), se incorporaron talleres sobre nutrición (1, con un agregado de 40 participantes) y participación comunitaria (1, con un agregado de 25 participantes).

Se pudieron consultar las planillas de registro de asistencia a los talleres de capacitación y en los grupos focales participaron personas que habían asistido a los mismos.

A.4. 10 jornadas de atención médica y vigilancia epidemiológica.

Finalmente se realizaron 11 jornadas de atención médica y vigilancia epidemiológica. En estas jornadas se brinda atención médica general, atención odontológica, atención ginecológica y se ofrecían charlas o funciones de títeres acerca de la tuberculosis y la leishmaniasis. En el total de las 11 jornadas se atendió a un total de 501 personas.

Se detallan en la tabla siguiente:



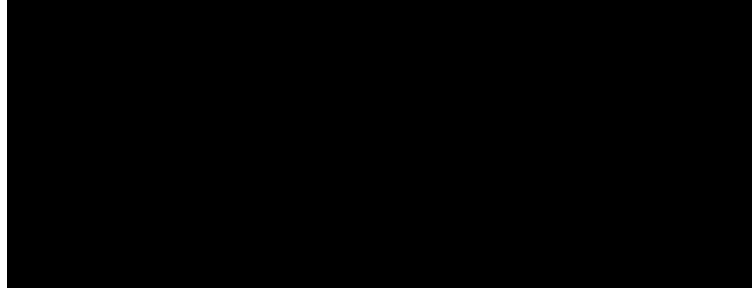
Se pudieron consultar las planillas de registro de las atenciones realizadas en las Jornadas y en los grupos focales participaron personas que habían sido atendidas en las Jornadas.

A.5. Compra de toldos y malla de nylon con impregnación de Betaciflutrina, un derivado de la Permetrina, para distribuir en las viviendas.

En la intervención se había planificado la realización de dos acciones dirigidas a prevenir la incidencia de la leishmaniasis: entrega de toldos impregnados de Betaciflutrina para cubrir las camas, y entrega de malla, también impregnada de Betaciflutrina, para cubrir las ventanas.

Durante la ejecución de la intervención se pudo verificar que por la tipología constructiva de las viviendas (habitualmente en madera) y las características de las mismas, la entrega de malla para cubrir las ventanas no era un instrumento eficaz, dado que las ranuras en las viviendas eran múltiples (especialmente en las juntas entre paredes y techumbre) por lo que el cubrimiento de ventanas no suponía un aislamiento efectivo.

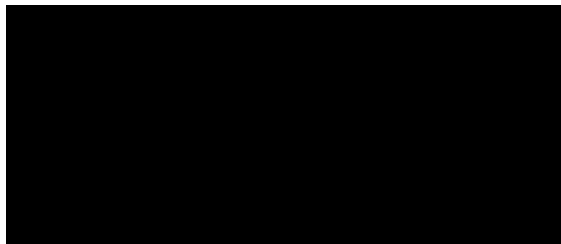
Se decidió así invertir una mayor parte de los recursos en la compra de toldos para las camas, medida que si se ha demostrado eficaz. Por otro lado, al incorporarse un tercer eje de trabajo sobre la relación entre medioambiente y salud, con énfasis en gestión de residuos sólidos, se dedicó una parte de la inversión prevista a la compra de basureros para las comunidades.



Se pudo verificar en las comunidades que se visitaron, que se entregaron los toldos y que las personas receptoras de los mismos están haciendo uso de ellos. Igualmente se pudo verificar en las comunidades de Guayabillas, Pachijal y Mashpi la instalación de los basureros.

A6: Trabajo familiar y comunitario para cubrir las ranuras sean del suelo o ventanas de las mismas para reducir la transmisión de Leishmaniasis.

Se realizaron jornadas de trabajo comunitarias (mingas²) en tres comunidades, con una participación agregada de 110 personas, según se detalla en la tabla siguiente:



En los grupos focales participaron personas que habían participado en las mingas.

A7: 1 curso de capacitación y entrenamiento de 100 horas para formar promotores de salud con énfasis en los temas del proyecto y educación popular (teatro).

En el marco de la intervención, y en coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Pichincha se realizaron tres actividades de capacitación dirigidas a personal sanitario:

- Curso de capacitación y entrenamiento a promotoras y equipo de salud del Área nº 18 (Pacto, Gualea, Nanegal y Nanegalito) en Tuberculosis, Leishmaniasis, uso racional de medicamentos y mordedura de serpientes. El curso tuvo una duración de 4 días. Según la información facilitada por la Dirección Provincial de Salud, en el curso participaron 20 personas (mayoritariamente mujeres, aunque no se pudo cuantificar con exactitud).
- Primer taller de fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis de Pichincha. El taller tuvo una duración de 3 días. Según

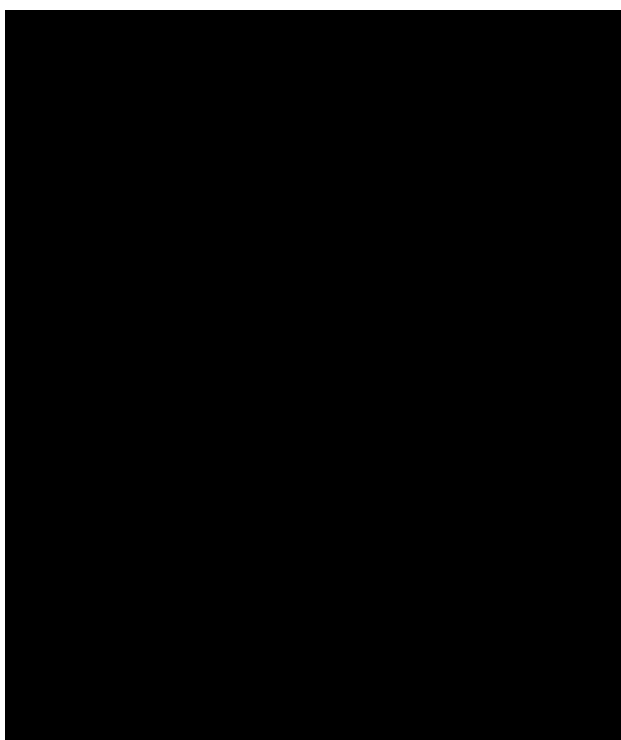
² RAE: (Del quechua mink'a). 1. f. N Arg., Chile, Col., Ec., Par. y Perú. Reunión de amigos y vecinos para hacer algún trabajo gratuito en común.

la información facilitada por la Dirección Provincial de Salud, en el taller participó personal de 23 laboratorios y de 5 hospitales.

- Apoyo en la capacitación en diagnóstico de tuberculosis mediante baciloscopia a personal de las áreas de salud del noroccidente de Pichincha. Esta capacitación se realizaba llevando al personal sanitario al laboratorio a recapacitarse.

A8: 6 presentaciones de teatro para dramatizar sobre los problemas de salud comunitaria y los temas de tuberculosis y leishmania.

Frente a las 6 presentaciones previstas, finalmente se realizaron un total de 15 presentaciones a las que asistieron alrededor de 2.500 personas. Se detallan en la tabla siguiente:



Nota: Para el cálculo del total de asistentes, dado que en las 4 primeras presentaciones no se registró la participación, se estimó sobre la media del resto.

En los grupos focales participaron personas que habían asistido a las representaciones teatrales.

A9: Seguimiento individualizado a todos los pacientes con problemas de leishmania y tratamiento directamente observado a los pacientes con tuberculosis.

Según la información facilitada por la Responsable Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis (Dra. Lorena Mora) en el año 2007 se registraron, en el Área de Salud n° 18, 9 casos³ (un 84% en varones⁴) de Leishmaniasis a los que se dio

³ Según la opinión recogida tanto de miembros del equipo técnico de la Corporación UTOPIA, como de distintos responsables del sistema de salud público, los casos registrados no suponen

seguimiento individualizado. Esta cifra supone un descenso significativo frente a los 23 casos registrados en el año 2006, lo que hace pensar en que la estrategia de la intervención está siendo efectiva. Distintos actores entrevistados durante el trabajo de campo de evaluación apuntan específicamente a la estrategia de entrega de toldos como un factor importante en esta reducción de casos registrados.

En relación a los casos de Tuberculosis, según la información facilitada por la Dra. Mora, durante el año 2007 se realizaron en el Área de Salud nº 18 un total de 298 baciloscopias. De ellas. 293 fueron de diagnóstico y 5 de control⁵.

A todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis se les realizó tratamiento directamente observado⁶.

A10: Elaboración de un diagnóstico inicial de base.

En coordinación entre la Corporación UTOPIA y la Dirección Provincial de Salud se elaboró un Diagnóstico situacional de Tuberculosis y Leishmaniasis del Área de Salud nº 18.

En la entrevista mantenida con la Responsable Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis (Dra. Lorena Mora), se presentaron los resultados de este Diagnóstico situacional.

A11: Elaboración de los instrumentos técnicos y metodológicos del sistema epidemiológico comunitario y base de datos.

En coordinación con la Dirección Provincial de Salud se elaboraron los instrumentos técnicos y metodológicos del sistema epidemiológico comunitario y se implementó un sistema de información (base de datos) para el registro de pacientes y baciloscopias.

Esta base de datos está operando en el Hospital del Área de Salud nº 18 (Nanegalito). Durante la visita al Hospital de Nanegalito para entrevistar a la Directora del Área de Salud nº 18 (Dra. Jeanette Ávila), se pudo visitar el laboratorio y se pudo verificar el funcionamiento del sistema de información.

la incidencia real de la enfermedad. A pesar de los esfuerzos de información y formación realizados en la zona, todavía se detectan casos de incidencia de la Leishmaniasis no diagnosticados en Centros de Salud.

⁴ La incidencia de la leishmaniasis es superior en los varones frente a las mujeres. Según las diversas informaciones recogidas, esta mayor prevalencia en los varones se debe a que la picadura del vector es frecuente en el campo y los varones suelen dedicarse en mayor proporción que las mujeres a las tareas agrícolas.

⁵ Las baciloscopias de control son las que se realizan a los pacientes diagnosticados a los 2, 4 y 6 meses del diagnóstico.

⁶ El tratamiento directamente observado (observación directa del tratamiento en la cual una persona entrenada y supervisada observa al paciente mientras este ingiere los comprimidos) es un elemento fundamental en la estrategia DOTS

Cabe destacar que la implementación de este sistema de información en el Área de Salud n° 18, era un proyecto piloto, y que en el momento de realizar el trabajo de campo de la evaluación se estaba planificando la extensión del sistema a las áreas 11, 17, 22 y 23.

A12: 10 eventos de coordinación con los dirigentes comunitarios, promotores, y equipos de salud unidades operativas de salud del Área No. 18 para montar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Frente a los 10 eventos de coordinación previstos, finalmente se realizaron un total de 19 eventos, en los que hubo una participación agregada de cerca de 340 personas.



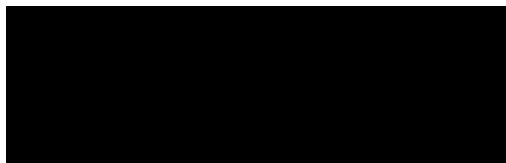
4.1.2. Grado de cumplimiento de los resultados.

R1. Población sensibilizada y capacitada sobre las causas y los peligros relacionados con la leishmaniasis, y la tuberculosis.

La matriz de planificación definía como indicador de este resultado: “El 60% de la población intervenida conoce sobre la leishmaniasis y la tuberculosis”. En el propio documento de proyecto se cuantificaba la población beneficiaria directa de la intervención en 2.000 personas, con lo que el cumplimiento del indicador se establecía en 1.200 personas.

Durante el trabajo de campo de la evaluación, y por las características de la misma, no se han aplicado instrumentos cuantitativos, y por tanto es complejo valorar si se ha alcanzado el indicador previsto.

Por un lado, según la documentación analizada, el número de personas que han participado en charlas y/o talleres en sobre la leishmaniasis y la tuberculosis se refleja en la siguiente tabla:



Por otro lado, las cartillas educativas sobre leishmaniasis y tuberculosis fueron ampliamente difundidas.

En la observación participante realizada en la representación con títeres en el Centro escolar en Pachikal, pudo verificarse que la estrategia de presentaciones teatrales con niños, niñas y jóvenes es una estrategia de alta efectividad. Esta valoración pudo confirmarse en los grupos focales realizados con habitantes de las comunidades de Guayabillas y Mashpi. Se pudo verificar que este tipo de actuaciones facilita la estrategia de sensibilización y que, adicionalmente, cuando los destinatarios son niños, niñas y jóvenes, tiene un importante efecto multiplicador en madres y padres. Cabe recordar que en las 15 presentaciones realizadas durante la intervención, hubo una asistencia agregada superior a las 2.600 personas.

Por último, en los dos grupos focales realizados en las comunidades de Guayabillas y Mashpi, en los que hubo una amplia participación de habitantes de ambas, pudo verificarse que existe un alto grado de conocimiento acerca de las causas, los peligros, y las estrategias de prevención y tratamiento de leishmaniasis y tuberculosis.

Como único elemento negativo, cabe destacar que en ambos grupos focales pudieron identificarse algunas personas participantes que todavía persisten en el uso de “tratamientos” contra la leishmaniasis, de fuerte tradición y arraigo en la zona, y completamente contraindicados, como aplicar ácido de pilas en las zonas afectadas o quemarlas con cigarrillos. No obstante, estos casos eran minoritarios en los grupos, y había una conciencia mayoritaria de lo inadecuado de estas prácticas.

En definitiva, y a pesar de que como se ha mencionado, es difícil valorar un indicador cuantitativo al no haberse aplicado instrumentos cuantitativos, la valoración del grado de consecución del resultado es positiva y hay elementos suficientes para pensar que el porcentaje de población con conocimiento sobre la leishmaniasis y la tuberculosis supera incluso el 60% previsto. Según la información recogida de distintos responsables del sistema público de salud provincial, los niveles de sensibilización sobre estas dos enfermedades en el Área nº 18, son superiores a los de otras Áreas aledañas.

Adicionalmente cabe señalar que, aunque no estaba previsto en la planificación de la intervención, la estrategia de sensibilización se amplió a otros aspectos como el medioambiente y la salud (con énfasis en la gestión de residuos sólidos), la nutrición y la participación comunitaria.

R2. Población sensibilizada sobre los riesgos de contagio de leishmania y Tb, realiza actividades de autogestión comunitaria para la mejor prevención y control de estas enfermedades

La matriz de planificación definía como indicador de este resultado: “El 60% de la población intervenida asume medidas de prevención”. En el propio documento de proyecto se cuantificaba la población beneficiaria directa de la intervención en 2.000 personas, con lo que el cumplimiento del indicador se establecía en 1.200 personas.

De nuevo, al no haber aplicado durante el trabajo de campo de la evaluación instrumentos cuantitativos, es complejo valorar si se ha alcanzado el indicador previsto.

En relación a la prevención y control de la tuberculosis, en el diagnóstico de base realizado se identificaron dos problemas centrales:

- Desconocimiento de la enfermedad y la estigmatización de la misma.
- Falta de capacitación del personal sanitario y desmotivación del mismo.

Estos dos problemas dificultaban notablemente la detección temprana de casos de tuberculosis. Según la información recabada de distintos actores del sistema público de salud, el proyecto ha incidido de forma positiva en ambos problemas, lo que ha redundado en una mejora notable en la capacidad de diagnóstico, detección y registro de los casos.

Un síntoma inequívoco de esta mejora en la capacidad de diagnóstico es el incremento en un 37% de las baciloscopias de diagnóstico realizadas en el Área nº 18 durante el año 2007, frente a las realizadas en 2006.

Se identifican dos factores que influyen en esta mejora de la capacidad de diagnóstico:

- El mayor conocimiento de la enfermedad por parte de la población local, que ante la aparición de síntomas acude al hospital a realizarse las pruebas de detección.
- La campaña de visitas domiciliarias a los convivientes con enfermos diagnosticados.

En relación a la prevención y control de la leishmaniasis, en el diagnóstico de base realizado se identificaron dos problemas centrales:

- Desconocimiento de la enfermedad.
- Falta de participación social en la prevención del contagio.

Como ya se ha comentado, el desconocimiento de la enfermedad y de su tratamiento suponía la persistencia de “tratamientos” de fuerte tradición y arraigo en la zona, y completamente contraindicados, como aplicar ácido de pilas en las zonas afectadas o quemarlas con cigarrillos. Por otro lado era infrecuente la utilización de elementos básicos de prevención como el uso de toldos para las camas, existiendo una fuerte resistencia a su uso.

Según la información recabada, el proyecto ha incidido de forma positiva en ambos problemas, lo que ha redundado de manera notable en la reducción de los casos de leishmaniasis, y en un adecuado tratamiento de los mismos.

Se identifican tres factores que han influido en esta reducción de los casos y en el adecuado tratamiento de los mismos:

- La mejora en el conocimiento de la enfermedad ha redundado en una notable disminución de la resistencia al uso de los toldos para las camas. Los toldos distribuidos se han utilizado, como se pudo verificar en los grupos focales realizados.
- Se han realizado actividades comunitarias para la mejora en las viviendas (cubrimiento de ranuras).
- Se ha logrado una incidencia positiva en el tratamiento de los casos detectados, disminuyendo la persistencia de “tratamientos” desaconsejables y aumentando el recurso a los tratamientos apropiados.

En relación al uso de toldos, elemento básico para la prevención de la leishmaniasis, aunque se ha conseguido disminuir la resistencia a su uso, y se ha verificado la utilización de los distribuidos en el proyecto, todavía no se ha conseguido que la población asuma con una prioridad en la inversión familiar la adquisición de toldos. Sin duda, la falta de recursos económicos incide de manera notable en esta situación.

R3. Grupo de promotores comunitarios en salud de la zona entrenados en la detección y remisión de los problemas de leishmania y tuberculosis.

La matriz de planificación definía como indicador de este resultado: “100% de promotores capacitados son facilitadores para detectar, diagnosticar y tratar a los sintomáticos respiratorios y con leishmania”.

En el documento de planificación del proyecto estaba prevista la capacitación de promotores de salud (A.7). Como ya se mencionó al analizar el grado de ejecución de esta actividad, esta formación se reorientó diversificándola en tres actividades de capacitación dirigidas a promotores de salud, y también a personal sanitario del sistema público de salud.

La propuesta de capacitación de promotores comunitarios de salud se planteaba como una estrategia para complementar los recursos humanos del propio sistema público de salud. La experiencia previa en esta estrategia de capacitación de promotores de salud presentaba ciertas debilidades, ligadas fundamentalmente a la debilidad en la sostenibilidad de los promotores. La posibilidad de financiar el trabajo de los promotores comunitarios venía ligada a la obtención de recursos de la cooperación internacional. En los momentos en los que no se obtenían recursos para el sostenimiento de los promotores, los recursos invertidos en su capacitación se perdían. Sin embargo, esta era la única estrategia posible cuando desde el sistema público de salud no se apostaba por incorporar recursos humanos al propio sistema público.

Diversos actores entrevistados durante el proceso de evaluación coinciden en afirmar que en los últimos años se ha venido produciendo un cambio en la política del gobierno ecuatoriano hacia la salud, con una apuesta decidida por el sistema público. En este contexto, el proyecto decidió reorientar la formación inicialmente prevista, para promotores de salud, diversificándola

en actividades de formación dirigidas a promotores, pero también hacia el personal del propio sistema público de salud.

Al apostar por la capacitación del personal del sistema público de salud, se evita en parte el problema de sostenibilidad mencionado, ya que los recursos humanos del sistema público de salud no dependen de la obtención de recursos de la cooperación internacional, sino que están costeados por los recursos públicos del propio país. Sin embargo, como decíamos, el problema de la sostenibilidad sólo se soluciona en parte, ya que otra problemática detectada es la alta rotación del personal del sistema público de salud, que con frecuencia permanece en los centros o subcentros de salud de la zona mientras encuentra otro destino mejor. El personal sanitario habitualmente prefiere destinos en centros urbanos, donde los sueldos son mejores que en las zonas rurales, o al menos existen más posibilidades de complementar los ingresos con el ejercicio de la medicina privada, y donde además tienen más oportunidades académicas.

En definitiva, aunque la intervención ha incidido de forma positiva en la capacitación de promotores de salud y personal del sistema público de salud, con un impacto positivo en la capacidad para detectar, diagnosticar y tratar a personas con tuberculosis y leishmaniasis, sería conveniente prestar a atención a la sostenibilidad en el tiempo de esa capacidad generada.

R4. Grupo de promotores comunitarios de salud de las comunidades coordinan con las unidades operativas del Área de salud No. 18 para remitir y ayudar a cumplir directamente con el esquema de tratamiento de los sintomáticos respiratorios y con problemas de tuberculosis y de los pacientes con leishmania.

La matriz de planificación definía como indicador de este resultado: “Número de baciloscopias y biopsias realizadas en coordinación con el Área de Salud n° 18 del Ministerio para el diagnóstico de Tb y leishmania”.

Como ya se ha comentado al analizar el grado de ejecución de las actividades, en coordinación con la Dirección Provincial de Salud se elaboraron los instrumentos técnicos y metodológicos del sistema epidemiológico comunitario y se implementó un sistema de información (base de datos) para el registro de pacientes y baciloscopias. Se realizaron 19 eventos de coordinación (frente a los 10 previstos inicialmente) con dirigentes comunitarios, promotores y equipos de salud para montar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Como se mencionó al analizar el grado de cumplimiento del resultado n° 2, este esfuerzo ha supuesto el incremento del número de baciloscopias de diagnóstico realizadas en el año 2007 en el Área n° 18 en 36% frente a las realizadas en el año anterior.

De nuevo, cabe destacar la importancia como experiencia piloto que tiene la puesta en marcha del sistema de información para el registro de pacientes y baciloscopias. Validado su correcto funcionamiento en el Área de Salud n° 18, en el momento de realizar el trabajo de campo se estaba planificando la extensión del sistema al resto de Áreas de la provincia de Pichincha, y se está

trabajando activamente en su replicación en el resto del país. Esta circunstancia es especialmente valorable en un contexto de debilidad tecnológica del Ministerio de Salud, extremo reconocido por los responsables del sistema público de salud entrevistados.

4.1.3. Grado de contribución al objetivo específico.

O.E. Realizar en el caso de la Tuberculosis la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y personalizado de los sintomáticos respiratorios y en el caso de la leishmania reducir e interrumpir la transmisión domiciliar mediante la implementación de un programa multidisciplinario que incorpore componente de vigilancia epidemiológica, el estudio de la parasitología, la promoción de la salud y la prevención.

La matriz de planificación definía como indicadores del Objetivo Específico los siguientes:

- Número de sintomáticos respiratorios, detectados, diagnosticados y tratados en el primer año.
- Número de casos de leishmania detectados, diagnosticados y tratados en el primer año.
- Disminuye el número de casos de Leishmania en el segundo año de intervención.

Según los datos facilitados por la Dirección Provincial de Salud:

- Frente a las 218 baciloscopias realizadas en el Área nº 18 en el año 2006, en el año 2007 se realizaron 298 (incremento del 37%). En el momento de realizar el trabajo de campo de la evaluación todavía no se habían cerrado las estadísticas del año 2008. Con los datos disponibles hasta el tercer trimestre, se habían realizado 173 baciloscopias.
- En el año 2006 se detectaron en el Área nº 18 dos casos de tuberculosis. En el año 2007, se detectó uno. En el 2008, con las estadísticas actualizadas hasta el tercer trimestre, se había detectado un caso.
- En relación a la Leishmaniasis, en el Área nº 18 en 2006 se detectaron 23 casos, en el año 2007 se detectaron 9 casos. En el año 2008, con las estadísticas actualizadas hasta el tercer trimestre se habían detectado 6 casos.

Según la información recabada durante el trabajo de campo de la evaluación, y en relación al grado de contribución del Objetivo General se puede afirmar:

- Se ha mejorado sustancialmente en el registro e información en tuberculosis en las áreas del noroccidente de la provincia de Pichincha.

- Se ha incrementado sustancialmente la captación de los sintomáticos respiratorios, y por tanto se ha mejorado en un diagnóstico oportuno para romper la cadena de transmisión de la tuberculosis.
- Se ha mejorado el conocimiento por parte de la población de la leishmaniasis y la tuberculosis.
- Se ha reducido notablemente la persistencia en el uso de “tratamientos” contra la leishmaniasis, de fuerte tradición y arraigo en la zona, y completamente contraindicados (ácido de pilas, cigarrillos) y se ha reducido notablemente la resistencia al uso de elementos básicos de prevención (toldos).
- Se ha producido una reducción sustancial en el número de casos de leishmaniasis.

4.1.4. Valoración del análisis de la eficacia

En función del análisis del grado de ejecución de las actividades, del grado de cumplimiento de los resultados y del grado de consecución al objetivo específico, se puede afirmar que la intervención ha sido altamente eficaz.

En aquellos casos en los que se han producido modificaciones respecto a la planificación inicialmente prevista, estas se han producido en un marco de ejecución flexible, que ha descartado parcialmente actividades previstas o ha incorporado nuevas actividades no previstas, que en ambos casos han resultado pertinentes para una mejor contribución al objetivo específico previsto con la intervención.

4.2. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA

En relación a la eficiencia de la intervención, se puede afirmar lo siguiente:

- Los recursos previstos se han empleado, de manera general, en las actividades planificadas. Las desviaciones entre partidas no son sustanciales, siendo la mayor de ellas la correspondiente a la partida de “Personal local” que ha sobrepasado en un 8% lo inicialmente planificado.
- Existe una buena comunicación entre los actores involucrados en la intervención, tanto entre los actores ecuatorianos, como entre la Corporación UTOPIA y su socio en España, FONTILLES.
- Las estructuras de administración y gestión ha sido eficientes y han contribuido al alcance de los resultados y objetivos del proyecto.

Se puede afirmar por tanto que la intervención ha sido eficiente.

4.3. ANÁLISIS DEL IMPACTO

El principal impacto planificado en la intervención era la mejora en las condiciones de salud de la población en comunidades endémicas de

tuberculosis y leishmaniasis, fortaleciendo los programas e iniciativas del sector público para prevenir y resolver estos problemas de salud.

En el proceso de evaluación se han podido verificar los siguientes impactos:

- Se han fortalecido las capacidades técnicas y humanas del sistema público de salud, en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis y la tuberculosis.
- Se ha mejorado el conocimiento, por parte de la población local, de ambas enfermedades.
- Se han introducido elementos de prevención de la leishmaniasis.
- Se ha logrado una mejora en la capacidad de detección de ambas enfermedades.
- Se ha reducido la incidencia de ambas enfermedades, especialmente en leishmaniasis.
- Se ha mejorado el tratamiento de ambas enfermedades.

Se puede afirmar, por tanto, que en relación a lo planificado el impacto ha sido positivo.

4.4. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA

4.4.1. Adecuación a las prioridades del donante

La intervención se adecua a las prioridades de la cooperación valenciana definidas en el Plan Director 2004-2007, tanto a las prioridades geográficas (Ecuador es definido como país prioritario, pág. 16) como a las prioridades sectoriales (dentro del bloque de Necesidades Sociales Básicas, especificándose el fortalecimiento de “los sistemas de salud básica, a través de la atención primaria, nutrición, salud reproductiva y materno-infantil, educación para la salud, lucha contra las enfermedades infecciosas (malaria tuberculosis y VIH/SIDA) y facilitando el acceso a medicamentos esenciales”, pág. 12).

Podemos afirmar, por tanto, que el proyecto se adecua con claridad a las prioridades del donante.

4.4.2. Adecuación a las políticas públicas del país anfitrión

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador⁷ incluye la tuberculosis y la leishmaniasis entre las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Ambas enfermedades se encuentran entre las prioridades de trabajo del Ministerio, lo que se concreta en sendos programas nacionales, el Programa de Control de la Tuberculosis, y el Programa Nacional de Control y Vigilancia

⁷ Fuente: <http://www.msp.gov.ec>

de la Leishmaniasis. En el caso de la Provincia de Pichincha, donde se desarrolló la intervención, estos programas son asumidos por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha⁸ (ver Anexo II).

Durante el trabajo de campo de la evaluación se pudo constatar que la intervención no sólo se adecua a las políticas públicas de salud del país, sino que ha sido coordinada con los distintos estamentos del sistema público de salud ecuatoriano. Así lo manifestaron en las entrevistas realizadas el Director Provincial de Salud de Pichincha (Dr. Jorge Cuevas), la Responsable Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis (Dra. Lorena Mora), la Directora del Área de Salud⁹ n° 18 (Dra. Jeanette Ávila), el Director del Subcentro de Salud de Pacto (Dr. Juan Carlos Aguirre) y el Inspector Sanitario del Subcentro de Salud de Pacto (D. Luis Capelo).

Cabe señalar que el Programa de Control de la Tuberculosis implementa la estrategia DOTS, recomendada internacionalmente para la curación de la tuberculosis.

4.4.3. Adecuación a las necesidades sentidas de la población beneficiaria

Según la información recogida en los grupos focales, la prevención de la leishmaniasis si se encuentra entre las necesidades sentidas de la población beneficiaria. El hecho de que tenga un nivel alto de incidencia entre las niñas y los niños, hace que las madres la sitúen como una prioridad.

No se aprecia lo mismo hacia la tuberculosis. Previsiblemente, el hecho de que sea una enfermedad de baja incidencia en la zona, influye en esta circunstancia.

En cualquier caso, tanto en los grupos focales, como en las entrevistas semiestructuradas realizadas con habitantes de las comunidades, hay una valoración positiva del trabajo realizado.

Cabe destacar que tanto en las entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres habitantes de las comunidades, como en las entrevistas realizadas a distintos actores del sistema público de salud, acerca de cual consideran el problema de salud prioritario en la zona, se repiten de manera constante dos: el abuso sexual, y el maltrato infantil. En distintas entrevistas aparecen valoraciones coincidentes acerca de la gravedad de estas dos problemáticas (en el caso del maltrato infantil, existe coincidencia entre distintos actores en que puede afectar a un 80% de la población infantil). Se considera por tanto que estas dos problemáticas deberían ser abordadas de forma prioritaria en futuras intervenciones.

⁸ Fuente: <http://www.dpsp.gov.ec>

⁹ La Dirección Provincial de Salud tiene dividida la provincia en distintas áreas. La intervención evaluada en encuadra geográficamente en el Área n° 18.

4.4.4. Coordinación con otros actores locales y/o donantes

Como ya se ha comentado, la Corporación UTOPIA mantiene una estrecha coordinación con las autoridades públicas en materia de salud.

Por otro lado, como puede verificarse en el documento del “Plan de Salud del Noroccidente de Pichincha: Pacto, Guala, Nanegal y Nanegalito” coeditado por el Área de Salud nº 18 y la Corporación UTOPIA, en su trabajo de promoción de la salud en la zona se han coordinado acciones tanto con actores locales (Juntas Parroquiales, Consejo Territorial de Salud, Red del Buen trato, Comités Barriales, etc.) como con distintas ONGDs internacionales (Solidaridad Internacional, SETEM, Medicus Mundi, etc.).

4.4.5. Consecuencia con las capacidades del socio local

La Corporación UTOPIA viene trabajando en el noroccidente de la provincia de Pichincha, y prioritariamente en el ámbito de la salud, desde hace más de diez años. Esta circunstancia, unida a un equipo técnico cualificado y solvente permite afirmar que la intervención era consecuente con las capacidades del socio local.

4.5. ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD

En relación a la viabilidad se analizaron seis factores: políticas de apoyo, aspectos institucionales, aspectos económicos, factores tecnológicos, factores socioculturales y factores medioambientales.

4.5.1. Políticas de apoyo

Como ya se ha comentado al analizar la adecuación de la intervención a las políticas públicas del país anfitrión, el proyecto no sólo se adecua a las políticas públicas de salud de Ecuador, sino que se considera un ejemplo de buena práctica de coordinación entre el sector público y el tercer sector.

Con el proyecto se han emprendido acciones que, en función de la coordinación con la Dirección Provincial de Salud, se han institucionalizado y se han asumido en el marco de la política pública de salud. En este sentido cabe señalar la relevancia de que las acciones de capacitación previstas para promotores de salud, se abrieran al personal sanitario del sistema público de salud, y la implantación de los instrumentos técnicos y metodológicos del sistema epidemiológico comunitario y la base de datos (con la proyección de que este sistema de información se ampliará para su utilización en toda la provincia de Pichincha, y previsiblemente en el resto del país).

4.5.2. Aspectos institucionales

Como se ha comentado en el punto anterior, las acciones emprendidas en el marco de la intervención, en función de la coordinación con la Dirección

Provincial de Salud, se han institucionalizado y se han asumido en el marco de la política pública de salud. Esta asunción por parte de las autoridades públicas es el máximo nivel de institucionalización posible.

Únicamente cabe recordar un elemento, identificado durante el proceso de evaluación que podría afectar a esta institucionalización, y es el elevado nivel de rotación del personal sanitario detectado. Un elemento importante en la intervención ha sido la apuesta por el incremento de capacidades en el personal del sistema público de salud, y por tanto la alta rotación de este personal puede afectar al sostenimiento en el tiempo de los impactos favorables de la intervención.

Sería por tanto conveniente analizar en profundidad las causas de este elevado nivel de rotación (en el proceso de evaluación se han preidentificado algunas: preferencia por destinos urbanos, donde los sueldos son mejores, y/o complementables con el ejercicio de la medicina privada, mejores oportunidades académicas) y definir estrategias para reducirlos.

4.5.3. Aspectos económicos

En función de la coordinación con la Dirección Provincial de Salud ya comentada, y dado el grado de institucionalización alcanzado, no se han identificado aspectos económicos que puedan afectar al sostenimiento en el tiempo de los impactos favorables de la intervención, siempre y cuando se mantengan la actual priorización por parte del gobierno de las políticas de salud pública.

4.5.4. Factores tecnológicos

No se han detectado factores tecnológicos que puedan afectar al sostenimiento en el tiempo de los impactos favorables de la intervención.

Las estrategias implementadas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis y Leishmaniasis, siguen las recomendaciones de los organismos internacionales en materia de salud. En concreto, el Programa de Control de la Tuberculosis implementa la estrategia DOTS, recomendada internacionalmente para la curación de la tuberculosis.

En relación al sistema de información implementado, se han generado las capacidades necesarias en el personal sanitario del Hospital de Nenegalito para una correcta operación del mismo.

4.5.5. Factores socioculturales

En relación a los factores socioculturales, se han identificado algunos elementos que pudieran llegar a condicionar el sostenimiento en el tiempo de los impactos favorables de la intervención.

Como ya se ha comentado, en el diagnóstico inicial de base se identificó entre la población local un importante nivel de desconocimiento tanto de la

tuberculosis como de la leishmaniasis. En relación a la tuberculosis, se identificaron niveles importantes de estigmatización de la enfermedad. En relación a la leishmaniasis se identificaron el uso de “tratamientos” de fuerte tradición y arraigo en la zona y completamente contraindicados (pilas, cigarrillos), y una importante resistencia al uso de toldos como medida preventiva.

Aunque con la intervención se ha logrado incidir de forma muy favorable en estos factores, es necesario tener en cuenta que estos cambios no pueden entenderse como un elemento estático, sino que constituyen un proceso en marcha, cuya consolidación depende de un trabajo continuado y persistente en el mismo sentido que el desarrollado con la intervención. Si no se continúa con este trabajo de sensibilización y capacitación, los logros obtenidos podrían llegar a revertirse.

4.5.6. Factores medioambientales

No se han detectado factores medioambientales que puedan afectar al sostenimiento en el tiempo de los impactos favorables de la intervención. Únicamente señalar, como factor positivo, la apertura en el marco de la intervención de una línea de trabajo no planificada en medioambiente y salud, con énfasis en la gestión de los residuos sólidos.

4.6. ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género es la principal debilidad identificada en el proceso de evaluación.

En este sentido cabe señalar los siguientes aspectos:

- En el diagnóstico situacional y en los registros realizados por la Dirección Provincial de Salud, se manejan datos desagregados por sexo. No así en participación en las distintas actividades del proyecto. No se tienen, por ejemplo, datos desagregados por sexo de la participación en charlas, en las actividades de capacitación, etc.
- En el documento de planificación de la intervención, los indicadores no contemplaban el sexo de las personas beneficiarias, y no se establecían indicadores específicos de género.
- No hay constancia de que en las actividades de capacitación se incorporara la perspectiva de género.
- No existe una estrategia específica en la intervención para el trabajo con las mujeres.

En definitiva, los elementos mencionados implican una falta de incorporación en la intervención de un enfoque de género.

5. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones obtenidas del proceso de evaluación son las siguientes:

1. La intervención se considera **pertinente** desde los 5 subcriterios analizados (adecuación a las prioridades del donante, adecuación a las políticas públicas del país anfitrión, adecuación a las necesidades sentidas de la población beneficiaria, coordinación con otros actores locales y/o donantes y consecuencia con las capacidades del socio local).

En relación a la adecuación a las políticas públicas del país anfitrión, se considera relevante señalar que la intervención no sólo se adecua a las mismas, sino que se considera un ejemplo de buena práctica de coordinación entre el sector público y el tercer sector.

2. Analizados el grado de ejecución de las actividades, el grado de cumplimiento de los resultados, y el grado de contribución al objetivo específico, se considera que se ha realizado una gestión **eficaz**.

En aquellos casos en los que se han producido modificaciones respecto a la planificación inicialmente prevista, estas se han producido en un marco de ejecución flexible, que ha descartado parcialmente actividades previstas o ha incorporado nuevas actividades no previstas, que en ambos casos han resultado pertinentes para una mejor contribución al objetivo específico previsto con la intervención.

3. Los recursos se han empleado, de manera general en las actividades planificadas, ha existido una buena comunicación entre los actores implicados, y las estructuras de administración y gestión han contribuido al alcance de los resultados, por lo que se considera que la gestión ha sido **eficiente**.
4. En relación al principal **impacto** previsto (mejora en la salud, fortaleciendo programas e iniciativas del sector público), se considera que se ha contribuido en forma notable al fortalecimiento de las capacidades del sistema público de salud. Este fortalecimiento ha redundado de forma positiva en el conocimiento de tuberculosis y leishmaniasis por parte de la población local, en la introducción de elementos de prevención, en la mejora en la capacidad de detección, en la incidencia de ambas enfermedades, y en el tratamiento de las mismas.
5. En relación a la **viabilidad**, analizados los seis factores correspondientes (políticas de apoyo, aspectos institucionales, aspectos económicos, factores tecnológicos, factores socioculturales y factores medioambientales), se considera que se reúnen los requisitos para que los impactos favorables de la intervención se sostengan en el tiempo.

Únicamente señalar dos aspectos que se consideran relevantes:

- a) En primer lugar, se identifica como un elemento de debilidad el alto nivel de rotación del personal sanitario.
 - b) En segundo lugar, en relación a los aspectos socioculturales, aunque con la intervención se ha logrado incidir de forma muy favorable en estos factores, es necesario tener en cuenta que los cambios producidos no pueden entenderse como un elemento estático, sino que constituyen un proceso en marcha, cuya consolidación depende de un trabajo continuado y persistente en el mismo sentido que el desarrollado con la intervención.
6. En relación al *enfoque de género*, las conclusiones no pueden ser positivas. Los diferentes elementos analizados hacen concluir que existió una falta de incorporación del enfoque de género en la intervención.

6. RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones surgidas del proceso de evaluación son las siguientes:

1. Aunque entre las temáticas de las charlas de capacitación se incorporaron algunas sobre participación ciudadana, el fortalecimiento organizativo de las propias comunidades con las que se trabaja es un aspecto débil en la intervención. Se sugiere fortalecer este componente en futuras intervenciones.
2. Según lo expuesto en la conclusión nº 5.a), se identifica como un elemento de debilidad el alto nivel de rotación del personal sanitario. Se recomienda analizar en profundidad las causas de este elevado nivel de rotación, y definir estrategias para reducirlos.
3. Según lo expuesto en la conclusión nº 5.b), para prevenir que los logros obtenidos pudieran revertirse en el futuro, se recomienda un trabajo continuado y persistente en el mismo sentido que el desarrollado con la intervención.
4. Según lo expuesto en la conclusión nº 6, se recomienda definir estrategias para incorporar el enfoque de género en futuras intervenciones.
5. Según lo expuesto en la conclusión nº 1, considerando que la intervención puede ser considerada como un ejemplo de buena práctica de coordinación entre el sector público y el tercer sector, en el área de la salud, se recomienda dedicar recursos a la sistematización de la experiencia.

ANEXO I: AGENDA DEL TRABAJO DE CAMPO

Día	Actividad
Lunes 17	Entrevista al Director Provincial de Salud (Dr. Jorge Cuevas). Entrevista a la Responsable Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis (Dra. Lorena Mora).
	Reunión con el equipo técnico de la Corporación UTOPIA
Martes 18	Entrevista al Inspector Sanitario del Subcentro de Salud de Pacto (D. Luis Capelo). Entrevista con el Director del Subcentro de Salud de Pacto (Dr. Juan Carlos Aguirre).
	Análisis documental en oficinas de la Corporación UTOPIA.
Miércoles 19	Taller de evaluación con el equipo técnico de la Corporación UTOPIA.
	Entrevista a la Directora del Área de Salud nº 18 (Dra. Jeanette Ávila).
Jueves 20	Grupo focal con habitantes de la comunidad Guayabillas (25 mujeres, 15 hombres).
	Observación participante en representación de títeres en Centro escolar en Pachijal.
Viernes 21	Grupo focal con alumnas/os del Centro escolar de Pachijal.
	Grupo focal con habitantes de la comunidad de Mashpi (20 mujeres, 5 hombres).

Observaciones:

Al realizar los dos grupos focales con habitantes de las comunidades de Guayabillas y Mashpi, se tuvo la oportunidad de realizar entrevistas semiestructuradas a algunas de las personas participantes en los grupos focales. En ambos casos, una de las personas entrevistadas fue la maestra de la comunidad. Igualmente al realizar el grupo focal con alumnas/os del Centro escolar de Pachijal se tuvo la oportunidad de realizar algunas entrevistas semiestructuradas a algunas/os de las alumnas/os participantes y al maestro de la comunidad.

ANEXO II: DOCUMENTO EPIDEMIOLOGÍA DIR. PROVINCIAL DE SALUD

ANEXO III: FICHA DE EVALUACIÓN CAD

Título	Desarrollo y fortalecimiento de los programas de salud pública y prevención de tuberculosis y leishmania en el Noroccidente de Pichincha (Ecuador)	Lugar	Ecuador (Provincia de Pichincha)		
Sector	120 Salud	Subsector	12250 Control Enfermedades Infecciosas		
Tipo de evaluación	Final	Coste (€)	57.370 €		
Fecha de la intervención	01-Septiembre-2007 / 30-Septiembre-2008	Agente ejecutor	· Corporación UTOPÍA · FONTILLES	Beneficiarios	Directos: 2.000 Indirectos: 6.000
Fecha de la evaluación	Noviembre-2008 / Marzo-2009	Agente evaluador	TRELLAT Consultora Social S.L.		
Antecedentes y objetivo general de la intervención	<p>Antecedentes: El proyecto se enmarca en el PLAN DE DESARROLLO ZONAL creado en el año 2004 a partir del Proyecto financiado por la Generalitat Valenciana “Plan Estratégico de Desarrollo Local, Turismo Ecológico y Salud Integral” y los planes y programas del área de Salud de la Provincia con respecto a los programas de Tb y Leishmania. A partir del proyecto del año 2004 se crea el Comité Interinstitucional de la zona, en el que además de participar la Corporación Utopía participan y están representados los miembros de las comunidades beneficiarias. Dentro de la estrategia de salud de este Plan se contempla la intervención evaluada.</p> <p>Objetivo General: Mejorar las condiciones de salud y vida de la población de las comunidades de la Parroquia de Pacto y de las comunidades vecinas que son endémicas de enfermedades como el paludismo, leishmania y tuberculosis a través de acciones que ayuden a fortalecer los programas e iniciativas que lleva adelante el sector público para prevenir y resolver estos problemas de salud.</p>				
Metodología y herramientas	<p>Evaluación externa, con fuerte participación de los actores implicados en la intervención, como estrategia para garantizar procesos de aprendizaje. Criterios de evaluación: Pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto, viabilidad, enfoque de género. Herramientas de evaluación: Análisis documental, observación participantes, entrevistas semiestructuradas, grupos focales.</p>				

Conclusiones y recomendaciones según criterios de evaluación de la intervención (se incluirán los evaluados)	Eficacia	<p>Analizados el grado de ejecución de las actividades, el grado de cumplimiento de los resultados, y el grado de contribución al objetivo específico, se considera que se ha realizado una gestión eficaz.</p> <p>En aquellos casos en los que se han producido modificaciones respecto a la planificación inicialmente prevista, estas se han producido en un marco de ejecución flexible, que ha descartado parcialmente actividades previstas o ha incorporado nuevas actividades no previstas, que en ambos casos han resultado pertinentes para una mejor contribución al objetivo específico previsto con la intervención.</p>
	Eficiencia	<p>Los recursos se han empleado, de manera general en las actividades planificadas, ha existido una buena comunicación entre los actores implicados, y las estructuras de administración y gestión han contribuido al alcance de los resultados, por lo que se considera que la gestión ha sido eficiente.</p>
	Pertinencia	<p>La intervención se considera pertinente desde los 5 subcriterios analizados (adecuación a las prioridades del donante, adecuación a las políticas públicas del país anfitrión, adecuación a las necesidades sentidas de la población beneficiaria, coordinación con otros actores locales y/o donantes y consecuencia con las capacidades del socio local).</p> <p>En relación a la adecuación a las políticas públicas del país anfitrión, se considera relevante señalar que la intervención no sólo se adecua a las mismas, sino que se considera un ejemplo de buena práctica de coordinación entre el sector público y el tercer sector.</p>
	Impacto	<p>En relación al principal impacto previsto (mejora en la salud, fortaleciendo programas e iniciativas del sector público), se considera que se ha contribuido en forma notable al fortalecimiento de las capacidades del sistema público de salud. Este fortalecimiento ha redundado de forma positiva en el conocimiento de tuberculosis y leishmaniasis por parte de la población local, en la introducción de elementos de prevención, en la mejora en la capacidad de detección, en la incidencia de ambas enfermedades, y en el tratamiento de las mismas.</p>
	Viabilidad	<p>En relación a la viabilidad, analizados los seis factores correspondientes (políticas de apoyo, aspectos institucionales, aspectos económicos, factores tecnológicos, factores socioculturales y factores medioambientales), se considera que se reúnen los requisitos para que los impactos favorables de la intervención se sostengan en el tiempo.</p> <p>Únicamente señalar dos aspectos que se consideran relevantes:</p> <p>a) En primer lugar, se identifica como un elemento de debilidad el alto nivel de rotación del personal sanitario.</p> <p>b) En segundo lugar, en relación a los aspectos socioculturales, aunque con la intervención se ha logrado incidir de forma muy favorable en estos factores, es necesario tener en cuenta que los cambios producidos no pueden entenderse como un elemento estático, sino que constituyen un proceso en marcha, cuya consolidación depende de un trabajo continuado y persistente en el mismo sentido que el desarrollado con la intervención.</p>
	Género	<p>En relación al enfoque de género, las conclusiones no pueden ser positivas. Los diferentes elementos analizados hacen concluir que existió una falta de incorporación del enfoque de género en la intervención.</p>

Recomendaciones de carácter específico	<p>1. Aunque entre las temáticas de las charlas de capacitación se incorporaron algunas sobre participación ciudadana, el fortalecimiento organizativo de las propias comunidades con las que se trabaja es un aspecto débil en la intervención. Se sugiere fortalecer este componente en futuras intervenciones.</p> <p>2. Según lo expuesto en la conclusión nº 5.a), se identifica como un elemento de debilidad el alto nivel de rotación del personal sanitario. Se recomienda analizar en profundidad las causas de este elevado nivel de rotación, y definir estrategias para reducirlos.</p> <p>3. Según lo expuesto en la conclusión nº 5.b), para prevenir que los logros obtenidos pudieran revertirse en el futuro, se recomienda un trabajo continuado y persistente en el mismo sentido que el desarrollado con la intervención.</p> <p>4. Según lo expuesto en la conclusión nº 6, se recomienda definir estrategias para incorporar el enfoque de género en futuras intervenciones.</p> <p>5. Según lo expuesto en la conclusión nº 1, considerando que la intervención puede ser considerada como un ejemplo de buena práctica de coordinación entre el sector público y el tercer sector, en el área de la salud, se recomienda dedicar recursos a la sistematización de la experiencia.</p>
Agentes que han intervenido.	<p>Población beneficiaria Corporación UTOPIA Asociación FONTILLES Dirección Provincial de Salud de Pichincha, y distintos niveles del sistema público de salud de la provincia</p>