

EVALUACIÓN

PROYECTO

*“Desarrollo de capacidades en salud materno-infantil,
enfermedades olvidadas, mejora nutricional y salud ambiental en
14 comunidades de Chinandega. Nicaragua”*

Realizado por *Javier Ibáñez Martínez*

para TRELAT Consultora Social S.L



Datos de la Evaluación:

Objeto de estudio a evaluar: Proyecto “Desarrollo de capacidades en salud materno-infantil, enfermedades olvidadas, mejora nutricional y salud ambiental en 14 comunidades de Chinandega. Nicaragua”.

Equipo Evaluador: TRELAT
D. Javier Ibáñez Martínez

Entidad contratante de la evaluación:
FONTILLES

Fecha de campo: 19 - 22 Marzo 2012

Índice de acrónimos	3
Índice de figuras	3
1. RESUMEN EJECUTIVO	4
2. RESUMEN DEL PROYECTO.....	5
3. METODOLOGÍA	6
a. Marco de Evaluación y técnicas empleadas	6
b. Fases de la evaluación.....	8
c. Equipo de Evaluación.....	9
4. RESULTADOS	10
4.1. Pertinencia.....	10
4. 2. Eficacia	12
4. 3. Eficiencia	20
4. 4. Impacto	20
4. 5. Viabilidad.....	22
4. 6. Alineamiento.....	23
4.7. Apropiación	26
4. 8. Participación	26
4.9. Transversalización del enfoque de género	27
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
6. ANEXOS.....	30
6.1. Matriz de Planificación del Proyecto	31
6.2. Agenda del trabajo de campo.....	33
6.3. Documentación y bibliografía consultada.....	34

Índice de acrónimos

EDA	Enfermedad Diarréica Aguda
INIDE	Instituto Nacional de Información de Desarrollo
IRA	Infección Respiratoria Aguda
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNDH	Plan Nacional de Desarrollo Humano
PNS	Política Nacional de Salud
SICO	Sistema de Información Comunitaria
SINEVI	Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiología Nacional

Índice de figuras

Figura 1. Población beneficiaria directa del proyecto.....	5
Figura 2. Viviendas sin acceso a agua potable en zona de proyecto.	11
Figura 3. Valoración del cumplimiento de indicadores (R1).	13
Figura 4. Valoración del cumplimiento de indicadores (R2).....	14
Figura 5. Valoración del cumplimiento de indicadores (R3).....	15
Figura 6. Valoración del cumplimiento de indicadores (R4).	17
Figura 7. Valoración del cumplimiento de indicadores (R5).....	19
Figura 8. Valoración del cumplimiento de indicadores (R6).....	19

1. RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto ha logrado fortalecer la Red de Acción en Salud integrada por 114 promotoras¹ de catorce comunidades. Esta Red ha jugado un rol clave en la prevención y promoción de la salud entre la población beneficiaria. El proyecto ha contribuido a mejorar las capacidades de las promotoras en las distintas temáticas abordadas por la intervención y las de la propia población, que ha mejorado sus niveles de conocimiento sobre las distintas enfermedades sobre las que se ha trabajado.

A pesar de las limitaciones habituales en este tipo de evaluaciones para cuantificar los impactos de la intervención, los registros de la propia entidad ejecutora evidencian que el fortalecimiento de la Red y las acciones emprendidas han tenido efectos positivos sobre la salud de la población, en concreto sobre la salud materna, los casos de IRAs y EDAs, y los niveles de nutrición infantil. Del mismo modo, se ha logrado mejorar el acceso al agua potable de 263 familias. También se han recogido evidencias de una incipiente mejora en los ingresos derivada de la puesta en marcha de los bancos de aves.

Estos logros se han alcanzado a través de una gestión eficiente, respetando tiempos y presupuestos planificados, incluso con ciertos niveles de sobre-ejecución en determinadas actividades, gracias a una eficiente gestión de los recursos y a un alto nivel de coordinación y sinergia con el personal del MINSA.

La positiva implicación de los distintos actores implicados y, específicamente, de las promotoras de salud y la coordinación con el MINSA son los principales factores de sostenibilidad. Los altos niveles de participación de la población han generado un alto nivel de apropiación de la estrategia de la intervención, Algo similar ocurre con el personal del MINSA. El proyecto presenta un alto nivel de alineamiento con los documentos de políticas públicas de salud, y este alineamiento “documental” se ha traducido en una buena coordinación tanto con el personal del MINSA, como para actividades específicas con el personal de los centros educativos.

El proyecto deja abiertas algunas nuevas posibles líneas de trabajo que deberían analizarse en función de las capacidades de la entidad ejecutora. En concreto, las derivadas de los ingresos obtenidos por la puesta en marcha de los bancos de aves. En algunos casos, la obtención de estos ingresos está generando reflexiones en la comunidad acerca de posibles usos (sociales y/o productivos) de estos ingresos, algo que podría generar interesantes dinámicas comunitarias que tal vez convendría apoyar, al menos en sus primeras etapas.

Por último, señalar que aunque se observa algunos alcances positivos como la incorporación de algunos hombres a la Red de Acción, y la incorporación de mujeres a actividades que salen del ámbito reproductivo y se adentran en el productivo, no hay evidencias de que estos efectos positivos respondan a una estrategia que suponga un abordaje de la salud contemplando las diferencias de género existentes y que pueden provocar inequidades en el acceso a la salud y costes específicos (a diversos niveles) sobre la vida de las mujeres.

¹ Aunque en la Red de acción hay promotoras y promotores, por ser ampliamente superior el número de mujeres, utilizaremos en todo el informe el femenino genérico.

2. RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto, ejecutado por ADP (Asociación para el Desarrollo de los Pueblos - Populorum Progressio), con una duración prevista de 24 meses pretendía contribuir al fortalecimiento del desarrollo de capacidades en salud en 14 comunidades rurales de tres municipios del Departamento de Chinandega, mediante una estrategia basada en seis componentes, que se corresponden con los seis resultados planificados²:

- Componente de lucha contra la lepra
- Componente de salud materna
- Componente de nutrición
- Componente de enfermedades prevalentes de la infancia
- Componente de lucha contra la leishmaniasis
- Componente de agua y saneamiento ambiental

Esta estrategia de intervención se basaba en el fortalecimiento de una Red de Acción en Salud integrada por 114 promotoras de salud de las 14 comunidades implicadas, en estrecha coordinación con los servicios del Ministerio de Salud.

Se contemplaba como población beneficiaria directa a un total de 10.336 personas que habitan en las 14 comunidades de cobertura de la intervención:

Comunidades	Nº Familias	Nº habitantes
Municipio Villa Nueva		
El Becerro	210	1.416
San Ramón	142	842
El Pajuil	133	798
Cañalipe	76	454
Guasimito	68	390
Municipio Santo Tomás		
Paso Hondo	153	900
Ojo de Agua	137	824
Las Marías	51	316
Quebrada	42	198
Municipio Somotillo		
Jiñocua	231	1.912
La Danta	151	870
San Miguelito	95	559
La Carreta	92	498
El Ojoche	76	369
TOTAL	1.657	10.346

Figura 1. Población beneficiaria directa del proyecto.

² Para más detalle, ver Matriz de Planificación en Anexo I.

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 ADP 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, 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.

- **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.
- **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.

Adicionalmente se han empleado los siguientes criterios:

- **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, lo que implica la coordinación de las actuaciones de los donantes.
- **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

Finalmente, se ha incluido un epígrafe específico sobre la transversalización del enfoque de género.

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 son³:

- **Análisis documental:** *Documentos de proyecto, informes de seguimiento y otros documentos complementarios*⁴.

³ Para una enumeración detallada de las técnicas empleadas, ver Anexo 2: Agenda del trabajo de campo.

⁴ Para una información más detallada, ver Anexo 3: Documentación y bibliografía consultada.

- **Entrevistas en profundidad:** *Equipo técnico de ADP, personal de los Centros de Salud, mujeres embarazadas, alumnado de centros educativos, promotoras de la Red de Acción.*

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:** *Población destinataria en las comunidades "Quebrada Arriba Santo Tomás", "Ojoche", "Pajuil", "La Pacaira" y "San Miguelito".*

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:** *Centros de Salud de Somotillo y Santo Tomás, visitas a pozos, letrinas y bancos de aves en las comunidades.*

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 19 y el 22 de marzo de 2012.

3. Presentación del informe final y difusión.

Una vez concluida la recopilación de la información en campo se realizó una devolución de los hallazgos preliminares observados previamente a la emisión del informe final. Dicha devolución de información se realizó en terreno con la representante de ADP.

Esta presentación preliminar de los hallazgos de evaluación sirvió para una profundización en las cuestiones apuntadas por el equipo evaluador y ampliación de información de los puntos tratados. El borrador del informe de evaluación será 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.

4. RESULTADOS

4.1. Pertinencia

Como ya se ha mencionado, el proyecto contempla seis componentes: lucha contra la lepra, salud materna, nutrición, enfermedades prevalentes de la infancia, leishmaniasis, y por último agua y saneamiento ambiental. Las distintas problemáticas abordadas con el proyecto responden a necesidades reales en la zona de intervención del proyecto.

En relación a la lucha contra la lepra, según datos de la OPS⁵, en el quinquenio 2001–2005 se diagnosticaron anualmente cinco casos nuevos de lepra, todos provenientes de los departamentos de Managua y Chinandega. Siendo baja la prevalencia de la lepra en el país, no es una enfermedad erradicada (en el periodo de ejecución del proyecto, con una cobertura limitada a catorce comunidades de cuatro municipios, se identificaron dos casos) por lo que parece pertinente mantener una estrategia de vigilancia epidemiológica y prevención.

En relación a la leishmaniasis, según la misma fuente, los casos en sus distintas formas clínicas mostraron tendencia al aumento en Nicaragua en la década comprendida entre 1995 y 2005, al multiplicarse por más de tres los casos detectados.

En relación a las enfermedades prevalentes de la infancia, los últimos datos compilados por la OPS⁶, indican que un 5,6% de las defunciones registradas en menores de cinco años en Nicaragua son producidas por EDA, y un 10,7% por IRA. Según datos del Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiología Nacional⁷, en 2007 el departamento de Chinandega era, junto al de Jinotega, la de mayor prevalencia de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. En relación a la nutrición infantil, los datos recopilados por OPS⁸ indican que un 10,4% de los nacidos en Nicaragua lo hacen con bajo peso. Según la misma fuente, la tasa de mortalidad materna estimada por la OMS en 2008 era de 100 por cada 100.000 nv.

Por último, en relación a la cobertura de acceso a agua potable, el Censo de población y vivienda realizado en 2005⁹, recogía datos sobre las viviendas con acceso a potable desglosados por comunidades. Como puede observarse en la Figura 2, el porcentaje de viviendas sin acceso a agua potable en las comunidades de cobertura de la intervención era en promedio del 74%, con comunidades en las que el porcentaje superaba el 90%. Cabe recordar que el acceso sostenible al agua potable es una de las prioridades definidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y está indicado por la OMS y UNICEF como un elemento clave para mejorar la salud de la población.

⁵ OPS. *Salud en las Américas 2007. Volumen II*. Pág. 567.

⁶ OPS. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2011*. 2012.

⁷ Citados en MINSAL. *Indicadores básicos de Salud 2007*.

⁸ OPS. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2011*. 2012.

⁹ INIDE. *VIII Censo de Población y IV de Vivienda*. 2005.

En el documento de Política Nacional de Salud, el epígrafe sobre la Situación de Salud comienza con el siguiente párrafo:

“El análisis de la situación actual de salud y sus tendencias demuestra la persistencia de altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad específica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, VIH/SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbimortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como las provocadas por causas externas como los accidentes de tránsito y la violencia”¹⁰.

Comunidades	Nº Viviendas	Sin agua potable	% s.a.p.
Municipio Villa Nueva			
El Becerro	439	398	91%
San Ramón	225	73	32%
El Pajuil	121	114	94%
Cañalipe	379	128	34%
Guasimito	139	130	94%
Municipio Santo Tomás			
Paso Hondo	110	82	75%
Ojo de Agua	183	159	87%
Las Marías	120	97	81%
Quebrada	83	71	86%
Municipio Somotillo			
Jiñocuao	144	128	89%
La Danta	123	104	85%
San Miguelito	119	99	83%
La Carreta	193	168	87%
El Ojoche	61	58	95%
TOTAL	2.439	1.809	74%

Figura 2. Viviendas sin acceso a agua potable en zona de proyecto.

Las distintas componentes del proyecto abordan, por tanto, necesidades de la población en la zona de cobertura del proyecto. Además, durante el trabajo de campo de la evaluación se han recogido evidencias suficientes de que son necesidades sentidas por la población beneficiaria, que contempla la salud como una de sus prioridades¹¹.

Frente a la situación descrita, el diseño de la intervención propone una estrategia lógica y coherente en la que combina actividades de generación de capacidades tanto en el personal de salud del MINSa, como en las promotoras de la Red de Acción en Salud, actividades de promoción y prevención con la población destinataria, actividades de vigilancia epidemiológica, y por último actividades de infraestructura vinculadas al acceso al agua potable y saneamiento.

¹⁰ MINSa. *Política Nacional de Salud*. 2008. Pág. 10.

¹¹ Esta priorización de la salud es especialmente señalada por las mujeres.

4. 2. Eficacia

Resultado 1. Fortalecido el componente de lucha contra la lepra mediante la vigilancia epidemiológica, la educación y la mejora de la búsqueda activa y detección de casos para tratar la enfermedad.

El componente de lucha contra la lepra contemplaba cuatro tipos de actuaciones: a) pesquisajes, b) control de contactos, c) capacitaciones y d) integración de las actividades de control de lepra a las acciones promovidas por el MINSa.

En relación a los pesquisajes, según los registros de ADP se llevaron a cabo 24 jornadas de búsqueda activa en cada una de las comunidades obteniéndose un 100% de cumplimiento de ejecución según lo planificado, con una tasa de cobertura alcanzada de 95% (9.819 personas evaluadas de las 10.336 previstas¹²), diagnosticándose dos nuevos casos que finalizaron el tratamiento oportuno con PQT¹³.

EL control de contactos¹⁴ fue llevado a cabo trimestralmente por la Red de Acción. Según los registros de ADP, un total de 289 convivientes y 163 contactos frecuentes de los 39 casos detectados y tratados entre los años 2005-2008 y de los dos incorporados al programa en el 2011, fueron examinados en cada trimestre.

En cuanto a las actividades de capacitación, se contemplaban capacitaciones dirigidas a las promotoras de la Red de Acción, a la población de las comunidades, al personal de salud del MINSa y a la población escolar.

Se realizaron tres talleres con las promotoras de la Red de Acción sobre las características, control y prevención de la enfermedad. De las 114 promotoras que conforman la Red, 112 (98%) culminaron el proceso formativo¹⁵. A su vez, las promotoras replicaron esta información en sus comunidades mediante charlas en las que se repartían boletines y afiches educativos elaborados por el equipo técnico de campo. Se realizaron un total de 112 charlas (o por comunidad). Fruto de este trabajo de sensibilización en las comunidades, se conformó en cada una de ellas un núcleo de interés integrado por 5 o 6 familias encargadas de apoyar a la Red de Acción en la divulgación sistemática de información e identificar poblaciones de alto riesgo para realizar búsqueda intencionada de casos nuevos. En las reuniones con la comunidad y entrevistas realizadas durante el trabajo de campo de la evaluación, se pudo verificar los conocimientos adquiridos por la población.

Con el personal de salud del MINSa se realizaron dos talleres, uno por año, con una cobertura del 100% del personal, frente al 85% previsto como indicador.

¹² 10.335 personas es la población total de las 14 comunidades en los tres municipios de cobertura del proyecto.

¹³ Tratamiento de poliquimioterapia, establecido por la OMS.

¹⁴ Evaluación de los convivientes y contactos frecuentes de los pacientes que están o han finalizado el tratamiento, por ser la población que tiene mayor riesgo de enfermar.

¹⁵ Las otras dos no lo completaron debido a que salieron del país por un periodo corto en busca de empleo.

Se llevaron a cabo charlas bimestrales en las 15 escuelas promotoras sobre la identificación y características de la enfermedad, con énfasis en la importancia de los comportamientos saludables para la prevención. Estas charlas fueron impartidas por los propios docentes¹⁶.

Por último, estaba prevista la integración de las actividades de control de lepra a las acciones de salud promovidas por el MINSa. En este sentido, se coordinó con los centros de salud la incorporación a las dos jornadas anuales de vacunación, desparasitación y eliminación de vectores impulsadas por el MINSa de actividades de búsqueda de casos y de divulgación de información. Estas actividades fueron asumidas por las promotoras de la Red de Acción, que participaron en las jornadas buscando la detección de casos presuntivos u divulgando información. En las jornadas participaron, según los registros de ADP, un total de 10.096 personas.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
Al menos el 85% de pesquisajes planificados ejecutados.	100% de pesquisajes planificados han sido ejecutados.	Tasa de cobertura del 95% (9.819 personas sobre 10.336).
% de controles de convivientes y contactos frecuentes extradomiciliares planificados realizados.	100% de controles de convivientes y contactos frecuentes extradomiciliares planificados realizados.	289 convivientes y 163 contactos frecuentes de los 39 casos detectados y tratados entre los años 2005-2008 y los dos incorporados en 2011 examinados cada trimestre.
Al menos 6 núcleos de interés conformados en cada comunidad para adquirir, compartir y divulgar información.	14 núcleos de interés, uno en cada comunidad.	
85% personal de salud con capacidades para identificar, diagnosticar y tratar la enfermedad.	100% del personal de salud con capacidades para identificar, diagnosticar y tratar la enfermedad.	

Figura 3. Valoración del cumplimiento de indicadores (R1).

En definitiva, con las actuaciones planificadas, se han mejorado las capacidades para la lucha contra la lepra, tanto del personal de salud, como de las promotoras de la Red de Acción, se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa y detección de casos, y se ha mejorado el conocimiento sobre las características, control y prevención de la enfermedad de la población de las 14 comunidades en las que se ejecutó la intervención.

Resultado 2. Afianzada la estrategia para la maternidad segura en coordinación con el Ministerio de Salud y consolidadas las capacidades de salud materna con la Red de Acción comunitaria.

El componente de salud materno-infantil contemplaba cinco tipos de actuaciones: a) capacitación a la Red de Acción en la estrategia “Plan Parto Seguro”, b) capacitación a mujeres embarazadas, c) establecimiento de brigadas de transporte rápido en las comunidades, d) acompañamiento a la Red de Acción en las

¹⁶ 34 docentes forman parte de la Red de acción.

actividades de la estrategia “Plan Parto Seguro”, y e) promoción del uso de métodos de planificación familiar.

En relación a la capacitación a la Red de Acción en la estrategia “Plan Parto Seguro”, se impartieron tres talleres, capacitándose a las 112 promotoras. Igualmente se impartió el taller “Destrezas para salvar vidas” en el que se capacitó a las 12 parteras y. aun no estando previsto en la planificación, a 66 promotoras.

En cuanto a las mujeres embarazadas, a través de dos censos, se identificó a un total de 85 mujeres, que fueron incorporadas a la estrategia y capacitadas. Al finalizar el proyecto, 61 de estas mujeres habían tenido el parto en la Unidad de Salud más cercana sin complicaciones.

Estaba planificado el establecimiento de dos brigadas de transporte rápido¹⁷ en cada una de las comunidades. En 10 de las comunidades se consiguió el indicador planificado, mientras en otras 4 únicamente se consiguió establecer una brigada.

Desde el equipo técnico del proyecto se dio acompañamiento a la Red de Acción en las actividades de la estrategia “Plan Parto Seguro”. Esta estrategia incluye consejerías sobre alimentación, cuidados durante el embarazo y puerperio y realización de controles prenatales en coordinación con los Centros de Salud. Mensualmente, el equipo técnico dio un seguimiento a estas actividades, pudiendo verificar el grado de organización y desempeño de las promotoras.

En relación a la promoción del uso de métodos de planificación familiar, se realizaron dos talleres en los que participó el 100% de las promotoras de la Red de Acción. En el primero se hizo énfasis en la comunicación en la pareja como responsabilidad compartida antes de optar por un método de planificación. En el segundo, se abordaron los distintos métodos de planificación. Una vez capacitadas, las promotoras replicaron esta información a través de encuentros de reflexión en las comunidades (se realizaron 28, dos por comunidad) y de consejerías (56, cuatro por comunidad) a mujeres embarazadas, madres en edad fértil con familia numerosa, y mujeres adolescentes.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
100% de las embarazadas, parejas y familias incrementan sus conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.	100% de las embarazadas, parejas y familias incrementan sus conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.	85 mujeres embarazadas incorporadas a la estrategia “Plan Parto Seguro”. 112 acciones educativas a las embarazadas y familiares sobre alimentación saludable, cuidados obstétricos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
100% de las parteras capacitadas en destrezas para salvar vidas.	100% de las parteras capacitadas en destrezas para salvar vidas.	12 parteras capacitadas.
100% de la red incrementa sus conocimientos y capacidades para negociar y/o consensuar el uso de métodos de planificación familiar.	100% de la red incrementa sus conocimientos y capacidades para negociar y/o consensuar el uso de métodos de planificación familiar.	114 promotoras capacitadas.

Figura 4. Valoración del cumplimiento de indicadores (R2).

¹⁷ Estas brigadas tienen como finalidad el traslado oportuno de una embarazada en caso de una emergencia obstétrica, en comunidades que no tienen acceso fácil a transporte.

Resultado 3. Fortalecido el desarrollo de actitudes, conocimientos y cambios de comportamiento para prevenir las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en los niños y niñas menores de 5 años.

El componente de enfermedades prevalentes de la infancia contemplaba dos tipos de actuaciones: a) actividades de capacitación, y b) implementación de mecanismos de referencia y contrareferencia en coordinación con el MINSA.

En cuanto a las actividades de capacitación fueron impartidos dos talleres a las promotoras de la Red de Acción en la identificación oportuna y conducta a seguir frente a las señales de peligro causadas por las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en los que participaron las 112 promotoras de la Red.

Se realizaron cuatro talleres dirigidos a las promotoras de la Red y 56 charlas (cuatro por comunidad) sobre cambios de comportamientos claves para la prevención de las IRA y EDA. Las promotoras reforzaron este trabajo por medio de consejerías y charlas bimensuales, y se realizaron 279 visitas aleatorias a hogares para evaluar si se estaban poniendo en prácticas estos comportamientos saludables.

Para complementar esta estrategia, apoyándose en los 34 maestros que forman parte de la Red de Acción se está trabajando con el alumnado de las 15 Escuelas Promotoras para reforzar cambios positivos en el comportamiento en cuanto a la higiene personal, el lavado de manos, las prácticas adecuadas en la disposición de los desechos humanos y manipulación del agua y los alimentos.

En relación a la implementación de mecanismos de referencia y contrareferencia en coordinación con el MINSA, todas las comunidades cuentan con el SICO (Sistema de Información Comunitaria) para llevar el control de los casos de niños(as) con cuadros de IRA y EDA. El SICO incorpora una hoja de referencia y contrareferencia, validada por los Centros de Salud, que se ha constituido en una herramienta eficaz tanto para las promotoras como para el personal de salud, permitiendo conocer la situación en la que llega el niño(a) remitido por IRA o EDA por los promotores a la unidad de salud y el estado en que regresa a la comunidad. Esta actividad permitió referenciar con rapidez a los Centros de Salud los 293 casos de diarreas y 461 de infecciones respiratorias registrados, evitando complicaciones posteriores.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
Al menos el 75% de las familias desarrollan comportamientos claves para prevenir las IRA y EDA al finalizar el proyecto.	88% de las familias incrementó los conocimientos sobre las IRA y EDA. 70% de las madres desarrolla comportamientos para prevenir desnutrición.	
Nº de menores de 5 años con tos y respiración difícil o rápida referidos a una unidad de salud por la red al finalizar el proyecto.	461 casos de infecciones respiratorias atendidos y referidos a una Unidad de Salud.	
Nº de menores de 5 años con diarrea atendidos y referidos a una unidad de salud por la red al finalizar el proyecto.	293 casos de diarrea atendidos y referidos a una Unidad de Salud.	

Figura 5. Valoración del cumplimiento de indicadores (R3).

En definitiva, se han fortalecido las capacidades de actuación en relación a las enfermedades prevalentes de la infancia entre las promotoras de salud, se han mejorado los niveles de conocimiento entre la población de las comunidades¹⁸ y se ha implementado mecanismos para mejorar la coordinación entre las promotoras de la Red de Acción y el personal de salud. En función de la información facilitada por ADP, y de la observación directa durante la evaluación, hay evidencias de mejoras en algunos comportamientos (limpieza del hogar, manejo de residuos) aunque todavía hay comportamientos a mejorar (control de animales domésticos, higiene infantil). Estas carencias han sido detectadas por la entidad ejecutora que ha tomado medidas para corregirlas.

Resultado 4. Promocionada la lactancia materna, alternativas nutricionales y la implementación de huertos en los patios de los hogares.

El componente de nutrición contemplaba seis tipos de actuaciones: a) talleres para afianzar la práctica de la lactancia materna, b) talleres a las promotoras sobre nutrición, c) ferias de nutrición, d) talleres a las madres de prevención de desnutrición, e) establecimiento de huertos familiares y bancos de aves, y f) fortalecimiento del sistema de monitoreo del crecimiento de menores de 5 años.

Se realizó un taller sobre lactancia materna dirigido a las promotoras de salud, y otros 14 en cada una de las comunidades con el objetivo de sensibilizar sobre la importancia de la lactancia materna. Estos últimos fueron complementados con las 56 consejerías brindadas por las promotoras (4 por comunidad), lográndose que el 100% de las madres con menores de 6 meses practicara la lactancia materna exclusiva, y el 86,4% de las madres con menores entre 6 meses y 2 años practicaran la lactancia materna complementaria.

A las promotoras se les brindaron dos talleres sobre nutrición, el primero de habilidades y destrezas para transmitir a las familias conocimientos sobre nutrición y el uso de alternativas nutricionales, el segundo sobre los tipos de desnutrición, enfermedades carenciales y cómo realizar la evaluación nutricional de los niños menores de 5 años.

Se llevaron a cabo 8 Ferias de nutrición en cada comunidad para fortalecer en las familias el consumo de alternativas nutricionales de bajo costo y alto valor proteico calórico (soja). Estas ferias fueron replicadas con posterioridad por la Red de Acción en las 15 Escuelas Promotoras. Según una encuesta aplicada por la entidad ejecutora, al finalizar el proyecto el 97% de las familias está consumiendo soja como alternativa nutricional.

En cada comunidad se realizaron dos talleres y ocho charlas, dirigidos a las madres, sobre comportamientos claves para prevenir la desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años. Se trataron temas de higiene personal, manipulación de agua y alimentos, control de animales domésticos, lactancia materna y alimentación balanceada. Según la encuesta aplicada por ADP, el 70% de las madres está practicando comportamientos para prevenir la desnutrición en los menores.

Otra de las estrategias promovidas para mejorar la seguridad alimentaria fue la puesta en marcha de huertos familiares y bancos de aves. El 100% de las promotoras y el 80% de las familias participaron en las

¹⁸ Según una encuesta de seguimiento realizada por ADP, el 88% de las familias sabía reconocer al menos tres señales de peligro en ambos problemas (IRAs y EDAs).

capacitaciones sobre huertos y bancos de aves. El 61% de las familias capacitadas (814) recibieron semillas y/o plántulas de hortalizas de diferentes variedades para poner en marcha huertos de patio¹⁹. El 48% de las familias capacitadas (642) recibieron aves (se distribuyeron 3.852, 5 gallinas y 1 gallo por familia, con el compromiso de funcionamiento como fondo rotativo²⁰).

El primer año, los huertos funcionaron y dieron buenas cosechas, pero en octubre de 2011 la práctica totalidad de los huertos se perdieron por una época de lluvias torrenciales. Una parte de las familias tuvieron la precaución de separar semillas de la primera cosecha y tenían intención de volver a poner en marcha el huerto para la primavera de 2012.

Respecto a los bancos de aves, durante el trabajo de campo de la evaluación se ha podido constatar que existen distintas modalidades de funcionamiento. En algunas comunidades, se ha optado por bancos familiares y cada familia se ocupa de su banco. En otras comunidades, se ha optado por bancos comunitarios y todas las familias han reunido las aves en un banco común, organizándose para las tareas de cuidado. Tanto en uno como en otro caso, además de una mejora en la alimentación de las familias, los bancos de aves están generando algunos beneficios comunitarios (en muchos casos, se aportan huevos a las escuelas para la alimentación del alumnado), incluso beneficios económicos para la familia o la comunidad, derivados de la venta de huevos.

Por último, se contemplaba el fortalecimiento del sistema de monitoreo del crecimiento de menores de 5 años. En coordinación entre la Red de Acción y el MINSA se fortaleció la estrategia de monitoreo estableciendo sesiones de pesaje mensuales coordinadas por la Red y con la participación de una enfermera del Centro de Salud. En el primer censo se reportaron 417 menores de cinco años, de los cuales el 37,64% (157) presentaban algún nivel de desnutrición. A la finalización del proyecto, 145 de estos niños (92%) habían recuperado un nivel de crecimiento satisfactorio, y se mantuvieron en peso normal los 231 niños que inicialmente no presentaban ningún nivel de desnutrición.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
Al menos el 80% de las madres con menores de 6 meses brindan lactancia materna exclusiva.	100% de madres con menores de 6 meses practican lactancia materna exclusiva.	86.4% de madres con niños entre 6 meses y 2 años practican lactancia materna complementaria.
Al menos el 60% de las familias cuenta con huertos en los patios de sus hogares.	El 50% de las familias tenían huertos al finalizar el primer año (la mayoría lo perdieron por lluvias torrenciales el segundo año).	
Al menos el 85% de menores de 5 años con crecimiento insatisfactorio recuperados.	El 92% de los menores de 5 años con diferentes niveles de desnutrición recuperados.	

Figura 6. Valoración del cumplimiento de indicadores (R4).

¹⁹ No todas las familias solicitaron semillas y/o plántulas, por no disponer de terreno para la puesta en marcha del huerto.

²⁰ Cada familia se comprometía a entregar, transcurridos o meses, igual cantidad de la recibida a otra familia que no hubiera recibido en la primera entrega.

En definitiva, el proyecto ha promovido con éxito la lactancia materna y la incorporación de alternativas nutricionales (incorporación de la soja a la dieta familiar, de las hortalizas a través de los huertos de patio, y de huevos procedentes de los bancos de aves), consiguiendo una reducción notable de los niños menores de cinco años con algún nivel de desnutrición.

Aun no siendo un efecto explicitado en la planificación, los bancos de aves están contribuyendo a mejorar los ingresos de las familias. En el caso de los bancos de aves comunitarios, esta alternativa de ingresos está generando reflexiones en algunos casos, acerca de posibles usos (sociales y/o productivos) de estos ingresos.

Resultado 5. Consolidada en la Red de Acción comunitaria y las familias los conocimientos sobre prevención de la leishmaniasis cutánea, asegurando el diagnóstico y el tratamiento a los pacientes en los centros de salud.

El componente de lucha contra la leishmaniasis contemplaba cuatro tipos de actuaciones: a) capacitación a las promotoras, b) capacitación al personal de salud, c) pesquisajes y d) campañas de saneamiento y eliminación del vector.

Se realizaron dos talleres en los que participó el 100% de las promotoras sobre identificación, manifestaciones clínicas y prevención de la leishmaniasis. Las promotoras replicaron esta información a las familias a través de 112 charlas (8 por comunidad) en las que se hizo entrega de material informativo. Al finalizar el proyecto, según la encuesta aplicada por la entidad ejecutora, el 92% de las familias tienen la capacidad para identificar el vector, el reservorio, las manifestaciones clínicas de la enfermedad y cómo prevenirla.

Se realizaron dos talleres dirigidos al personal de salud, en los que participó un 85% del mismo (médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio de los 3 centros de salud), sobre identificación, diagnóstico y abordaje correcto de la enfermedad.

Aprovechando las 24 jornadas de pesquisajes para la búsqueda de casos de lepra, se buscaron también casos de leishmaniasis, identificándose un total de 31 casos, todos ellos remitidos a los centros de salud y recibieron el tratamiento oportuno.

Por último, frente a las 8 campañas de saneamiento planificadas en cada comunidad, finalmente se llevaron a cabo 10 campañas en las que fueron eliminados basureros, drenados los pantanos y/o charcas, cortada la maleza alrededor de los hogares, se limpiaron las fuentes de agua y, gracias a la coordinación con el MINSA, se llevaron a cabo tareas de fumigación dentro y en los alrededores de las viviendas para erradicar el vector.

En definitiva se han fortalecido las capacidades tanto en el personal de salud como en las promotoras para un correcto diagnóstico y abordaje, y se han mejorado las capacidades de la población destinataria para la prevención.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
Al menos el 80% de las familias y el 100% de la red saben identificar y prevenir la enfermedad.	92% de las familias y el 100% de la red saben identificar y prevenir la enfermedad.	
100% de casos diagnosticados remitidos a los centros de salud.	100% de casos diagnosticados remitidos a los centros de salud.	31 casos diagnosticados remitidos a los centros de salud.
Al menos 8 campañas de saneamiento desarrolladas por comunidad.	10 campañas de saneamiento desarrolladas por comunidad.	

Figura 7. Valoración del cumplimiento de indicadores (R5).

Resultado 6. Garantizado el acceso al agua segura para consumo y promocionados cambios de comportamientos sobre factores higiénicos ambientales que afectan a la salud de las familias.

El componente de agua y saneamiento ambiental contemplaba dos tipos de actuaciones: a) construcción de pozos de beneficio comunitario, b) capacitación sobre métodos de desinfección de agua para consumo.

Mediante técnicas de autoconstrucción, se realizaron cuatro pozos de los que se abastecen un total de 263 familias que con anterioridad tenían que transportarla desde lugares distantes, o abastecerse de fuentes contaminadas.

Se realizaron dos talleres para las promotoras y cuatro para las familias sobre métodos de desinfección de agua para consumo. En los talleres participó el 100% de las promotoras y el 90% de las familias beneficiarias.

La organización ejecutora realizó análisis bacteriológicos por muestreo, al inicio y a la finalización del proyecto. En los primeros análisis, un 40% de los hogares dio positivo de coliformes fecales. En los segundos, un 30% de los hogares dieron positivo, mientras los análisis en los cuatro pozos dieron negativo. Consecuentemente, el problema no se encuentra en los pozos sino en la manipulación.

Medida de indicador planificada	Medida de indicador obtenida	Observaciones
4 pozos de beneficio comunal construidos por las familias.	4 pozos de beneficio comunal construidos por las familias.	
Nº de familias que se benefician de los pozos.	263 familias que se benefician de los pozos.	
Al menos el 70% de las familias eliminan adecuadamente los desechos sólidos y líquidos en sus hogares y manipulan adecuadamente el agua para beber.	79% de las familias eliminan adecuadamente los desechos sólidos y líquidos en sus hogares y manipulan adecuadamente el agua para beber.	

Figura 8. Valoración del cumplimiento de indicadores (R6).

En definitiva, el proyecto ha garantizado el acceso a agua potable a 263 familias a través de la construcción de los cuatro pozos comunitarios, y ha mejorado a través de la capacitación sobre métodos de desinfección y

hábitos higiénicos el consumo de agua segura. En cualquier caso, aunque se ha obtenido un descenso de un 25% en los hogares que dieron resultados positivos, alcanzando el 70% de hogares consumiendo agua segura, parece necesario seguir trabajando la modificación de hábitos en relación al consumo de agua.

4. 3. Eficiencia

En líneas generales se respetaron los cronogramas inicialmente planificados. En relación a la ejecución presupuestaria, el evaluador ha tenido acceso al informe de justificación económica del proyecto No hay desviaciones sustanciales en la ejecución presupuestaria, ajustándose lo ejecutado a lo inicialmente planificado.

Por otro lado, analizando las actividades llevadas a cabo, sin diversos los ejemplos de casos en los que se han superado los indicadores inicialmente planificados. Este nivel de sobre-ejecución de las actividades, frente a lo inicialmente planificado, responde en buena medida a una gestión eficiente de los recursos.

Una buena muestra de la gestión eficiente ha sido la coordinación en búsqueda de sinergias, con las actividades organizadas por el MINSa. Por ejemplo con las Jornadas anuales de vacunación, desparasitación y fumigación organizadas por el MINSa. Estas jornadas fueron apoyadas por la Red de Acción, y las promotoras aprovecharon las mismas para detección de casos presuntivos de lepra y leishmaniasis, y para divulgar información sobre ambas enfermedades. Por su parte, el MINSa aprovechó el apoyo de la Red de Acción, su alta capacidad de convocatoria y la participación de las promotoras que colaboraron en la distribución de antiparasitarios y abate para la eliminación de larvas en los reservorios.

La colaboración entre la entidad ejecutora, los servicios del MINSa, y la Red de Acción es bien valorada por las tres instituciones. La entidad ejecutora valora la buena disposición del personal del MINSa para la participación en las distintas capacitaciones planificadas. La entidad ejecutora y la Red de Acción valoran de forma positiva la receptividad del MINSa para la coordinación de distintas actividades. El personal del MINSa valora de forma positiva que la entidad ejecutora los tuviera en cuenta como destinatarios a la hora de planificar actividades de capacitación, y valora tanto de la entidad ejecutora como de la Red de Acción la disponibilidad para coordinar actividades. Tanto la entidad ejecutora como el personal del MINSa valoran de forma positiva los niveles de implicación de las promotoras de la Red de Acción.

Por último, la población destinataria valora de forma positiva el desempeño de la entidad ejecutora, su acompañamiento y la apertura de espacios de participación.

4. 4. Impacto

Tal y como se afirmaba al describir la metodología de esta evaluación²¹ este informe pretendía incluir algunas apreciaciones sobre el impacto, aun asumiendo que al ser los métodos empleados para la extracción

²¹ Ver punto 3 de este informe.

de información de tipo cualitativo se ha generado datos descriptivos que no tienen representación estadística en sus resultados.

A pesar de las limitaciones para cuantificar los impactos de la intervención, resulta evidente que ha tenido impactos positivos en la salud de la población destinataria. Algunos de los datos registrados por la propia entidad ejecutora son significativos en ese sentido:

- El 100% de las mujeres embarazadas (85) detectadas se incorporaron a la estrategia “Plan Parto Seguro” y las 61 que dieron a luz durante el período de ejecución del proyecto, lo hicieron en una Unidad de Salud sin complicaciones.
- El 100% de los casos (461) de IRA y de EDA (293) detectados por las promotoras en menores de cinco años, fueron atendidos y referidos a la Unidad de Salud más cercana.
- El 100% de las madres con menores de 6 meses practican lactancia materna exclusiva, y el 86.4% de madres con niños entre 6 meses y 2 años practican lactancia materna complementaria.
- El 92% de los menores de 5 años con diferentes niveles de desnutrición fueron recuperados.
- El 100% de casos detectados (31) de leishmaniasis fueron remitidos a la Unidad de Salud más cercana.
- 263 familias (alrededor de 1.580 personas, a un promedio de 6 personas por familia) han mejorado su acceso al agua potable, a través de los 4 pozos construidos.

Más allá de los impactos concretos sobre la salud de la población destinataria durante el período de ejecución de la intervención, con la misma se han conseguido fortalecer capacidades para la promoción y prevención en salud tanto del personal del MINSA, como de las promotoras de la Red de Acción y de la propia población beneficiaria.

Probablemente los principales efectos positivos conseguidos con la intervención sean, por un lado la contribución al fortalecimiento de la Red de Acción comunitaria en Salud, integrada por 112 promotoras, que tras el proyecto han mejorado sus conocimientos, habilidades y destrezas para la prevención y la promoción de la salud, y su articulación con los servicios de salud del MINSA. Por otro lado, la mejora en las capacidades de la propia población beneficiaria, que ha mejorado sus conocimientos para la prevención.

En el marco del componente de nutrición, con la puesta en marcha de los bancos de aves, se ha conseguido un impacto positivo sobre los ingresos de las familias beneficiarias, derivado fundamentalmente de la venta de huevos, y en casos puntuales de la venta de aves. Aunque no hay elementos de información suficientes para cuantificar este incremento, lo que sí se ha podido apreciar durante la evaluación es un interés amplio por buscar rentabilidades colectivas a estos ingresos, lo que abre una diversidad de posibles estrategias para ello.

4. 5. Viabilidad

En relación al mantenimiento de los efectos de la intervención una vez retirada la ayuda externa, el principal factor de sostenibilidad es la positiva implicación de los distintos actores implicados. Como se ha mencionado al analizar el impacto²², el proyecto ha contribuido a fortalecer la Red de Acción comunitaria en Salud. Quedan por tanto 112 promotoras, con un importante nivel de conocimientos, habilidades y destrezas para la prevención y promoción de la salud, y con buenos niveles de coordinación con el Sistema Nacional de Salud. Estas promotoras desempeñan sus funciones de manera no remunerada, por lo que en principio, su continuidad no depende de nuevos proyectos financiados con ayuda externa. No obstante, la experiencia en contextos similares nos dice que, aun no dependiendo el funcionamiento voluntario de las promotoras de recursos económicos, su actividad si suele estar condicionada por la existencia de estímulos externos, no necesariamente económicos. En este sentido, se valora de forma positiva el hecho de que las Unidades de Salud dispongan entre su personal de una figura de enlace con las promotoras, aunque se hecha de menos en la intervención un trabajo específico con este personal de cara a fortalecer su rol como dinamizador de las promotoras.

La intervención ha contribuido a fortalecer dinámicas comunitarias en relación a la promoción y prevención de la salud. Sin embargo, durante el trabajo de campo de la evaluación pudo evidenciarse que en algunos casos, se dan dinámicas organizativas en las comunidades ligadas a organizaciones concretas que están acompañando procesos o ejecutando proyectos. Así, pueden encontrarse grupos comunitarios distintos ligados a distintos proyectos o distintas ONG locales. Sería deseable buscar coordinaciones entre las organizaciones presentes que apuntaran a fortalecer dinámicas organizativas comunitarias no ligadas a una organización o proyecto. Sin duda, estas dinámicas de fortalecimiento organizativo comunitario, contribuirían a la sostenibilidad, no sólo de la efectos de la intervención evaluada, sino de los del resto de intervenciones.

Aunque no era un efecto inicialmente planificado, la puesta en marcha de los bancos de aves ha generado dinámicas colectivas interesantes. En una buena parte de las comunidades, se ha tomado la opción de que los bancos de aves sean comunitarios. Por un lado, se están reforzando dinámicas colectivas, tanto para el mantenimiento de los bancos, como en los procesos de toma de decisiones vinculados a los mismos. En algunos casos, por ejemplo, se está destinando una parte de la producción de huevos a las escuelas, para reforzar la alimentación de las y los alumnos. En otros casos, se está comercializando parte de esa producción, lo que está generando ingresos colectivos. En algunas de las reuniones con grupos de mujeres a cargo de bancos de aves, surgieron propuestas para el uso de esos ingresos. Propuestas diversas, pero que compartían por un lado el interés en rentabilizar esos ingresos (mediante propuestas productivas), y por otro lado el interés por que esta rentabilidad fuera colectiva. Se abre, por tanto, un espacio de trabajo interesante que puede generar dinámicas comunitarias pero que convendría apoyar con un acompañamiento al menos en sus primeras etapas.

²² Ver punto 4.4. de este informe.

4. 6. Alineamiento

Para analizar la adecuación de la intervención a las estrategias de desarrollo nacionales, se han tomado como referencia distintos documentos de políticas públicas. En primer lugar, el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH)²³, como documento marco orientador de las políticas públicas. En segundo lugar, el documento de Política Nacional de Salud (PNS)²⁴. Por último, los Planes Nacionales de Salud correspondientes a los años 2010²⁵ y 2011²⁶.

Los colectivos priorizados por la intervención son definidos como prioritarios en los distintos documentos de política pública mencionados. Así, en el PNDH se afirma que “*El incremento de la cobertura de los servicios de salud se concentrará en áreas rurales. Sobre todo de aquellas alejadas donde los sectores más pobres tienen la máxima necesidad y menos acceso a los servicios hospitalarios y a la atención especializada*”²⁷, lo que se reafirma en la PNS, uno de cuyos lineamientos implica “*Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayor dificultad de acceso*”²⁸. Esta priorización se concreta en el PNDH, al especificar como prioridades de atención a “*los menores de cinco años, adolescentes y mujeres, cuidando particularmente su período de embarazo*”²⁹, incluyendo las principales acciones de políticas a desarrollar “*Fomentar la salud de la niñez y la promoción de lactancia materna, la protección contra enfermedades inmune prevenibles, así como la conservación y desarrollo de ambientes saludables*”³⁰, “*desarrollar una estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*”³¹ y en la atención a la población infantil “*se garantizarán los controles de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo en menores de un año; la atención integral y de calidad a niños con enfermedades prevalentes de la infancia y la reducción de la desnutrición crónica en menores de cinco años; promoviendo políticas y acciones de seguridad alimentaria y nutricional, especialmente en las zonas rurales, fortaleciendo y ampliando las estrategias de salud y educación nutricional basada en la comunidad*”³².

En los Planes Nacionales correspondientes a los años 2010 y 2011, en el marco del lineamiento estratégico relativo a la extensión de los servicios de salud a poblaciones pobres o en extrema pobreza, se menciona la leishmaniasis como una de las patologías a incorporar en el trabajo de vigilancia epidemiológica comunitaria.

También el acceso al agua potable y saneamiento se encuentra entre las prioridades establecidas por las políticas públicas. Así, en el PNDH se afirma que “*El Desarrollo Humano no puede concebirse ajeno al acceso al agua potable y al saneamiento. El derecho al agua potable y al saneamiento es parte integral del derecho*

²³ Gobierno de Nicaragua. **Plan Nacional de Desarrollo Humano**. Octubre 2008.

²⁴ MINSa. **Política Nacional de Salud**. 2008.

²⁵ MINSa. **Plan institucional a corto plazo 2010 orientado a resultados**. Enero 2010.

²⁶ MINSa. **Plan Nacional de Salud 2011**. Enero 2011.

²⁷ Pág 112.

²⁸ Pág 120.

²⁹ Pág 110.

³⁰ Pág. 111.

³¹ Pág. 112.

³² Pág. 112.

a un medio ambiente sano como parte de la salud preventiva y del derecho a la salud³³”, para afirmar después que “En el sector rural la política está dirigida a buscar un modelo que logre integrar con mayor eficiencia comunidades enteras, mejorar el entorno, y generar capacidades ciudadanas para ser parte activa de los planes de agua y saneamiento³⁴”.

En relación a los enfoques e instrumentos incorporados en la intervención, todos tienen su reflejo en los documentos de políticas mencionados:

El enfoque de participación de la comunidad viene recogido en el PNDH que afirma que “El modelo en desarrollo se inserta en la familia y la comunidad para enfrentar, en conjunto con la población, los factores que inciden en los procesos de salud y enfermedad. Desde esta práctica, se impulsa servicios de promoción, prevención, control epidémico y protección de salud, en beneficio de toda la población. Orienta los servicios hacia las personas, la familia y la comunidad con el reconocimiento e involucramiento de una amplia participación social en la gestión de salud³⁵” y se reitera en la PNS, uno de cuyos lineamientos (7) es el de “Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el que hacer del sector salud³⁶”.

También el enfoque preventivo, de promoción y educación para la salud viene recogido en la PNS que incorpora como uno de sus objetivos específicos “Desarrollar una cultura nacional de prevención y protección de la salud de los nicaragüenses³⁷”.

Por último, la apuesta por la generación de capacidades en los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud se recoge tanto en el PNDH que entre las principales estrategias a desarrollar alude a “incidir en la formación de los profesionales y técnicos que requieren los servicios de salud, tanto en cantidad como en calidad, con una distribución acorde con las necesidades en todo el país³⁸” como en la PNS que entre sus lineamientos incluye (8) el “Desarrollo integral de los Recursos Humanos del sector salud³⁹”

En definitiva, la estrategia del proyecto y sus distintas componentes, se alinean claramente con los documentos de políticas públicas de salud. Pero más allá de este alineamiento a los documentos, desde la gestión del proyecto se ha realizado un importante esfuerzo de coordinación con el Sistema Nacional de Salud. Estos esfuerzos se han repetido en los distintos componentes del proyecto:

Componente de lucha contra la lepra

El proyecto capacitó al personal de salud local, a través de un taller anual orientado en el que se abordaron el diagnóstico y abordaje correcto de la enfermedad por los médicos, técnicos y enfermeras de los centros de salud de los tres municipios.

³³ Págs. 116-117.

³⁴ Pág. 120.

³⁵ Pág. 111.

³⁶ Págs. 121-122.

³⁷ Pág. 18.

³⁸ Pág. 113.

³⁹ Pág. 22

Por otro lado, se coordinó con los centros de salud locales para integrar las actividades de búsqueda de casos y divulgación de información en las jornadas de vacunación, desparasitación y eliminación de vectores impulsadas por el MINSA.

Componente de salud materna

En el marco del Plan Parto Seguro, el Sistema de Información Comunitaria (SICO) se coordina con los Centros de Salud locales, y en el momento adecuado se deriva a las mujeres embarazadas a la Casa maternal del Centro de Salud.

Componente de nutrición

El sistema de vigilancia y monitoreo nutricional de niños/as menores de 5 años, se coordinó con los Centros de Salud, y las sesiones de pesaje mensuales eran coordinadas por la Red de Acción, pero en ellas participaba una enfermera del Centro de Salud.

Componente de enfermedades prevalentes de la infancia

En el marco del proyecto se han implementado mecanismos de referencia y contrareferencia en coordinación con el MINSA. Las comunidades cuentan con el SICO para llevar el control de los casos de niños(as) con cuadros de IRA y EDA. La hoja de referencia y contrareferencia fue validada por los Centros de Salud locales y es un instrumento de utilidad tanto para los Centros como para la Red de Acción.

Componente de lucha contra la leishmaniasis

En el marco del proyecto se capacitó al personal de salud incluido médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio de los 3 Centros de Salud en la identificación, diagnóstico y abordaje correcto de la enfermedad a través de dos talleres, (uno impartido en cada año del proyecto).

Los casos de leishmaniasis detectados en los pesquisajes realizados por la Red de Acción, eran derivados a los Centros de Salud. Por otro lado, para las campañas de sanamiento y eliminación del vector, se coordinó con el MINSA para llevar a cabo tareas de fumigación dentro y los alrededores de las viviendas para erradicar el vector.

Además de la coordinación con el Sistema Nacional de Salud, desde el proyecto también se ha realizado un esfuerzo de coordinación con los centros educativos, para incorporar actividades específicas dirigidas a la población escolar:

Componente de lucha contra la lepra

Se llevaron a cabo actividades educativas en 15 Escuelas Promotoras, realizando charlas bimestrales con énfasis en los comportamientos saludables para la prevención de la lepra.

Componente de nutrición

Parte de las ferias de nutrición se organizaron en las 15 Escuelas Promotoras, acompañadas de charlas para fomentar hábitos alimentarios saludables.

Componente de enfermedades prevalentes de la infancia

Se han llevado a cabo actividades en las escuelas, apoyándose en los maestros que forman parte de la Red de Acción, sobre higiene personal, el lavado de manos, las prácticas adecuadas en la disposición de los desechos humanos y manipulación del agua y los alimentos.

En definitiva, la intervención se alinea con los documentos de políticas públicas de salud, y desde la gestión del proyecto se ha realizado un esfuerzo importante de coordinación tanto con el Sistema Nacional de Salud, como para actividades concretas con los centros educativos.

Este esfuerzo de coordinación, que ha incluido actividades específicas para fortalecer capacidades en el personal de salud, es valorado muy positivamente por los distintos estamentos del Sistema Nacional de Salud. Del mismo modo, desde ADP se valora de forma muy positiva la receptividad y la disposición para la coordinación obtenida desde las distintas autoridades de salud.

4.7. Apropiación

El alto grado de alineamiento valorado en el punto anterior de este informe tiene que ver, en buena medida, con un alto nivel de coordinación de ADP con el MINSA. El relacionamiento y la coordinación de ADP con el personal de salud no surgen en el marco de la intervención evaluada, sino que es anterior a la misma, y el personal del MINSA entrevistado reconoce que el diseño de la intervención ha recogido sus aportes realizados en el marco de esta relación previa.

Como también se ha mencionado en el punto anterior de este informe, la coordinación de la organización ejecutora de la intervención con el MINSA no se limitó a la fase de diseño, manteniendo una buena coordinación ambas instituciones durante la ejecución de la intervención. Aunque en buena medida, la coordinación para la realización de actividades se produjo entre ADP y el MISA, se valora de forma positiva que para algunas actividades, esta coordinación se haya dado directamente entre el personal del MINSA y las promotoras de la Red de Acción. En este sentido, como ya se ha mencionado, se considera un factor positivo el hecho de que las Unidades de Salud dispongan entre su personal de una figura de enlace con las promotoras, considerando que progresivamente debería afianzarse la relación directa entre esta figura y las promotoras de salud.

4.8. Participación

La intervención no sólo ha facilitado espacios de participación para la población destinataria, sino que ha contribuido a fortalecer procesos de organización comunitaria dirigidos a mejorar las capacidades de participación de la misma. No en vano, la propuesta de intervención descansa en una Red de Acción en Salud, integrada por 112 promotoras comunitarias que han jugado un rol clave en la ejecución de la misma.

Hay evidencias de este fortalecimiento organizativo, y de ciertos niveles de empoderamiento de la población organizada. En algunos casos, estos niveles de empoderamiento han aflorado en propuestas sugeridas por

los mismos grupos organizados y que trascienden del ámbito de actuación de la intervención. Es el caso mencionado al analizar la viabilidad⁴⁰ vinculado a la puesta en marcha de los bancos de aves. La puesta en marcha de esos grupos ha generado dinámicas colectivas interesantes y en algunos casos han surgido propuestas productivas colectivas que sería interesante acompañar.

La única debilidad identificada, también mencionada al analizar la viabilidad⁴¹, es la identificación de algunos de los grupos comunitarios con el proyecto de ADP (o con otros proyectos y organizaciones presentes en la zona). En este sentido, como ya se ha sugerido, sería deseable fortalecer dinámicas organizativas comunitarias no ligadas a una organización o proyecto concreto.

4.9. Transversalización del enfoque de género

Se puede observar una notable participación de las mujeres en todos los espacios del proyecto. Una amplia mayoría de las promotoras de la Red de Acción son mujeres. Esta realidad, común en intervenciones similares tanto en la región como en otros contextos geográficos puede explicarse por distintas causas. Por un lado, como ya se ha mencionado en este informe⁴², las mujeres asignan una prioridad mayor que los hombres a las problemáticas vinculadas a la salud. Históricamente⁴³, el cuidado de la salud de la comunidad ha sido patrimonio casi exclusivo de las mujeres. Por un lado, por la diferente asunción de roles de cuidado entre hombres y mujeres, definidos socialmente. Por otro lado, como parte de una división sexual del trabajo productivo y reproductivo, asignado socialmente el primero a los hombres y el segundo a las mujeres. Este hecho, el cuidado de la salud en manos de las mujeres, supone un elemento de desigualdad de género.

Con el proyecto se han logrado algunos alcances positivos. Por un lado, la incorporación de algunos hombres como promotores a la Red de Acción. Por otro lado, la incorporación de las mujeres en actividades que salen del ámbito reproductivo y se adentran en el productivo (por ejemplo, con los grupos de mujeres conformados para los bancos de aves). También conviene señalar que dentro de las componentes del proyecto, se han priorizado algunas que atienden específicamente a problemáticas de salud específicas de las mujeres (salud materna), y se ha logrado implicar en cierta medida a los hombres en problemáticas comunes.

Sin embargo, no hay evidencias de que estos efectos positivos respondan a una estrategia que suponga un abordaje de la salud contemplando las diferencias de género existentes y que pueden provocar inequidades en el acceso a la salud y costes específicos (a diversos niveles) sobre la vida de las mujeres como cuidadoras. Esta es, sin duda, una de las principales debilidades de la intervención sobre la que se recomienda trabajar en futuras intervenciones.

⁴⁰ Ver punto 4.5 de este Informe.

⁴¹ Ver punto 4.5 de este Informe.

⁴² Ver punto 4.1 de este Informe.

⁴³ Esta realidad no es específica de Nicaragua.

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. El proyecto **ha resultado ser PERTINENTE** por el elevado grado de adecuación de sus distintas componentes a las necesidades sentidas de la población destinataria y porque para enfrentar estas necesidades propone una estrategia lógica y coherente.
2. El análisis de **EFICACIA** de la intervención concluye que los resultados obtenidos coinciden en líneas generales con lo inicialmente planificado, lográndose en algunos casos indicadores por encima de lo previsto. Se han llevado a cabo las actividades planificadas sin grandes desviaciones sobre lo inicialmente previsto.
3. La gestión de la intervención ha resultado **EFICIENTE**. Se respetaron los cronogramas inicialmente planificados y no se han producido desviaciones sustanciales en la ejecución presupuestaria. En algunos casos se han superado los indicadores inicialmente previstos, lo que responde en buena medida a una gestión eficiente de los recursos. La buena coordinación entre la entidad ejecutora, el MINSA y la Red Acción Comunitaria en Salud ha sido un factor determinante en la eficiencia en la gestión de los recursos.
4. En relación al **IMPACTO**, a pesar de lo complejo de su análisis, puede afirmar que la intervención ha generado impactos positivos sobre la salud de la población. Se ha conseguido fortalecer la Red de Acción y se han mejorado las capacidades de la población para la prevención y la promoción de la salud. Aun no estando planificado, alguna de las actividades ha generado un impacto positivo, aunque limitado, en los ingresos de la población.
5. El principal factor de **VIABILIDAD** es la positiva implicación de los distintos actores implicados. Existe un interés por dar un uso colectivo a los ingresos generados con alguna de las actividades, lo que también podría contribuir a dar sostenibilidad a la intervención. Como factor limitante, se señala la vinculación de algunos procesos organizativos a proyectos u organizaciones concretas.
6. La intervención presenta un alto nivel de **ALINEAMIENTO** con los documentos de políticas públicas de salud, y desde la gestión del proyecto se ha realizado un esfuerzo importante de coordinación tanto con el Sistema Nacional de Salud, como para actividades concretas con los centros educativos. En función de este alto nivel de alineamiento, se ha logrado un importante nivel de **APROPIACIÓN** por parte de las autoridades públicas de salud.

7. La intervención ha propiciado espacios de **PARTICIPACIÓN** de la población destinataria y ha contribuido de fortalecer procesos de organización comunitaria dirigidos a mejorar las capacidades de participación de la misma.
8. Se observa un alto nivel de participación de las mujeres en las distintas actividades. El proyecto ha logrado algunos alcances positivos: por un lado la incorporación de algunos hombres a la Red de Acción; por otro lado, la incorporación de mujeres a actividades que salen del ámbito reproductivo y se adentran en el productivo; también cabe señalar que dentro de las componentes del proyecto se han priorizado algunas que atienden a problemáticas de salud específicas de las mujeres. Sin embargo, no hay evidencias de que estos efectos positivos respondan a una estrategia que suponga un abordaje de la salud contemplando las diferencias de **GÉNERO** existentes y que pueden provocar inequidades en el acceso a la salud y costes específicos (a diversos niveles) sobre la vida de las mujeres como cuidadoras.

Recomendaciones

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

1. Definir, para futuras intervenciones, una estrategia que incorpore un abordaje de la salud contemplando las diferencias de género existentes y que pueden provocar inequidades en el acceso a la salud y costes específicos (a diversos niveles) sobre la vida de las mujeres como cuidadoras.
2. Buscar coordinaciones entre las distintas organizaciones presentes en la zona que apunten a fortalecer dinámicas organizativas comunitarias no ligadas a una organización o proyecto. El evaluador es consciente de que el actual contexto sociopolítico en Nicaragua es complejo, y que la coordinación con algunas organizaciones presentes en la zona con una clara afinidad partidista y una visión asistencialista del trabajo es compleja, pero aun así entiende que se deberían esfuerzos de acercamiento a las dinámicas organizativas comunitarias surgidas del trabajo de estas organizaciones, buscando trasladar a estas dinámicas lógicas menos asistencialistas.
3. Acompañar las posibles dinámicas productivas comunitarias que puedan surgir a raíz de los ingresos generados por la puesta en marcha de los bancos de aves.

6. ANEXOS

6.1. Matriz de Planificación del Proyecto

Lógica de Intervención	Descripción	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Objetivo general	Contribuir en el fortalecimiento del desarrollo de capacidades en salud en comunidades rurales del departamento de Chinandega en el marco de la consolidación del programa integral de lucha contra la lepra			
Objetivo específico	Consolidar las capacidades para la promoción, prevención y control de la lepra y principales problemas de salud en las familias de 14 comunidades pertenecientes a los municipios Villa Nueva, Somotillo y Santo Tomás.	<ul style="list-style-type: none"> Disminución en un 10% del índice departamental de mortalidad materna y un 5% del índice departamental de mortalidad infantil al finalizar los dos años de proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas del SILAIS para el departamento de Chinandega 	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud mantiene su implicación en políticas sanitarias
Resultado 1	Fortalecido el componente de lucha contra la lepra mediante la vigilancia epidemiológica, la educación y la mejora de la búsqueda activa y detección de casos para tratar la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> Al menos el 85% de pesquisajes planificados ejecutados 100% de controles de convivientes y contactos frecuentes extradomiciarios planificados realizados Al menos 6 núcleos de interés conformados en cada comunidad para adquirir, compartir y divulgar información 85% personal de salud con capacidades para identificar, diagnosticar y tratar la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de trabajo Ficha de pesquisaje Informe técnico Plan de trabajo Ficha de pesquisaje Informe técnico Acta de conformación Informe de actividades de los núcleos Informe técnico Pre-test y Post-test Informe técnico 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega a tiempo de medicamento por el MINSa Los pacientes no abandonan los tratamientos No existen grandes catástrofes climáticas que impidan el normal desempeño de las actividades. Se mantiene la información sobre los cambios de domicilio Funcionamiento estable de la red de

Resultado 2	Afianzada la estrategia para la maternidad segura en coordinación con el Ministerio de Salud y consolidadas las capacidades de salud materna con la red de acción comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las embarazadas, parejas y familias incrementan sus conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio • 100% de las parteras capacitadas en destrezas para salvar vidas • 100% de la red incrementa sus conocimientos y capacidades para negociar y/o consensuar el uso de métodos de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-test y Post-test • Informe técnico • Pre-test y Post-test • Informe técnico • Encuesta • Informe de actividades de la red • Informe técnico 	acción <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento y auge de la participación de las familias en las actividades
Resultado 3	Fortalecido el desarrollo de actitudes, conocimientos y cambios de comportamiento para prevenir las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en los niños y niñas menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos el 75% de las familias desarrollan comportamientos claves para prevenir las IRA y EDA al finalizar el proyecto • Nº de menores de 5 años con tos y respiración difícil o rápida referidos a una unidad de salud por la red al finalizar el proyecto • Nº de menores de 5 años con diarrea atendidos y referidos a una unidad de salud por la red al finalizar el proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Informe técnico • Hoja de referencia y contrarreferencia • Informe de actividades de la red • Informe técnico • Hoja de referencia y contrarreferencia • Informe de actividades de la red • Informe técnico 	
Resultado 4	Promocionada la lactancia materna, alternativas nutricionales y la implementación de huertos en los patios de los hogares.	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos el 80% de las madres con menores de 6 meses brindan lactancia materna exclusiva • Al menos el 60% de las familias cuenta con huertos en los patios de sus hogares • Al menos el 85% de menores de 5 años con crecimiento insatisfactorio recuperados 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de seguimiento • Informe técnico • Informe de seguimiento de las redes • Informe técnico • Informe de actividades de la red • Informe técnico 	
Resultado 5	Consolidada en la red de acción comunitaria y las familias los conocimientos sobre prevención de la leishmaniasis cutánea, asegurando el diagnóstico y el tratamiento a los pacientes en los centros de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos el 80% de las familias y el 100% de la red saben identificar y prevenir la enfermedad • 100% de casos diagnosticados remitidos a los centros de salud • Al menos 8 campañas de saneamiento desarrolladas por comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Informe técnico • Hoja de referencia y contrarreferencia • Informe técnico • Lista de participantes • Informe de actividades de la red • Informe técnico 	
Resultado 6	Garantizado el acceso al agua segura para consumo y promocionados cambios de comportamientos sobre factores higiénicos ambientales que afectan a la salud de las familias.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 pozos de beneficio comunal construidos por las familias • Nº de familias que se benefician de los pozos • Al menos el 70% de las familias eliminan adecuadamente los desechos sólidos y líquidos en sus hogares y manipulan adecuadamente el agua para beber 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación • Informe de actividades de la red • Informe de seguimiento de la red • Informe técnico • Informe de actividades de la red • Informe de seguimiento de la red • Informe técnico 	

6.2. Agenda del trabajo de campo

Fecha	Instrumento	Observaciones
19/03	Entrevista grupal: Equipo ADP - Presidente ejecutivo - Coordinador Médico - Coordinadora del Proyecto	Edwin Maradiaga Nelson Cabellero Martha Ardila
20/03	Visita al Centro de Salud de Somotillo - Entrevista a la Directora Visita a la Casa Maternal - Entrevista grupal a 3 mujeres embarazadas	Luisa Amanda Ribera
	Visita al Centro de Salud de Santo Tomás - Entrevista: Jefa de Enfermería - Entrevista: Enlace con Red Comunitaria de Promotores	Nancy Garcia Augner Mendoza
	Visita a la comunidad "Quebrada Arriba Santo Tomás" - Visita a pozo - Reunión con la comunidad	
21/03	Visita a la comunidad "Ojoche" - Reunión con grupo de mujeres organizadas Visita a la Escuela - Entrevista grupal: Alumnado (2 grupos)	
	Visita a la comunidad "Pajuil" - Reunión con grupo de mujeres organizadas - Visita al Banco de aves	
	Visita a la comunidad "Jiñocua" - Entrevista a promotora comunitaria	Angelina Rivera
	Visita a la comunidad "La Pacaira" - Reunión con la comunidad - Visita a pozo - Observación letrinas - Visita a Banco de aves	
22/03	Visita a la comunidad "San Miguelito" - Reunión con la comunidad - Visita a 2 Bancos de aves	

6.3. Documentación y bibliografía consultada

Gobierno de Nicaragua. *Plan Nacional de Desarrollo Humano*. Octubre 2008.

INIDE. *VIII Censo de Población y IV de Vivienda*. 2005.

MINSA. *Indicadores básicos de Salud 2007*. 2007.

MINSA. *Plan institucional a corto plazo 2010 orientado a resultados*. Enero 2010.

MINSA. *Plan Nacional de Salud 2011*. Enero 2011.

MINSA. *Política Nacional de Salud*. 2008.

OPS. *Salud en las Américas 2007*. 2007.

OPS. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2011*. 2012.

OPS-OMS. *Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública*. 2000.