

EVALUACIÓN

PROYECTO

“Plan para la movilización social contra la malaria en los Departamentos de El Quiché y Alta Verapaz”. Guatemala.

Realizado por *Javier Ibáñez Martínez*
para TRELAT Consultora Social S.L



Datos de la Evaluación:

Objeto de estudio a evaluar: Proyecto "Plan para la movilización social contra la malaria en los Departamentos de El Quiché y Alta Verapaz". Guatemala.

Equipo Evaluador: TRELAT

D. Javier Ibáñez Martínez

Entidad contratante de la evaluación: FONTILLES

Fecha de campo: 14 Febrero 2011 – 18 Febrero 2011

Lista de Acrónimos.....	3
Índice de figuras y fotografías	4
1. RESUMEN EJECUTIVO	5
2. RESUMEN DEL PROYECTO	6
3. METODOLOGÍA	8
a. Marco de Evaluación y técnicas empleadas.....	8
b. Fases de la evaluación.....	10
c. Equipo de Evaluación	11
4. RESULTADOS	12
4.1. Pertinencia.....	12
4.2. Eficacia	14
4.3. Eficiencia	18
4.4. Impacto	18
4.5. Viabilidad.....	21
4.6. Alineamiento	21
4.7. Apropiación	23
4.8. Participación.....	24
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
Conclusiones	26
Recomendaciones	28
6. ANEXOS.....	29
6.1. Matriz de Planificación del Proyecto	30
6.2. Agenda del trabajo de campo	32
6.2. Documentación y bibliografía consultada.....	33
6.3. Ficha de evaluación CAD.....	34

Lista de Acrónimos

ASOCVINU	Asociación de Comadronas Vida Nueva
COCODE	Consejo Comunitario de Desarrollo
DCETV	Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores
DDT	Dicloro Difenil Tricloroetano
Estrategia IEC	Estrategia de Información, Educación y Comunicación
GAS	Grupo de Acción en Salud
GEF	Global Environment Facility
MPP	Matriz de Planificación del Proyecto
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Acción Social
OBL	Organizaciones de Base Local
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SAG	Lepra – Salud en Acción Guatemala

Índice de figuras y fotografías

Figura 1. Modelo de intervención.....	6
Figura 2. Relación entre la MPP y el Modelo de intervención.	13
Figura 3. Esquema Metodología de participación comunitaria.....	16
Figura 4. (Fotografía) Plan de Acción Comunitario de la comunidad Santa Isabel La Isla.	17
Figura 5. Evolución de las estadísticas de malaria en Ixcán.	19
Figura 6. Evolución de las estadísticas de malaria en Fray Bartolomé de las Casas.	19
Figura 7. (Gráfico) Evolución de las estadísticas de malaria en la zona de cobertura del proyecto.....	20
Figura 8. Personal capacitado en el marco de la intervención.	23

1. RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto ha contribuido a reducir los niveles de incidencia de la malaria en las comunidades de los municipios de Ixcán y Fray Bartolomé de las Casas. Las estadísticas oficiales apuntan a una reducción superior al 99% de la transmisión por Plasmodium Vivax y del 100% por Plasmodium Falciparum en la zona de cobertura del proyecto entre 2006 y 2010. Aunque resulta complejo valorar la atribución, más teniendo en cuenta que en la misma zona y en el mismo período se estaba ejecutando otro proyecto de Visión Mundial con el mismo objetivo, si hay evidencias de que la intervención ha contribuido a esta reducción de la incidencia de la malaria.

El modelo de intervención planteado, con sus cinco componentes (participación social, vigilancia entomológica y control vectorial, diagnóstico y tratamiento, cambios de comportamiento y vigilancia epidemiológica) y la apuesta por el fortalecimiento de una red institucional-comunitaria y por el fortalecimiento de las capacidades de los actores de esta red ha resultado adecuado y ha arrojado resultados positivos. Se recomienda, no obstante, un monitoreo periódico del desempeño de estos actores para detectar posibles desgastes en sus capacidades y tomar las medidas oportunas para revertirlos.

La intervención se ha alineado absolutamente con las políticas públicas, tanto en su diseño, como a en la fase de ejecución en la que se ha implementado un modelo de colaboración entre Lepra Salud en Acción, Visión Mundial y el Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio que ha generado sinergias. Este alineamiento, las capacidades generadas en las instituciones y el alto grado de apropiación de las mismas de los resultados del proyecto es, precisamente, el principal factor de viabilidad identificado.

Por último, en relación al componente de fomento de la participación social, se echa en falta la incorporación de un enfoque basado en derechos. En caso contrario, se corre el riesgo de convertir la participación comunitaria en una herramienta instrumental (que sin duda contribuye de manera eficaz a la reducción de la malaria), sin incorporar elementos de reflexión crítica que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud.

2. RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto, con una duración de 36 meses, tiene como objetivo específico "facilitar el acceso de la población de 252 comunidades indígenas en zonas rurales endémicas, a servicios de prevención, control y tratamiento de malaria". Las 252 comunidades se ubican en los municipios de Playa Grande Ixcán (Departamento de El Quiché) y Fray Bartolomé de las Casas (Departamento de Alta Verapaz).

Para ello se implementó un modelo de intervención que se recoge en la siguiente figura:

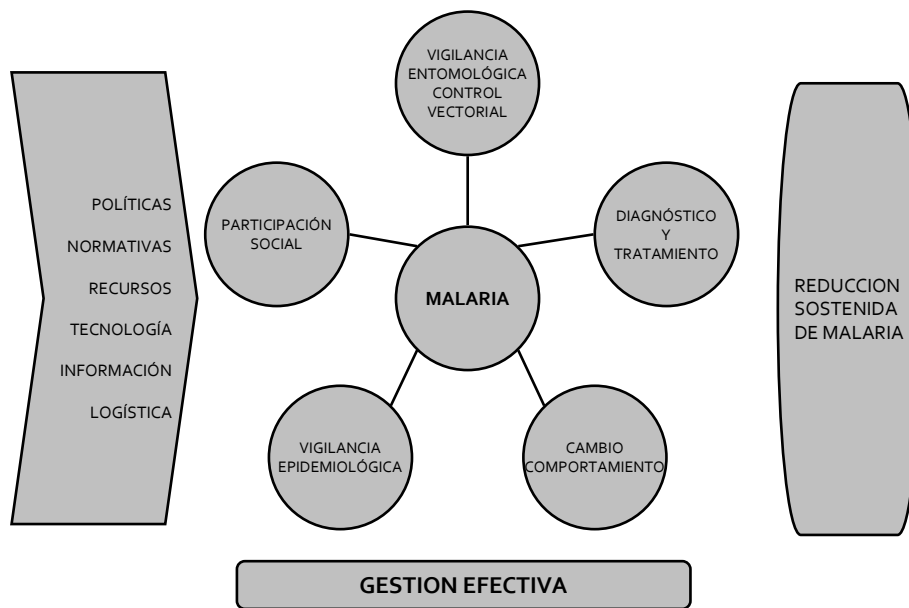


Figura 1. Modelo de intervención¹.

Con este modelo de intervención se pretende promover la organización y **participación social** activa de la sociedad civil para realizar medidas de **vigilancia entomológica y control vectorial** en sus comunidades. Se organizan grupos voluntarios en cada comunidad y se les capacita y orienta para realizar medidas tales como drenaje de criaderos de mosquitos y campañas de información comunitaria.

Se busca mejorar el **diagnóstico y tratamiento** por proveedores institucionales y comunitarios con especial énfasis en embarazadas y menores de cinco años, población altamente vulnerable. Para ello se capacita a proveedores de servicios del MSPAS y sus OBL, así como a la red comadronas tradicionales y colaboradores voluntarios de malaria, responsables de hacer diagnóstico y dar tratamiento en la comunidad.

¹ Fuente: Lepra - Salud en Acción Guatemala.

Se plantea fortalecer el sistema de información y **vigilancia epidemiológica** de los proveedores para la toma de decisiones, brindando asistencia técnica para estandarizar la recolección de información comunitaria y para tener un flujo de información efectivo.

Por último se implementan estrategias de información, educación y comunicación buscando el **cambio de comportamiento** de la población a favor de prácticas adecuadas para prevenir y tratar oportunamente la enfermedad.

3. METODOLOGÍA

a. Marco de Evaluación y técnicas empleadas

La metodología de evaluación realizada ha sido de tipo externo, con una importante participación de personal de las instituciones ejecutoras del proyecto, en este caso de FONTILES como entidad implicada en su dirección y gestión. Se trata de una evaluación final de proyecto, centrada fundamentalmente en resultados y consecución de objetivos del mismo, incluyendo apreciaciones sobre el impacto y la sostenibilidad del proyecto.

En cuanto a enfoque de evaluación, el equipo de evaluación ha planteado el proceso en base a las siguientes referencias:

- ✓ Se pretende profundizar en los determinantes reales (teoría de cambio) que condicionan el desempeño del proyecto, y no únicamente en los productos obtenidos (Evaluación orientada a la Teoría de Programa – Chen, 1990).
- ✓ Se pretende generar información de utilidad, aplicable para la mejora del programa (Evaluación enfocada al uso - Patton, 1986).
- ✓ Se dará prioridad a las necesidades de información de los actores involucrados, en especial de los más débiles en la cadena de la ayuda (Chambers, 2002).
- ✓ En la emisión de juicios de evaluación, el resultado será consecuencia de un proceso negociado con las partes interesadas (Evaluación Cuarta Generación - Guba y Lincoln, 1989)

Para la estructuración de las valoraciones se han empleado como referencia los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, más los criterios de alineamiento, apropiación y participación, interpretados del siguiente modo:

- **Eficacia**: Grado de consecución de objetivos previstos. Se valora tanto el alcance de resultados en términos de gestión de la intervención como su consecución al objetivo identificado como "específico" en la planificación del proyecto.
- **Eficiencia**: Grado de adecuación de los recursos empleados a las actividades realizadas. En este rubro, dadas las condiciones de la evaluación, se hará una valoración cualitativa de dicha adecuación, dejando a las actividades de auditoría contable el análisis exhaustivo de la correspondencia en detalle de cada uno de los gastos planificados con los ejecutados.

- **Pertinencia**: Grado de adecuación de la intervención al contexto en el que se inserta. En este rubro se considerarán conjuntamente tanto las correspondencias con las políticas públicas existentes como las necesidades actuales de la población co-partícipe del proyecto.
- **Viabilidad**: Probabilidad de extender en el tiempo los efectos positivos generados por el proyecto. En este criterio se otorgará menor importancia al efecto de retirada de la ayuda externa, priorizando la valoración de mecanismos existentes o planificados para extender los servicios del proyecto así como para acompañar, si procede, la continuidad de los procesos generados durante la ejecución del mismo o que éste ha venido a complementar.
- **Impacto**: Grado de influencia en la generación de cambios significativos en dimensiones esenciales de la calidad de vida de los co-partícipes en el proyecto. La evaluación apuntará cualitativamente los cambios detectados, así como algunos factores que son clave en la generación de los mismos.
- **Alineamiento**: Su análisis debe reflejar el compromiso de los donantes para prestar su ayuda teniendo en cuenta y participando en las estrategias de desarrollo, los sistemas de gestión y los procedimientos establecidos en los países receptores.
- **Apropiación**: Valora hasta qué punto las instituciones de los países socios ejercen un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo.
- **Participación**: El análisis de la participación se centra en la determinación de los agentes que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones.

Por otra parte los **métodos empleados** para la extracción de información han sido de **tipo cualitativo**.

En este estudio cualitativo se ha realizado una planificación, recolección y análisis de información "blanda" sobre las opiniones, percepciones, creencias y actitudes de los actores implicados en los procesos de evaluación por su vinculación directa e indirecta al proyecto. Por ello, se ha tratado de comprender los procesos, comportamientos y condiciones como las perciben los individuos o grupos estudiados.

Dicha metodología cualitativa -en este caso con fines evaluativos- ha generado datos descriptivos que no tienen ninguna representatividad estadística en sus resultados.

Las **técnicas cualitativas** que se planificaron para la evaluación son²:

- **Análisis documental**: Documentos de proyecto, informes de seguimiento y otros documentos complementarios³.

² Para una enumeración detallada de las técnicas empleadas, ver Anexo 1: Agenda del trabajo de campo.

³ Para una información más detallada, ver Anexo 2: Documentación y bibliografía consultada.

- **Entrevistas en profundidad:** Personal técnico de Fontilles, Personal técnico de Lepra-Salud en Acción Guatemala, Personal del MSPAS, Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas tradicionales, Personal ASOCVINU.

Las entrevistas cualitativas en profundidad o semi-estructuradas han seguido un modelo de una conversación entre iguales. De esta manera se dispuso de antemano de un guión de focos de información hacia los que ha orientado a la persona entrevistada a lo largo de la misma.

- **Grupos focales:** COCODEs, Grupo de Acción en Salud.

El grupo focal es una conversación colectiva con un grupo de informantes de condiciones homogéneas en un determinado factor. De igual manera que en el punto anterior sobre la entrevista en profundidad, el grupo focal es una conversación directa, abierta e informal con los integrantes del grupo o grupos de actores que se están evaluando. La diferencia radica en que las opiniones y los temas son tratados de manera grupal o colectiva, lo cual enriquece mucho la información obtenida, como consecuencia del intercambio de opiniones y la discusión de los temas. Nuevamente las sesiones se han conducido mediante la guía de pautas o temario que permite a la persona que conduce la sesión organizar la conversación de los participantes.

- **Observación participante:** Visita a 4 comunidades, visita al laboratorio de la comunidad El Naranjal, visita a criaderos de parásitos, demostración del uso de rotafolios con escolares, visita a casa de familia sintomática para la realización de la prueba diagnóstica, visita al Centro de Convergencia en el que el Equipo Básico de ASOCVINU está prestando el servicio del Programa de Extensión.

La Observación Participante es una técnica de observación donde el evaluador comparte con los actores del proyecto su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la vida cotidiana de dicho grupo desde el interior del mismo.

b. Fases de la evaluación

A continuación se detallan las fases de la evaluación:

1. Planificación

El equipo evaluador elaboró un plan de evaluación que fue aprobado por FONTILLES, la ONGD contratante.

Dicho plan de evaluación se basó en la información secundaria facilitada por FONTILLES que se corresponde con los documentos de formulación del proyecto, informes de seguimiento, justificaciones económicas y otros documentos de interés.

2. Trabajo de campo

El trabajo en terreno se llevó a cabo entre el 14 y el 18 de febrero. Durante los cuatro primeros días se trabajó en la zona de cobertura del proyecto, visitando cinco comunidades y realizando las entrevistas y grupos focales planificados. El quinto día, de regreso en Ciudad de Guatemala se aprovechó para entrevistar a la técnica de FONTILLES y realizar una devolución preliminar de resultados de la evaluación.

3. Presentación del informe final y difusión.

El borrador del informe de evaluación fue remitido a la institución contratante para realizar los reajustes necesarios y afinar el informe final en tiempo y forma.

c. Equipo de Evaluación

El equipo de evaluación ha sido constituido por:

D. Javier Ibáñez Martínez. Director de TRELAT Consultora Social. Con 15 años de experiencia en el sector de la cooperación internacional, desde 2005 se ha especializado en el ámbito de la evaluación. Como consultor de TRELAT Consultora Social ha participado en el equipo de evaluación de 30 evaluaciones, participando en el trabajo de campo de 20 de ellas. Participa habitualmente en cursos de postgrado y formación específica en Cooperación al Desarrollo y áreas afines.

A pesar de no tratarse estrictamente de una evaluación mixta, se ha contado en todo momento con personas representantes de las instituciones participantes tanto en la fase de diseño como en la puesta en práctica del proceso de evaluación. En concreto, durante el trabajo de campo se contó con el acompañamiento de la técnica de FONTILLES responsable del proyecto, D^a **Inmaculada Rodrigo**.

4. RESULTADOS

4.1. Pertinencia

Guatemala presenta una de las incidencias de la malaria más altas de las Américas, lo cual supone uno de los problemas de salud más importantes del país. Según datos de la OPS⁴ en 2006 se reportaron 31.093 casos de malaria en el país. Según datos del MSPAS, en 2005 Ixcán y Alta Verapaz son dos de las cinco áreas de mayor transmisión de malaria en el país. Las estadísticas del DCETV-MSPAS del año 2006 arrojan 1.199 casos de malaria en Ixcán y 4.232 casos en Fray Bartolomé de las Casas. La incidencia de la malaria en la zona es por tanto un problema objetivo para la población en la zona de cobertura del proyecto.

Más allá de la existencia objetiva de un problema de salud, se ha analizado si la solución de este problema es definida como prioritaria por la población beneficiaria. Aunque el hecho de preguntar con posterioridad a la intervención puede implicar un sesgo en la información obtenida, el consenso acerca de la prioridad de la lucha contra la malaria entre la población destinataria, tanto entre la entrevistada, como entre la que participó en grupos focales, es significativo. Entre los argumentos recogidos para priorizar esta problemática se señalan la incidencia de la misma sobre la población infantil (argumento manifestado especialmente por las mujeres) y la afectación de la enfermedad a los ingresos (al afectar a la posibilidad de trabajar).

En relación al diseño de la intervención lo que se ha buscado es trasladar a la matriz de planificación los elementos del modelo de intervención⁵ propuesto para la lucha contra la malaria. Así, aun no habiendo una traslación directa de cada uno de los cinco elementos sustanciales del modelo como resultados, si se recogen los distintos elementos o bien en la lógica vertical de la matriz, o bien a través de indicadores, como puede verse en la Figura 2.

De los cinco elementos del modelo de intervención, el único que no aparece reflejado explícitamente en la matriz de planificación es el de "cambio de comportamiento"; en su lugar, el segundo resultado de la matriz apunta a la existencia de conciencia social. Sin duda, la existencia de conciencia social es una condición necesaria para el cambio de comportamientos, pero no suficiente. En este sentido se considera que hubiera sido más adecuado incorporar como resultado el cambio de comportamientos (un elemento, por otra parte, más sencillo de monitorear que la existencia de conciencia social), definiendo las condiciones necesarias para que la conciencia social de lugar a cambio de comportamientos como hipótesis en la lógica vertical.

⁴ Organización Panamericana de la Salud, Proyecto de Información y Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud.

⁵ Ver Figura 1.

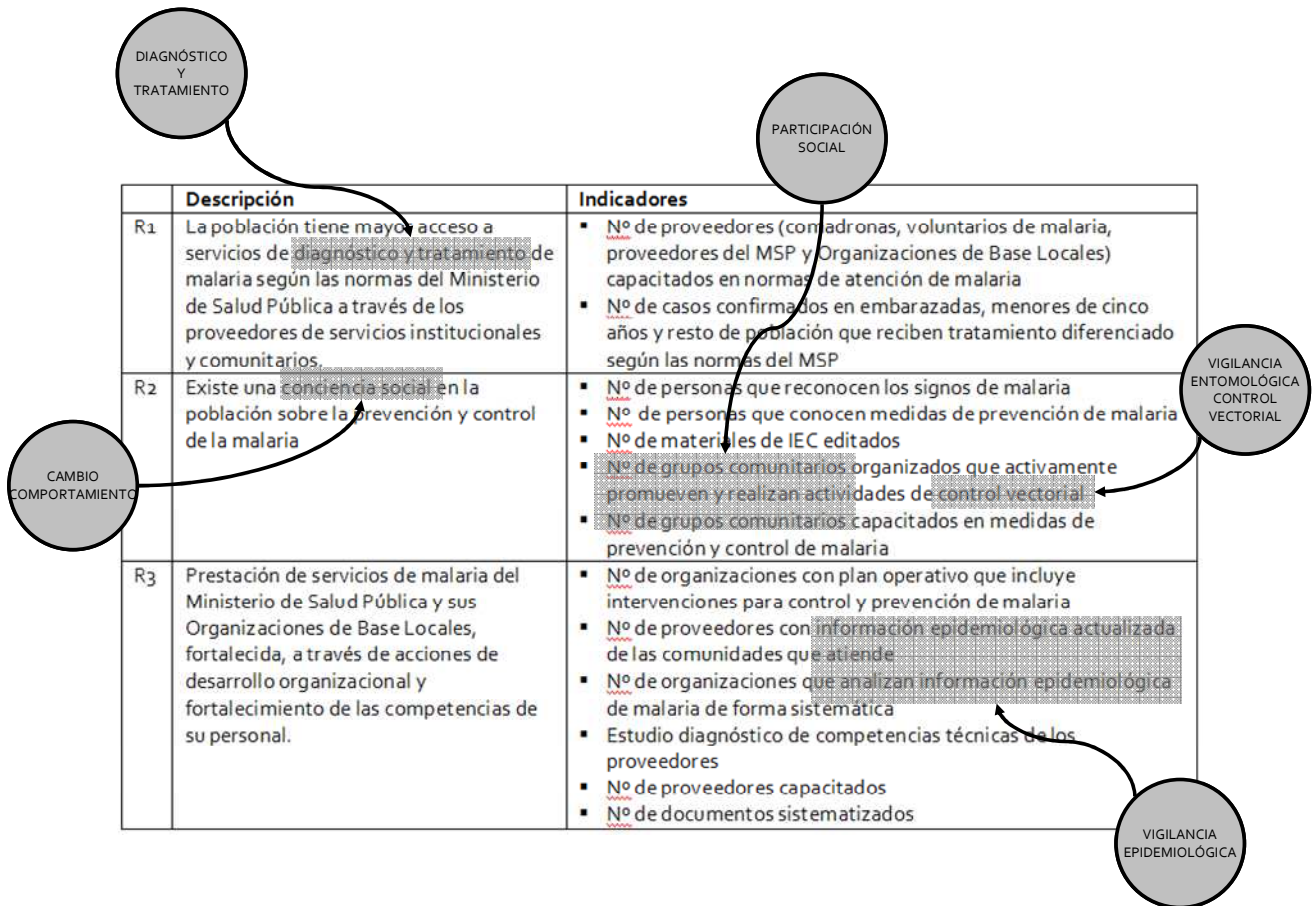


Figura 2. Relación entre la MPP y el Modelo de intervención.

Si nos atenemos a la ortodoxia del EML, no resulta adecuada la formulación del tercer resultado que incorpora en su propia definición una relación medios-fines, explicitada con el nexos "a través de...". El resultado debería haber sido definido como "Prestación de servicios de malaria del Ministerio de Salud Pública y sus OBL fortalecida". Las acciones de desarrollo organizacional y fortalecimiento de las competencias de su personal deberían ser incluidas, por tanto, en el nivel de inferior de la matriz como actividades dirigidas a conseguir el resultado planificado.

Adicionalmente, las diferencias entre el resultado 1 y el 3 son confusas, aludiendo ambos a la prestación de servicios del MSPAS, sus proveedores y OBL. El primer resultado se enfoca desde el acceso de la población a los servicios y el tercero desde el fortalecimiento de las entidades prestadoras.

En definitiva, en el nivel de resultados de la matriz de planificación se han intentado agregar elementos del modelo de intervención planteado, probablemente en un intento de simplificar la matriz reduciendo el número de resultados, pero el resultado es confuso.

Tal vez hubiera resultado menos confuso un esquema de tres resultados, vinculados a:

- Mejora en la institucionalidad vinculada a la prestación de servicios.

- Participación social y medidas de vigilancia entomológica y control vectorial.
- Cambios de comportamiento en la población beneficiaria.

Por último, cabe realizar algunas observaciones sobre los indicadores incluidos en la matriz de planificación. Por un lado, se abusa de indicadores de producto como mecanismo de medición de resultados (nº de proveedores capacitados, nº de grupos comunitarios capacitados, etc.), y se identifica una ausencia de indicadores clave de desempeño que permitan trazar de un modo más efectivo el avance del proyecto. Por otro lado, los indicadores no establecen metas específicas, ni tampoco existe información de línea de base sobre la que valorar si son alcanzables.

4.2. Eficacia

En función del análisis del diseño realizado en el punto anterior, agrupamos las valoraciones de la eficacia de la intervención en tres ejes: el primero relacionado con las mejoras en la institucionalidad vinculada a la prestación de servicios, el segundo vinculado a la participación social y las medidas de vigilancia entomológica y control vectorial y el tercero relacionado con los cambios de comportamiento en la población beneficiaria.

En relación al primer eje se puede afirmar que ha habido mejoras sustanciales en relación a la prestación de servicios de Malaria. Estas mejoras se concretan en:

- incremento en las capacidades de los actores que prestan los servicios directos
- mejora de los equipamientos de los que disponen estos actores
- mejora de los instrumentos de vigilancia epidemiológica y de su uso por parte de los actores involucrados

Durante el proyecto se ha capacitado a Colaboradores Voluntarios de Malaria (384 según los registros de SAG) en todas las comunidades, basando la currícula de las capacitaciones en las normas de atención del MSPAS. Para mejorar el diagnóstico en las mujeres embarazadas se capacitó a las comadronas tradicionales (512, registros SAG) en cuanto a la identificación de los síntomas de malaria y el seguimiento de un protocolo de atención. También se capacitó a proveedores de servicios del MPSAS (30 OBL, registros SAG) y a personal del propio MSPAS (26 enfermeras y 60 personas del DCETV, registros SAG). Estas últimas capacitaciones fueron diferenciadas entre personal directivo y personal operativo. Con el primer grupo, el énfasis se situó en liderazgo, participación comunitaria y planificación. Con el segundo grupo, el énfasis se situó en las normas y técnicas de atención a la malaria.

Además de las capacitaciones, a los Colaboradores Voluntarios de Malaria se les dotó de equipos e insumos para facilitar la toma de muestras hemáticas y la medicación de enfermos en sus comunidades. Para agilizar la devolución de los resultados de las muestras hemáticas a la población, se establecieron tres centros de microscopía en áreas periféricas a las cabeceras municipales, en áreas altamente pobladas y de alto riesgo de transmisión. El personal para atender estos centros fue asignado por el MSPAS.

Por último, en relación a este primer eje, se han conseguido notables mejoras en los instrumentos de vigilancia epidemiológica y en su utilización por parte de los actores involucrados. El esfuerzo se concentró en estandarizar la información, mejorar la calidad en la recolección de la misma y asegurar un flujo único de información desde la recolección por la fuente primaria hasta su presentación al MSPAS. Para asegurar la correcta implementación se capacitó a Colaboradores Voluntarios de Malaria, a comadronas, a OBL y a personal del MSPAS. Pudo verificarse que los distintos actores involucrados en la cadena disponen de información que les permite realizar análisis adecuados en los que basar su actuación. La desagregación de la información permite que este análisis se pueda realizar a los distintos niveles, desde cada una de las comunidades⁶ hasta los Departamentos Municipales de Control Vectorial, pasando por cada una de las OBL que prestan servicios de salud en las comunidades. Con las OBL se realizó un trabajo específico, estableciendo un vínculo con los Departamentos Municipales de Control Vectorial, y capacitando a su personal para que incorporaran el diagnóstico de malaria en embarazadas y menores de cinco años, reportando datos al Departamento de Control Vectorial. Cabe destacar que finalmente se desestimó la estrategia de georeferenciación de los casos de malaria identificados, sustituyéndose por el uso de una tecnologías más adecuada (señalización en croquis de la comunidad).

Durante la evaluación se entrevistó a Colaboradores Voluntarios de Malaria, a comadronas, a personal de las OBL y a personal del MSPAS. Todos los actores entrevistados valoraron de forma positiva las capacitaciones recibidas, su pertinencia y su adecuación al nivel educativo de los colectivos destinatarios. Todos manifestaron que están poniendo en práctica las capacidades adquiridas durante las capacitaciones y se participó en algunas demostraciones de la puesta en práctica de estas capacidades (se visitó con un Colaborador Voluntario de Malaria la casa de una familia sintomática para la realización de la prueba diagnóstica, y se visitó un Centro de Convergencia en el que el Equipo Básico de ASOCVINU estaba prestando el servicio del Programa de Extensión).

En relación al segundo eje (participación social y las medidas de vigilancia entomológica y control vectorial), se aplicó una metodología de participación comunitaria consistente en cinco etapas, que se resumen en la Figura 3. Como resultado, según los registros de SAG se integraron y capacitaron 230 Grupos de Acción en Salud que actualmente manejan información sobre los casos de malaria en su comunidad, y en base a ella elaboran su Plan de Acción Comunitario.

⁶ Los grupos organizados en cada comunidad disponen de información con ubicación individual, sexo y grupo étnico e identificación del tipo de plasmodium, que les permite monitorear el alcance de los resultados de sus planes de acción comunitarios de prevención y control de la malaria.

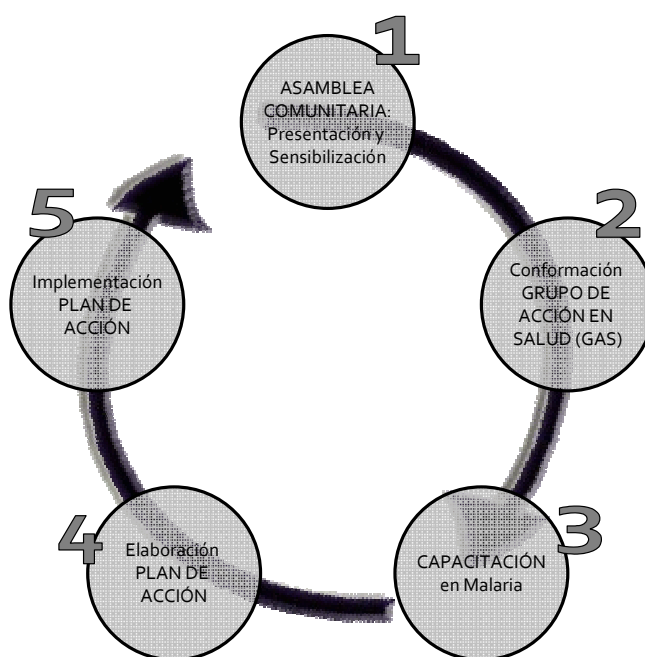


Figura 3. Esquema Metodología de participación comunitaria.

Durante la evaluación se realizaron grupos focales con tres de estos Grupos. Las actividades habituales en sus Planes de Acción Comunitario son fundamentalmente de dos tipos. De vigilancia entomológica y control vectorial, mediante el drenaje y tratamiento físico y biológico de criaderos y reservorios de vectores, y de información sobre la prevención, tratamiento y control de la malaria a otros miembros de la comunidad, y especialmente en los centros educativos. En las comunidades en las que se llevaron a cabo los grupos focales, se visitaron criaderos de vectores controlados (ríos, pozos, etc.) donde los miembros del Grupo explicaron sus labores periódicas de vigilancia y control vectorial. También se asistió en una comunidad a una demostración del uso de los materiales pedagógicos en un centro educativo.

Los Grupos monitorean la implementación de las actividades y manejan información epidemiológica de su comunidad, en base a la cual reprograman o ajustan las actividades planificadas en un ciclo de permanente mejora. Desde el proyecto, además de capacitar a los miembros del Grupo se les dotó de insumos para su trabajo (entre ellos, de mantas de vinilo con el formato de plan de acción comunitario⁷).

⁷ Ver Figura 4.



Figura 4. (Fotografía) Plan de Acción Comunitario de la comunidad Santa Isabel La Isla.

En relación al tercer eje (cambios de comportamiento en la población beneficiaria) se partió de un estudio de diagnóstico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población beneficiaria para identificar aquellas que había que reforzar. Con base en los hallazgos de este diagnóstico se elaboró una estrategia de Información, Educación y Comunicación dirigida a distintos sectores poblacionales. Para implementar esta Estrategia IEC se elaboraron distintos materiales pedagógicos (cuñas radiales, rotafolios sobre la malaria para charlas grupales, rotafolios sobre la malaria en el embarazo, rotafolios sobre la malaria de escritorio para los proveedores de servicios, un calendario anual con una ruta crítica de la malaria en el embarazo) e incorporó distintas actuaciones en función de la población meta (población general, grupos considerados como agentes de cambio como estudiantes y docentes, Colaboradores Voluntarios de Malaria y comadronas tradicionales, etc.

Según la información facilitada por SAG en base al monitoreo permanente en las comunidades en las que ha operado el proyecto, entre un 70 y un 80% de la población de las comunidades reconoce los síntomas de la malaria y conocen medidas para su prevención. Durante la evaluación no se pudo realizar un análisis que permita corroborar estos datos, sin embargo si se puede afirmar que todas las personas con las que se tuvo interacción tenían un elevado nivel de conocimiento sobre estos aspectos, por lo que los datos facilitados por SAG parecen razonables.

En definitiva, las acciones planificadas se han llevado a cabo y los resultados esperados se han alcanzado, trabajando en los cinco elementos que configuran el modelo de intervención definido para la intervención. Se ha propiciado la participación social, vinculándola a acciones de vigilancia entomológica y de sensibilización social, se han mejorado los servicios de tratamiento y diagnóstico fortaleciendo una red

institucional-comunitaria integrada por Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas Tradicionales, Grupos de Acción en Salud, proveedores de servicios de OBL, Puestos y Centros de Salud y personal directivo y operativo del DCETV, capacitando a todos los actores de esta red y mejorando sus equipamientos, se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica lo que facilita la adecuación y la focalización de las estrategias de lucha contra la malaria, y se ha coadyuvado a un mejor conocimiento de la población sobre la prevención y el control de la malaria, con evidencias de cambios de comportamiento en la misma.

4.3. Eficiencia

En líneas generales se respetaron los cronogramas inicialmente planificados. En relación a la ejecución presupuestaria, el equipo evaluador ha tenido acceso al informe de justificación económica del proyecto y no se aprecian desviaciones sustanciales respecto a la planificación presupuestaria.

Conviene resaltar, como uno de los principales elementos que contribuyen a la eficiencia de la intervención, los esfuerzos de colaboración institucional desplegados tanto por SAG y el MSPAS, y específicamente con el DCETV, como con la organización Visión Mundial que, como se menciona en posteriores puntos de este informe, venía ejecutando otro proyecto de lucha contra la malaria en el mismo periodo y zona de cobertura. Con frecuencia, el solapamiento de intervenciones en el tiempo y el espacio con recursos de la cooperación internacional suele llevar aparejadas disfunciones, duplicidades y, en general ineficiencias. En este caso, sin embargo, los actores involucrados han coincidido en señalar como un elemento positivo los esfuerzos de coordinación, bajo el liderazgo efectivo del DCETV lo que les ha permitido una correcta asignación de recursos, generando sinergias que finalmente contribuyen a la eficiencia de todas las intervenciones.

4.4. Impacto

El principal impacto esperado de un "Plan para la movilización social contra la Malaria" es sin duda la reducción de la incidencia de la malaria. En ese sentido, los datos objetivos son incontestables. La reducción de casos de malaria en la zona de cobertura del proyecto es innegable, como se puede ver en las figuras 5 y 6.

AÑO	POBLACIÓN	MH	%V ⁸	%F ⁹	%M ¹⁰	TOTAL CASOS	IPA ¹¹	ILP ¹²	IAES ¹³
2006	74.570	9.020	97	3	0,08	1.199	16,08	13,29	12,10
2007	80.702	8.657	99	1	0	563	6,98	6,50	10,73
2008	81.239	10.913	99	1	0	198	2,44	1,81	13,43
2009	85.797	11.450	100	0	0	79	0,92	0,69	13,35
2010	91.139	14.443	100	0	0	24	0,25	0,16	15,85

Figura 5. Evolución de las estadísticas de malaria en Ixcán.

Según la información facilitada por el DCETV en el municipio de Ixcán (Departamento de El Quiché), a final del año 2010 sólo 3 mujeres embarazadas resultaron positivas, y ningún niño menor de cinco años. De las 152 comunidades que al inicio del proyecto estaban en alto riesgo de transmisión, sólo 1 continúa en alto riesgo, 16 se encuentran en mediano riesgo y el resto se encuentra en bajo riesgo de transmisión.

AÑO	POBLACIÓN	MH	%V	%F	%M	TOTAL CASOS	IPA	ILP	IAES
2006	48.258	14.643	95	5	0	4.232	87,70	28,90	29,74
2007	48.500	10.581	99	1	0	1.608	33,15	15,20	21,82
2008	49.815	11.682	98	1	1	104	2,09	0,89	23,45
2009	54.690	7.691	100	0	0	35	0,64	0,46	14,06
2010	54.860	9.636	100	0	0	9	1,75	1,00	17,53

Figura 6. Evolución de las estadísticas de malaria en Fray Bartolomé de las Casas.

En el caso del municipio de Fray Bartolomé de las Casas (Departamento de Alta Verapaz) durante el 2010 no se reportó ningún caso positivo en mujeres embarazadas ni en menores de cinco años. Las 45 comunidades que al inicio del proyecto se encontraban en alto riesgo de transmisión, se encuentran al finalizar el proyecto en bajo riesgo de transmisión.

⁸ Plasmodium vivax.

⁹ Plasmodium falciparum.

¹⁰ Plasmodium asociados.

¹¹ Incidencia Parasitaria Anual. Se determina dividiendo el número de casos de malaria diagnosticados (gota gruesa) en un año, entre el número total de habitantes de la localidad, multiplicado por 1.000.

¹² Índice de Láminas Positivas. Se calcula dividiendo el número de láminas positivas a malaria, entre el total de muestras examinadas, por 100.

¹³ Índice Anual de Exámenes de Sangre. Se determina dividiendo el total de muestras examinadas para el diagnóstico, entre el total de habitantes de la localidad, multiplicando el resultado por 100.

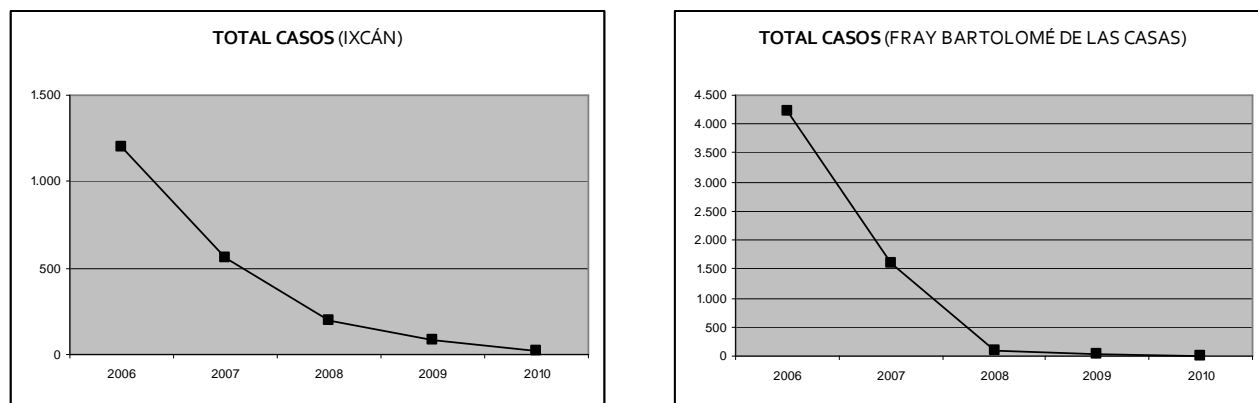


Figura 7. (Gráfico) Evolución de las estadísticas de malaria en la zona de cobertura del proyecto.

Resulta complejo, sin embargo, obtener conclusiones sobre la posible atribución al proyecto evaluado de la reducción de los casos de malaria en la zona de cobertura del proyecto. Durante la evaluación se pudo contrastar que la intervención evaluada coincidió en tiempo y solapó cobertura, al menos con un proyecto¹⁴ de la organización Visión Mundial implementado con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. El proyecto de Visión Mundial, con el que se mantuvo una estrecha coordinación, contemplaba acciones similares a las del proyecto evaluado (capacitación de facilitadores comunitarios, capacitación de proveedores de servicios comunitarios, apertura de centros de microscopía periférica) y otro tipo de acciones (durante los tres primeros años se distribuyeron cerca de 430.000 pabellones impregnados para la protección de los lugares de descanso).

Es innegable que la acción del DECTV ha contribuido a reducir significativamente la incidencia de la malaria en la zona de cobertura del proyecto, y que para ello ha contado con el apoyo de recursos brindados por la cooperación internacional, tanto a través del proyecto evaluado como a través del proyecto de Visión Mundial. Analizar la atribución del impacto a cada uno de los actores es imposible al no haberse definido un marco de evaluación experimental que hubiera viabilizado esta posibilidad.

La conveniencia de una posibilidad en este sentido hubiera tenido interés, no tanto para analizar la atribución del impacto a cada uno de los organismos financiadores, sino para valorar la pertinencia de las distintas estrategias puestas en marcha, independientemente de con cargo a quién se financiara cada una, obteniendo aprendizajes que mejoraran futuras intervenciones.

La estrategia combinada desplegada desde la DECTV con los apoyos mencionados ha logrado reducir drásticamente la incidencia de la malaria, pero resulta imposible discernir en qué medida se debe al uso de pabellones o a las labores de vigilancia entomológica y control vectorial, por poner sólo dos ejemplos.

¹⁴ Fase II de la Iniciativa multisectorial para reducir la malaria en 5 áreas prioritarias de Guatemala. Esta segunda fase tuvo como período de ejecución septiembre de 2007-31 de agosto de 2010, y su cobertura geográfica abarcaba Alta Verapaz, Ixcán, Petén Norte, Petén Sur Occidente y Petén Sur Oriente.

4.5. Viabilidad

Por la metodología de intervención empleada, la principal apuesta de la intervención fue la consolidación de una red institucional-comunitaria que incorporara a todos los actores implicables en la lucha contra la malaria y el fortalecimiento de las capacidades de todos estos actores con acciones formativas dirigidas a facilitar los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para desempeñar correctamente sus funciones en esa red institucional-comunitaria.

Ha evidencias de que se ha fortalecido la mencionada red, y que los distintos actores han asumido las capacidades necesarias para desempeñar sus respectivos roles en la misma. En lo sustantivo, estas capacidades permanecerán en el tiempo, lo que supone el principal elemento de viabilidad de la intervención. No obstante, la experiencia también apunta a que el tiempo desgasta en parte las capacidades adquiridas, algo en lo que pueden influir distintos factores: desmotivación, pérdida de capacidades, proyectos migratorios de las personas capacitadas. Sería recomendable, por tanto, un monitoreo periódico del desempeño de los distintos actores implicados, para detectar estos posibles desgastes y tomar medidas oportunas para revertirlos.

En menor medida, se han facilitado insumos a los distintos actores implicados. Es el caso de los equipos e insumos suministrados a los Colaboradores Voluntarios de Malaria para facilitar la toma de muestras hemáticas y la medicación de enfermos en sus comunidades, o la dotación de centros de microscopía en áreas periféricas. El suministro de insumos a los CVM no es excesivamente costoso y debería ser asumido por el MSPAS. En cuanto a la dotación de los centros de microscopía, el MSPAS ha asumido el personal para atender estos centros, lo que supone el principal coste para su mantenimiento, y los posibles gastos por pequeñas reparaciones de los equipos tampoco suponen un coste excesivo.

En definitiva, se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional de los distintos actores implicados en la lucha contra la malaria, con una metodología que facilita la sostenibilidad en el tiempo de los efectos conseguidos, por su reducida dependencia de recursos económicos para su mantenimiento.

4.6. Alineamiento

El *Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos 2008-2012* incorpora como uno de sus principales desafíos institucionales la reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas

por vectores¹⁵. El MSPAS mantiene un Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores que contempla seis subprogramas, uno de ellos el de Malaria. Los objetivos de este subprograma hasta 2010 eran los siguientes:

- Reducir el número de casos de malaria por P.Vivax en un 70% para el año 2010 y eliminar la transmisión de P.Falciparum.
- Vigilancia epidemiológica en las comunidades para detectar cambios en las tendencias para prevenir y controlar la enfermedad.
- Evaluar la incidencia de la enfermedad.
- Identificación de brotes.
- Monitoreo de intervenciones para el Control de la enfermedad.
- Estratificación de las localidades por riesgo.

El nivel de alineamiento del diseño de la intervención con este subprograma es por tanto completo. Se buscaba la reducción de los casos de malaria (consiguiéndose según los datos estadísticos del MSPAS¹⁶ la reducción de los casos de malaria por P.Vivax en la zona de cobertura del proyecto entre 2006 y 2010 en más del 99% y eliminando la transmisión del P.Falciparum). Se buscaba fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica estandarizando la información, mejorando la calidad en su recolección, asegurando un flujo único desde la fuente primaria hasta el MSPAS y capacitando a los distintos actores de la cadena para su análisis. Y se ha trabajado en la estratificación de las localidades por riesgo (consiguiendo reducir de forma notable el número de comunidades en riesgo alto).

Cabe señalar que el Gobierno de Guatemala definió en 2005 unos lineamientos para la acción de la cooperación internacional en el país, y que en las prioridades recogidas en los mismos se recogían las políticas de salud.

La intervención apostaba con claridad por el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones locales, fortaleciendo una red institucional-comunitaria integrada por Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas Tradicionales, Grupos de Acción en Salud, proveedores de servicios de OBL, Puestos y Centros de Salud y personal directivo y operativo del DCETV. Esta apuesta se tradujo en la capacitación para el desarrollo de competencias de todos los actores de esta red institucional-comunitaria, alcanzándose un total de 1.012 personas capacitadas según los registros de SAG¹⁷.

¹⁵ Pág. 21.

¹⁶ Ver Figuras 5 y 6.

¹⁷ Ver Figura 8.

Durante la evaluación se entrevistó a actores de todos los grupos mencionados. Todos ellos manifestaron que las capacitaciones recibidas han servido para mejorar sus capacidades y que ahora disponen de mejores conocimientos y herramientas para desempeñar su labor en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria.

	DCETV	Enfermeras¹⁸	OBL	CVM	Comadronas	Total
Ixcán	25	14	16	330	387	772
Fray Barolomé	35	12	14	54	125	240
TOTAL	60	26	30	384	512	1.012

Figura 8. Personal capacitado en el marco de la intervención.

En las entrevistas realizadas con personal directivo de las áreas de salud en las que se implementó el proyecto, también se valoró de forma positiva el esfuerzo realizado con las capacitaciones, que a su juicio han contribuido de manera significativa a mejorar las capacidades de los distintos actores para la prevención, el diagnóstico y el adecuado tratamiento de la malaria, y a mejorar los sistemas de información epidemiológica, lo que les permite definir estrategias de intervención de manera más adecuada.

4.7. Apropiación

Las autoridades locales del MPSAS destacaron durante la evaluación que la intervención se ha coordinado desde sus etapas iniciales con el Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores. Tal y como se ha mencionado al analizar el impacto, coincidió en tiempo y solapó cobertura con un proyecto de la organización Visión Mundial implementado con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los responsables del DCETV manifestaron que se definió una estructura de coordinación con responsables del propio DCETV, responsables del proyecto evaluado, y responsables del proyecto de Visión Mundial, y que este espacio de coordinación liderado por el DCETV se han definido prioridades y actuaciones para evitar solapamientos y buscar sinergias.

En buena medida, los aportes del proyecto evaluado, como los del proyecto de Visión Mundial, han venido a reforzar el programa de actuación del DCETV. Con los recursos de estos proyectos se ha capacitado a los actores con los que trabaja el DCETV, se han generado materiales pedagógicos para ser utilizados en las capacitaciones y en las campañas de comunicación para la prevención de la malaria, se ha equipado a los

¹⁸ Enfermeras que se desempeñan en Puestos y Centros de Salud.

actores con los que trabaja el DCETV, y se han establecido centros de microscopía en áreas periféricas, que pasan a formar parte de la red del MSPAS.

En definitiva, los responsables del DCETV perciben que la intervención ha venido a reforzar su propio plan de actuación, y que ha reforzado con los recursos de la cooperación internacional las intervenciones de ese plan de actuación y las capacidades de los actores involucrados en el mismo, por lo que el nivel de apropiación es máximo.

4.8. Participación

Como se ha mencionado, la intervención apostaba por el fortalecimiento de una red institucional-comunitaria integrada por Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas Tradicionales, Grupos de Acción en Salud, proveedores de servicios de OBL, Puestos y Centros de Salud y personal directivo y operativo del DCETV.

En ese contexto, la población beneficiaria tenía un rol activo en la intervención. Por un lado, a través de las figuras de los Colaboradores Voluntarios de Malaria y las Comadronas Tradicionales, como miembros de las comunidades a las que se ha dirigido el proyecto, y por otro lado a través de los Grupos de Acción en Salud, como expresión organizada de las propias comunidades.

Con los Grupos de Acción Comunitaria, como ya se ha explicado, se trabajó con una metodología de participación comunitaria en cinco fases. En una primera fase se convocaba a una asamblea comunitaria a través de los COCODE en la que se presentaba la situación sobre la malaria y se trabajaba la sensibilización sobre esta problemática. En una segunda fase, se conformaba el Grupo de Acción en Salud, que era capacitado en una tercera fase. En la cuarta fase se acompañaba al Grupo en la elaboración un de Plan de Acción Comunitario, y en una quinta fase se ponía en marcha el Plan de Acción diseñado.

Durante la evaluación se realizaron tres grupos focales con Grupos de Acción en Salud¹⁹. En todos los casos se evidencia que las personas que componen el Grupo han incrementado sus conocimientos sobre la malaria, y que tienen un alto grado de compromiso por trabajar en su erradicación. Los tres grupos mostraron sus Planes de Acción Comunitarios, en los que se incluyen acciones de control vectorial y de sensibilización social. Con dos de los grupos se visitaron algunos de los criaderos y reservorios de vectores en los que realizan labores de vigilancia entomológica, y se explicó en terreno en qué consisten estas labores. Con uno de los grupos se visitó un centro educativo en el que se hizo una demostración del uso de los materiales pedagógicos elaborados en el marco del proyecto con los escolares.

¹⁹ En algunos casos, las funciones del Grupo de Acción en Salud eran asumidas directamente por el COCODE.

Hay evidencias suficientes, por tanto, de que los Grupos de Acción en Salud han mejorado sus capacidades, que el nivel de apropiación de las herramientas facilitadas por el proyecto es alto, y que su nivel de compromiso con la erradicación de la malaria es notable.

En líneas generales, la valoración que los miembros de los Grupos de Acción en Salud hacen del proyecto y del rol que han asumido en él es positiva. Del proyecto, fundamentalmente porque los resultados del mismo son evidentes, en relación a la drástica disminución de la incidencia de la malaria, y sus comunidades son las principales beneficiarias de este impacto²⁰ positivo. De su rol en el proyecto, porque sienten que han sido en cierta medida protagonistas del mismo y sus acciones han contribuido a reducir la incidencia de la malaria.

Sin embargo, se echa en falta en el proyecto, y específicamente en relación a las acciones realizadas directamente con la población destinataria, de un enfoque basado en derechos. De la información recabada en las entrevistas y grupos focales realizados con la población beneficiaria se deriva que las capacitaciones abordaban directamente la problemática de la malaria, sus síntomas, diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas. Las capacitaciones no contextualizaban esta problemática en un marco más amplio sobre la situación de la salud en el país o en la zona de cobertura de la intervención, ni incorporaban ningún elemento relativo al derecho a la salud. En este sentido se corre el riesgo de convertir la participación comunitaria en una herramienta instrumental (que sin duda ha contribuido de manera eficaz a la reducción de la malaria en la zona), sin incorporar elementos de reflexión crítica que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas de salud orientadas a garantizar el mencionado derecho a la salud.

²⁰ Aunque al analizar el impacto, abríamos un cuestionamiento sobre la atribución del mismo a la intervención evaluada, evidentemente este cuestionamiento no está presente en las valoraciones de la población beneficiaria, que ni siquiera distingue con claridad sobre las distintas intervenciones, y valora en conjunto las acciones llevadas a cabo para la lucha contra la malaria y los resultados globales de las mismas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El informe de evaluación ha permitido la generación de conclusiones referidas a cada uno de los criterios de evaluación analizados.

A continuación se exponen los principales hallazgos de la evaluación:

1. La intervención resulta **PERTINENTE** por corresponderse con una necesidad de la población beneficiaria que, además, es percibida por ésta como prioritaria. El diseño de la intervención recoge los elementos del modelo de intervención propuesto para la misma, elementos cuya pertinencia ha sido contrastada por experiencias previas en la región. En relación al diseño, se abusa de indicadores de producto frente a la ausencia de indicadores clave de desempeño que permitan trazar de un modo más efectivo el avance del proyecto.
2. El análisis de **EFICACIA** de la intervención concluye que los **resultados planificados coinciden con lo efectivamente realizado en terreno**, trabajando en los cinco elementos que configuran el modelo de intervención definido para la intervención: se ha propiciado la participación social, vinculándola a acciones de vigilancia entomológica y de sensibilización social, se han mejorado los servicios de tratamiento y diagnóstico fortaleciendo una red institucional-comunitaria integrada por Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas Tradicionales, Grupos de Acción en Salud, proveedores de servicios de OBL, Puestos y Centros de Salud y personal directivo y operativo del DCETV, capacitando a todos los actores de esta red y mejorando sus equipamientos, se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica lo que facilita la adecuación y la focalización de las estrategias de lucha contra la malaria, y se ha coadyuvado a un mejor conocimiento de la población sobre la prevención y el control de la malaria, con evidencias de cambios de comportamiento en la misma.
3. La gestión de la intervención ha resultado **EFICIENTE**. En líneas generales se respetaron los cronogramas planificados y no se han producido desviaciones sustanciales en la ejecución presupuestaria. Uno de los principales elementos que contribuyeron a la eficiencia de la intervención ha resultado la colaboración institucional entre Lepra-Salud en Acción y el Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio, así como con Visión Mundial que ejecutó otro proyecto de lucha contra la malaria en el mismo periodo y zona de cobertura.
4. En relación al análisis de **IMPACTO**, la reducción de la incidencia de la malaria en la zona de cobertura de la intervención es drástica (entre 2006 y 2010 reducción en más del 99% de casos por

P.Vivax y eliminación por P.Falciparum). Resulta complejo, sin embargo, obtener conclusiones sobre la posible atribución de este impacto al proyecto. La acción del DECTV ha contribuido a reducir significativamente la incidencia de la malaria en la zona de cobertura del proyecto, y para ello ha contado con el apoyo de la cooperación internacional. Analizar la atribución del impacto a cada uno de los actores es imposible al no haberse definido un marco de evaluación experimental que hubiera viabilizado esta posibilidad, algo que hubiera resultado de interés para valorar la pertinencia de las distintas estrategias puestas en marcha, independientemente de con cargo a quién se financiara cada una.

5. El principal elemento de **VIABILIDAD** es la apuesta de la intervención por el fortalecimiento de una red institucional-comunitaria que incorporara a todos los actores implicables en la lucha contra la malaria y el fortalecimiento de las capacidades de todos estos actores con acciones formativas dirigidas a facilitar los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para desempeñar correctamente sus funciones en esa red.
6. La intervención se **ALINEA** completamente con la política pública de salud, y en concreto con el Subprograma Malaria del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores del MSPAS. La intervención ha fortalecido las capacidades de las instituciones locales para el desarrollo de sus políticas de salud.
7. El nivel de **APROPIACIÓN** de la intervención desde su concepción, de su gestión y de los resultados de la misma es máximo. Los responsables del DCETV afirman que la intervención ha venido a reforzar su propio plan de actuación, y que ha reforzado con los recursos de la cooperación internacional las intervenciones de ese plan de actuación y las capacidades de los actores involucrados en el mismo.
8. En relación al análisis de la **PARTICIPACIÓN**, la población beneficiaria ha tenido un rol activo en el marco de la red institucional-comunitaria fortalecida con el proyecto, específicamente a través de los Grupos de Acción en Salud en cada comunidad. Con la intervención se han mejorado las capacidades de los Grupos, se han apropiado de las herramientas facilitadas y si nivel de compromiso con la erradicación de la malaria es notable. Sin embargo, se echa en falta en el proyecto, y específicamente en relación a las acciones realizadas directamente con la población destinataria, de un enfoque basado en derechos. En este sentido se corre el riesgo de convertir la participación comunitaria en una herramienta instrumental, sin incorporar elementos de reflexión crítica que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud.

Recomendaciones

A continuación se listan una serie de recomendaciones directamente relacionadas con los hallazgos de la evaluación:

1. En relación al diseño, para futuras intervenciones se sugiere incluir un diseño integrado de indicadores, especialmente en lo relativo a resultados de desarrollo, de forma que pueda construirse a partir de él un plan de monitoreo y evaluación con capacidad real de identificar los cambios producidos durante la ejecución del proyecto, y en su caso, apuntar a la contribución que éste ha generado.
2. En relación al componente de fomento de la participación social, para futuras intervenciones se recomienda incorporar un enfoque de derechos, incorporando en las capacitaciones contenidos relacionados con el derecho a la salud y elementos de reflexión que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas de salud orientadas a garantizar el mencionado derecho a la salud.
3. Considerando que con la intervención se ha fortalecido una red institucional-comunitaria y que los distintos actores han adquirido las capacidades necesarias para desempeñar sus respectivos roles en la misma, se recomienda un monitoreo periódico del desempeño de estos actores para detectar posibles desgastes en sus capacidades y tomar las medidas oportunas para revertirlos.

6. ANEXOS

6.1. Matriz de Planificación del Proyecto

	Resumen descriptivo	Indicadores	Fuentes de verificación	Hipótesis
O.G.	Mejora en la salud de las comunidades indígenas a través del acceso a los servicios de salud primarios	Calidad y cobertura de servicios de salud para las comunidades indígenas rurales Indicadores de salud en las comunidades indígenas	Registros del Sistema Nacional de Información Gerencial de Salud Registros del sistema de información de los sub-programas de salud en el ámbito local	Proveedor de servicios de salud y MSP prestan los servicios de salud oportunamente Estabilidad y disposición política antes y después de los períodos electorales y cambios de gobiernos
O.E.	Facilitar el acceso de la población de 252 comunidades indígenas en zonas rurales endémicas, a servicios de prevención, control y tratamiento de malaria.	Nº de casos confirmados de malaria que reciben tratamiento Nº de comunidades estratificadas en riesgo	Registros del Sistema Nacional de Información Gerencial de Salud Registros del sistema de información del sub-programa de malaria en el ámbito local	El MSP provee oportunamente todos los recursos humanos, financieros y materiales presupuestados para el programa de malaria a nivel local
RES	R1: La población tiene mayor acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria según las normas del Ministerio de Salud Pública a través de los proveedores de servicios institucionales y comunitarios R2: Existe una conciencia social en la población sobre la prevención y control de la malaria R3: Prestación de servicios de malaria del Ministerio de Salud Pública y sus Organizaciones de Base Locales, fortalecida, a través de acciones de desarrollo organizacional y fortalecimiento de las competencias de su personal	Nº de proveedores (comadronas, voluntarios de malaria, proveedores del MSP y Organizaciones de Base Locales) capacitados en normas de atención de malaria Nº de casos confirmados en embarazadas, menores de cinco años y resto de población que reciben tratamiento diferenciado según las normas del MSP Nº de personas que reconocen los signos de malaria Nº de personas que conocen medidas de prevención de malaria Nº de materiales de IEC editados Nº de grupos comunitarios organizados que activamente promueven y realizan actividades de control vectorial Nº de grupos comunitarios capacitados en medidas de prevención y control de malaria Nº de organizaciones con plan operativo que incluye intervenciones para control y prevención de malaria Nº de proveedores con información epidemiológica actualizada de las comunidades que atiende Nº de organizaciones que analizan información epidemiológica	Listados de participantes a eventos de capacitación Informe de Línea de Base Informe de Evaluación final Sistema nacional de Información Gerencial de Salud Información del sub-programa de malaria en el ámbito local Materiales de IEC editados Informe Línea basal Informe Evaluación final Listados de integrantes de grupos organizados Actas de integración de grupos organizados Listado de participantes en eventos de capacitación Sistema nacional de Información Gerencial de Salud Información del sub-programa de malaria en el ámbito local	Laboratorios del MSP equipados y funcionando El MSP provee insumos al Programa de Malaria de forma local y oportuna La migración de proveedores comunitarios voluntarios no afecta a la continuidad de las actividades Respaldo técnico normativo del MSP a través de políticas y normas vigentes Los miembros de la comunidad tienen disposición para colaborar de forma voluntaria Permanencia de los prestadores de servicios del MSP y de las Organizaciones de Base Locales Poca rotación del personal contratado por las

		de malaria de forma sistemática Estudio diagnóstico de competencias técnicas de los proveedores Nº de proveedores capacitados Nº de documentos sistematizados	Informe de estudio diagnóstico Documentos sistematizados	Organizaciones de Base Locales
--	--	--	---	--------------------------------

6.2. Agenda del trabajo de campo

Fecha	Instrumento	Observaciones
14/feb	Entrevista grupal. Coordinación Salud en Acción.	Dra. Xmucané Morales Dr. Walter López
	Visita Dirección Área Salud Alta Verapaz	
	- Entrevista: Coordinador Departamental Vectores - Entrevista: Director Área Salud	
15/feb	Entrevista: Técnico Salud en Acción (Alta Verapaz)	
	Visita a Comunidad "El Naranjal"	
	- Grupo focal: COCODE ampliado - Entrevista: Colaboradora Voluntaria de Malaria - Observación: Laboratorio	
	Visita a Comunidad "Santa Isabel la Isla"	
	- Grupo focal: COCODE ampliado - Entrevista: Comadrona Tradicional - Entrevista: Colaboradora Voluntaria de Malaria - Observación: Criaderos de parásitos (río, pozo) - Observación: Demostración uso rotafolio con escolares	
	Reunión evaluación	Director Distrito de salud (FBC) Enfermera jefe Distrito de Salud (FBC) Representante ADEMAQK Equipo de Vectores: - Coordinador Departamental - Coordinador Distrital - Jefe de Zona - Promotor - 2 Técnicos de campo
16/feb	Entrevista Grupal. ASOCVINU	Presidenta Coordinador Programa Extensión de Cobertura
	Entrevista: Coordinador Municipal Programa Vectores	D. Gonzalo Solís
	Visita a Comunidad "Atenas"	
	- Grupo focal: Grupo de Acción en Salud - Entrevista: Colaborador Voluntario de Malaria - Entrevista: Comadrona Tradicional - Observación: Criaderos parásitos	
17/feb	Visita a Comunidad "San Antonio"	
	- Grupo focal: Grupo de Acción en Salud - Entrevista: Colaborador Voluntario de Malaria - Observación participante: Visita a casa de familia sintomática para la realización de la prueba diagnóstica.	
	Visita a Comunidad "Atlántida"	
	- Observación participante: Visita al Centro de Convergencia en el que el Equipo Básico de ASOCVINU está prestando el servicio del Programa de Extensión.	
	Entrevista: Técnico Salud en Acción (Ixcán)	
18/feb	Entrevista Técnica FONTILES Devolución preliminar de resultados.	

6.2. Documentación y bibliografía consultada

Documentación vinculada al proyecto

1. **Formulario de identificación del proyecto.** FONTILLES.
2. **Documento de formulación del proyecto.** FONTILLES.
3. **Informe final del proyecto.** FONTILLES.
4. **Informe de valoración final del proyecto.** Salud en Acción – Guatemala
5. **Línea de base. Estudio realizado para el proyecto "Movilización social para el control de Malaria".** Salud en Acción – Guatemala
6. **Estadísticas sobre malaria. Ixcán.** MSPAS- DCETV.
7. **Estadísticas sobre malaria. Fray Bartolomé de las Casas.** MSPAS- DCETV.

Otra documentación consultada

8. **Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos 2008-2012.** MSPAS. Gobierno de Guatemala.
9. **Guía para la implementación y demostración de alternativas sostenibles de control integrado de la malaria en México y América Central.** Proyecto DDT/GEF. 2004.
10. **Política de Cooperación Internacional de Guatemala.** SEGEPLAN. 2005.
11. **Estadísticas del Proyecto de Información y Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud.** Organización Panamericana de la Salud.

6.3. Ficha de evaluación CAD

Título	Plan para la movilización social contra la malaria en los Departamentos de El Quiché y Alta Verapaz	Lugar	Guatemala (Dptos. Alta Verapaz y El Quiché)		
Sector	122 Salud básica	Subsector	12250 Control Enfermedades Infecciosas		
Tipo de evaluación	Final	Coste (€)	498.612,67 €		
Fecha de la intervención	01/01/2008 - 31/12/2010	Agente ejecutor	Lepra-Salud en Acción Guatemala	Beneficiarios	Población indígena de 252 comunidades en los municipios de Ixcán y Fray Bartolomé de las Casas.
Fecha de la evaluación	Febrero – Mayo 2011	Agente evaluador	TRELAT Consultora Social S.L.		
Antecedentes y objetivo general de la intervención	<p>Antecedentes: Hasta la fecha, LEPRAS Salud en Acción había desarrollado, implementado y validado de forma experimental un modelo de intervención en 51 localidades de alto riesgo del municipio de Ixcán en Guatemala. Con la presente intervención se pretendía extender este modelo al resto de las comunidades del municipio de Ixcán y a otro municipio (Fray Bartolomé de las Casas) de alta endemicidad de la región.</p> <p>Objetivo General: Mejora en la salud de las comunidades indígenas a través del acceso a los servicios de salud primarios.</p>				
Metodología y herramientas	<p>Evaluación externa, con fuerte participación de los actores implicados en la intervención, como estrategia para garantizar procesos de aprendizaje.</p> <p>Criterios de evaluación: Pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto, viabilidad, alineamiento, apropiación, participación.</p> <p>Herramientas de evaluación: Análisis documental, observación participante, entrevistas semiestructuradas, grupos focales.</p>				

Conclusiones y recomendaciones según criterios de evaluación de la intervención (se incluirán los evaluados)	Eficacia	<p>El análisis de EFICACIA de la intervención concluye que los resultados planificados coinciden con lo efectivamente realizado en terreno, trabajando en los cinco elementos que configuran el modelo de intervención definido para la intervención: se ha propiciado la participación social, vinculándola a acciones de vigilancia entomológica y de sensibilización social, se han mejorado los servicios de tratamiento y diagnóstico fortaleciendo una red institucional-comunitaria integrada por Colaboradores Voluntarios de Malaria, Comadronas Tradicionales, Grupos de Acción en Salud, proveedores de servicios de OBL, Puestos y Centros de Salud y personal directivo y operativo del DCETV, capacitando a todos los actores de esta red y mejorando sus equipamientos, se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica lo que facilita la adecuación y la focalización de las estrategias de lucha contra la malaria, y se ha coadyuvado a un mejor conocimiento de la población sobre la prevención y el control de la malaria, con evidencias de cambios de comportamiento en la misma.</p>
	Eficiencia	<p>La gestión de la intervención ha resultado EFICIENTE. En líneas generales se respetaron los cronogramas planificados y no se han producido desviaciones sustanciales en la ejecución presupuestaria. Uno de los principales elementos que contribuyeron a la eficiencia de la intervención ha resultado la colaboración institucional entre Lepra-Salud en Acción y el Departamento de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio, así como con Visión Mundial que ejecutó otro proyecto de lucha contra la malaria en el mismo periodo y zona de cobertura.</p>
	Pertinencia	<p>La intervención resulta PERTINENTE por corresponderse con una necesidad de la población beneficiaria que, además, es percibida por ésta como prioritaria. El diseño de la intervención recoge los elementos del modelo de intervención propuesto para la misma, elementos cuya pertinencia ha sido contrastada por experiencias previas en la región. En relación al diseño, se abusa de indicadores de producto frente a la ausencia de indicadores clave de desempeño que permitan trazar de un modo más efectivo el avance del proyecto.</p>
	Impacto	<p>En relación al análisis de IMPACTO, la reducción de la incidencia de la malaria en la zona de cobertura de la intervención es drástica (entre 2006 y 2010 reducción en más del 99% de casos por P.Vivax y eliminación por P.Falciparum). Resulta complejo, sin embargo, obtener conclusiones sobre la posible atribución de este impacto al proyecto. La acción del DECTV ha contribuido a reducir significativamente la incidencia de la malaria en la zona de cobertura del proyecto, y para ello ha contado con el apoyo de la cooperación internacional. Analizar la atribución del impacto a cada uno de los actores es imposible al no haberse definido un marco de evaluación experimental que hubiera viabilizado esta posibilidad, algo que hubiera resultado de interés para valorar la pertinencia de las distintas estrategias puestas en marcha, independientemente de con cargo a quién se financiara cada una.</p>
	Viabilidad	<p>El principal elemento de VIABILIDAD es la apuesta de la intervención por el fortalecimiento de una red institucional-comunitaria que incorporara a todos los actores implicables en la lucha contra la malaria y el fortalecimiento de las capacidades de todos estos actores con acciones formativas dirigidas a facilitar los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para desempeñar correctamente sus funciones en esa red.</p>
	Alineamiento	<p>La intervención se ALINEA completamente con la política pública de salud, y en concreto con el Subprograma Malaria del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores del MSPAS. La intervención ha fortalecido las capacidades de las instituciones locales para el desarrollo de sus políticas de salud.</p>

	<p>Apropiación</p>	<p>El nivel de APROPIACIÓN de la intervención desde su concepción, de su gestión y de los resultados de la misma es máximo. Los responsables del DCETV afirman que la intervención ha venido a reforzar su propio plan de actuación, y que ha reforzado con los recursos de la cooperación internacional las intervenciones de ese plan de actuación y las capacidades de los actores involucrados en el mismo.</p>
	<p>Participación</p>	<p>En relación al análisis de la PARTICIPACIÓN, la población beneficiaria ha tenido un rol activo en el marco de la red institucional-comunitaria fortalecida con el proyecto, específicamente a través de los Grupos de Acción en Salud en cada comunidad. Con la intervención se han mejorado las capacidades de los Grupos, se han apropiado de las herramientas facilitadas y si nivel de compromiso con la erradicación de la malaria es notable. Sin embargo, se echa en falta en el proyecto, y específicamente en relación a las acciones realizadas directamente con la población destinataria, de un enfoque basado en derechos. En este sentido se corre el riesgo de convertir la participación comunitaria en una herramienta instrumental, sin incorporar elementos de reflexión crítica que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud.</p>
<p>Recomendaciones de carácter específico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En relación al diseño, para futuras intervenciones se sugiere incluir un diseño integrado de indicadores, especialmente en lo relativo a resultados de desarrollo, de forma que pueda construirse a partir de él un plan de monitoreo y evaluación con capacidad real de identificar los cambios producidos durante la ejecución del proyecto, y en su caso, apuntar a la contribución que éste ha generado. 2. En relación al componente de fomento de la participación social, para futuras intervenciones se recomienda incorporar un enfoque de derechos, incorporando en las capacitaciones contenidos relacionados con el derecho a la salud y elementos de reflexión que permitan a la población y a sus expresiones organizativas convertirse en actores empoderados que contribuyan de manera significativa a la construcción de políticas de salud orientadas a garantizar el mencionado derecho a la salud. 3. Considerando que con la intervención se ha fortalecido una red institucional-comunitaria y que los distintos actores han adquirido las capacidades necesarias para desempeñar sus respectivos roles en la misma, se recomienda un monitoreo periódico del desempeño de estos actores para detectar posibles desgastes en sus capacidades y tomar las medidas oportunas para revertirlos. 	
<p>Agentes que han intervenido.</p>	<p>Población beneficiaria. Grupos de Acción en Salud. COCODEs. Colaboradores Voluntarios de Malaria. Comadronas Tradicionales. MSPAS, DCETV, Direcciones de Área de Salud, Personal sanitario. Entidades prestadoras de servicios: ADEMAQK, ASOCVINU. Lepra – Salud en Acción Guatemala Fontilles.</p>	