



GCI Salud y Desarrollo
GCI Health and Development



FONTILLES

BOLIVIA
EVALUACIÓN FINAL EXTERNA

“Proyecto Piloto de Construcción y promoción de
municipios saludables en regiones indígenas de extrema
pobreza en Bolivia”. G005/2008

INFORME FINAL

GRUPO CONSULTOR DE INFRAESTRUCTURAS, S.A.

Av. Alfonso XIII, nº 151 - 28016 Madrid
Contacto: Ana Rosa Ormaechea Landa
Tel: 91 591 28 85 E-mail: anarosa@gcisalud.com

Junio 2012

INDICE

LISTADO DE ACRONIMOS.....	1
0. FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1.- DESCRIPCIÓN RESUMIDA DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA.	3
1.1.1.- <i>Antecedentes</i>	3
1.1.2.- <i>Breve descripción del proyecto</i>	4
1.2.- OBJETIVOS Y CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN FINAL.	4
1.3.- METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN FINAL.....	4
1.4.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN.	5
1.5. CONDICIONANTES Y LIMITANTES DE LA EVALUACIÓN.	6
2. RESEÑA HISTÓRICA Y CONTEXTO	7
2.1.- CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN	7
2.1.1.- <i>Identificación</i>	7
2.1.2.- <i>Formulación</i>	7
2.2.- CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO, POLÍTICO E INSTITUCIONAL	8
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN RECOPIADA.....	13
3.1 RESULTADO 1:.....	13
3.2 RESULTADO 2:	16
3.3 RESULTADO 3.....	20
3.4 RESULTADO 4.....	23
3.5 RESULTADO 5.....	25
4. VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	26
4.1.- CRITERIOS DE BASE	26
4.1.1 <i>Pertinencia</i>	26
4.1.2 <i>Coherencia</i>	26
4.1.3 <i>Eficiencia</i>	29
4.1.4 <i>Eficacia</i>	32
4.1.5 <i>Impacto</i>	36
4.1.6 <i>Sostenibilidad</i>	37
4.1.7 <i>Participación</i>	38
4.1.7 <i>Cobertura</i>	38
4.1.7 <i>Alineamiento</i>	39
4.1.8 <i>Armonización</i>	39
4.1.9 <i>Apropiación</i>	40
5. ENFOQUES DE DESARROLLO- TEMAS TRANSVERSALES	41
5.1 GÉNERO	41
5.2 MEDIO AMBIENTE	41
5.3 INTERCULTURALIDAD	42
6. CONCLUSIONES.....	43
7. LECCIONES APRENDIDAS.....	46
8. RECOMENDACIONES.....	47
9. ANEXOS	49
Anexo I	Términos de Referencia
Anexo II	Metodología propuesta, técnicas y fuentes utilizadas
Anexo III	Documentación analizada en la evaluación
Anexo IV	Cuadros del 1 a 7: Análisis de la información por Resultados
Anexo V	Ficha resumen de la evaluación, según modelo CAD.

LISTADO DE ACRONIMOS

Listado de Acrónimos	
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Estrategia de)
CAI	Comités de Análisis de Información
Ca CU	Cáncer cervicouterino.
CHP	Conocimientos, Hábitos y Prácticas
DILOS	Directorio Local de Salud
DOCV	Diario Oficial de la Comunidad Valenciana
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
GCI	Grupo Consultor de Infraestructuras
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IOV	Indicadores Objetivamente Verificables
FV	Fuentes de Verificación
FIADLSO	Fundación Internacional de Apoyo al Desarrollo Local y Social
MPP	Matriz de Planificación del Proyecto
nv	Nacidos vivos
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo General
ONGD	Organizaciones No Gubernamentales al Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Plan de Acción Comunitario
PND	Plan Nacional de Desarrollo de Bolivia
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SIAF	Sistema de Inventariado de Activos Fijos
SUSALUD	Seguro Universal de Salud
TDR	Términos de Referencia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

0. FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO

Nº de Expediente: G005/2008

Título del Proyecto: "Proyecto Piloto de Construcción y promoción de municipios saludables en regiones indígenas de extrema pobreza en Bolivia".

Entidad solicitante: Asociación Fontilles

Organización Local: Fundación Intercultural Nor Sud

País de actuación: Bolivia

Región: Departamento de Potosí. Provincia Cornelio Saavedra. Municipio de Tacobamba.

Duración prevista: 36 meses Duración real: 38 meses

Fecha de Inicio: 1 de noviembre de 2008 Finalización: 31 de diciembre de 2011.

Presupuesto total: 1.199.918,54 euros

Generalitat Valenciana: 946.353,10 euros (78,87 %)

Modificaciones: Ampliación del plazo de ejecución
Modificación de número de viviendas a construir

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene los hallazgos relevantes de la evaluación final externa del *“Proyecto piloto de construcción y promoción de municipios saludables en regiones indígenas de extrema pobreza en Bolivia”*, ejecutado por Asociación Fontilles, Fundación Nor Sud y Fundación Internacional de Apoyo al Desarrollo Local y Social (FIADELSON) con el financiamiento de la Generalitat Valenciana, a través de su Convocatoria de Subvenciones para proyectos de cooperación internacional al desarrollo del año 2008.

El potencial uso de la información extraída de la evaluación está principalmente dirigido a la toma de decisiones respecto a nuevos proyectos, asumir cambios e incorporar elementos que faciliten el seguimiento e impactos positivos en la población. A través de ello se busca dar salida a las necesidades expuestas en los Términos de Referencia (TDR) y la oferta presentada por el Grupo Consultor de Infraestructuras (GCI), para la realización de la evaluación. A continuación, se presenta un breve esbozo de los antecedentes y contexto en los que se desenvuelve la iniciativa:

1.1.- Descripción resumida de la intervención evaluada.

1.1.1.- Antecedentes

Como antecedentes de la iniciativa, se inicia mencionando a las principales organizaciones impulsoras de la misma, y que son Asociación Fontilles, FIADELSON y Fundación Intercultural Nor Sud.

Fontilles es una asociación sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, cuyo objetivo es acabar con la lepra y sus consecuencias, así como luchar contra las enfermedades ligadas a la pobreza, a través de proyectos de cooperación sanitaria en los países afectados y apoyar el desarrollo sostenible de estos países. Su constitución data desde 1902, lo cual hace de Fontilles una de las entidades referentes en la lucha contra la lepra.

Por su parte, FIADELSON es una Fundación de carácter privado sin ánimo de lucro que se clasifica como Organización no Gubernamental para el Desarrollo. FIADELSON se constituye en 1992 con el objetivo de dinamizar actividades de desarrollo, tanto en España como en países empobrecidos. Su ámbito de actuación preferente es el local entendido éste como la promoción de iniciativas locales y la movilización de recursos exógenos y endógenos para lograr la mejora de la calidad de vida de las poblaciones.

Por otra parte, la Fundación Intercultural Nor Sud, es una organización privada sin fines de lucro, que viene trabajando en el sur de Bolivia desde el año 1992. Ha ejecutado más de 50 proyectos de desarrollo, con fondos provenientes de más de 9 gobiernos de países donantes e inclusive del Gobierno Boliviano. Fontilles y Nor Sud, empiezan un trabajo conjunto en el año 2006 con el proyecto de *“Fortalecimiento del proceso de reducción de la lepra y lucha contra otras enfermedades olvidadas”* en 9 capitánías indígenas guaraníes ubicadas en los Municipios de Monteagudo, Huacareta, Villa Vaca Guzmán (Muyupampa), Huacaya y Machareti, sub región conocida como Chaco Chuquisaqueño y las comunidades indígenas de los cantones Poroma y Huañoma del Municipio de Poroma, segunda sección de la Provincia Oropeza del Departamento de Chuquisaca, Bolivia.

FIADELSON y Nor Sud tienen experiencia de trabajo previo desde la firma del *“Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional”* en diciembre de 2004. A través de ello, se buscaba la gestión para el financiamiento y co-ejecución de proyectos de desarrollo rural en municipios bolivianos con una estrategia a largo plazo. Al mismo tiempo han colaborado en los sectores de necesidades sociales básicas tanto en salud y educación, en condiciones de acceso al agua y una educación más incluyente e intercultural.

El 29/01/2008 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana (DOCV) las bases de la convocatoria de la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía de la Generalitat Valenciana, por la que se convocaron, para el año 2008, subvenciones a proyectos de cooperación internacional al desarrollo que realicen Organizaciones No Gubernamentales al Desarrollo (ONGD) en el exterior (ORDEN de 23 de

enero de 2008). Fontilles en asociación con FIADELISO, como entidades solicitantes, Nor Sud como contraparte ejecutora, se presentaron de manera conjunta y les fue concedida una subvención de 946.353,10 euros para la realización del Proyecto.

Así, la ejecución del proyecto inicia oficialmente el 1 de noviembre de 2008, con una duración prevista de 36 meses de los cuales hubo necesidad de ampliar a 2 meses más. Finalizó el 31 de diciembre de 2011.

1.1.2.- Breve descripción del proyecto

El Proyecto plantea como Objetivo General (OG) "Reducir el número de familias que viven en condiciones de extrema pobreza en Bolivia, a través de un modelo de municipio saludable y sostenible, bajo una intervención asociativa entre Norte y Sur, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)". De manera concreta, el Objetivo Específico (OE) expone: "Mejorar la condición de la salud materna e infantil, bajo un modelo integral de municipio con comunidades sanas y saludables, en alianza Norte – Sur dirigido al cumplimiento de los ODM 4, 5, 6 y 7." El Proyecto se enmarca en el sector salud, desde un enfoque local de gestión y participación.

A continuación se expone brevemente, el contexto y la identificación del mismo.

1.2.- Objetivos y contexto de la evaluación final.

El enfoque de la evaluación para Fontilles se enmarca en la visión de acompañamiento en los procesos en los que interviene, con el fin de analizar la calidad de los mismos e incorporar lecciones aprendidas y otros elementos de la experiencia en nuevos proyectos. Interpreta la evaluación como proceso de mejora y evolución continua.

El objetivo de esta evaluación está enfocado a obtener una valoración sobre el grado de consecución de los resultados esperados en el seno del proyecto y una serie de recomendaciones prácticas que nos permitan mejorar en futuras intervenciones.

Se espera que la evaluación identifique como lecciones aprendidas aquellos factores que han facilitado y/o dificultado la implementación del Proyecto, de manera que pueda servir como referencia para generar conocimiento para un uso más amplio. Se pretende además que la evaluación brinde recomendaciones para aumentar la eficacia de las intervenciones de Fontilles y de otros actores implicados.

El potencial uso de la información extraída de la evaluación se dirige a la toma de decisiones respecto a nuevos proyectos, asumir cambios e incorporar elementos que faciliten el seguimiento e impactos positivos en la población. La evaluación analiza la calidad de los procesos de ejecución del proyecto, la eficacia de las acciones en el contexto de la intervención, de acuerdo con las necesidades reales, y aporta pautas y elementos que permitan maximizar los resultados positivos, en su caso.

1.3.- Metodología de la evaluación final.

Previo recepción de la documentación por parte de Fontilles, se inician las primeras conversaciones sobre el proceso de evaluación, a través de una reunión en las oficinas de Fontilles en Valencia. Así se inicia la Fase I (Trabajo de Gabinete preliminar). El trabajo de campo y trabajo de gabinete posterior (Fases II y III) se realizaron a partir del 19 de marzo del 2012. A continuación se describe brevemente lo realizado dentro de cada fase:

Fase I: Trabajo de gabinete preliminar.

Primero se realizó un exhaustivo estudio de los informes, documentos, reportes técnicos y financieros de la ejecución del Proyecto con el objetivo de establecer el contexto en el cual se desarrolló el proceso, las obras, las dificultades técnicas y financieras identificadas, además de las negociaciones y compromisos

acordados de manera previa a la ejecución de la iniciativa, entre las autoridades locales y la entidad ejecutora del proyecto (Anexo III MS Documentación analizada).

Fase II: Trabajo de Campo.

Se procedió a la preparación de las herramientas y técnicas a aplicar en el trabajo de campo o fase II. Fundamentalmente el Trabajo de Campo ha estado conformado por dos momentos:

- 1ª. Conocer cómo se ha desarrollado el Ciclo completo del Proyecto evaluado.
- 2ª. Obtener la visión de los beneficiarios y actores involucrados en la intervención y así conocer cuáles fueron las actividades implementadas, la pertinencia de éstas frente a su realidad cotidiana, los resultados alcanzados y la valoración del Proyecto.

Para ello, se han utilizando básicamente las siguientes técnicas:

- Ü Reuniones de trabajo, coordinación y entrega de documentación, mantenidas entre GCI y las personas responsables del Proyecto de Fontilles en Valencia, con la finalidad de disponer de la información secundaria, las coordenadas de contacto de las personas y de las entidades a entrevistar y coordinar las agendas y logística de trabajo.
- Ü Entrevistas en Profundidad a informantes claves en España y en Bolivia. Se han mantenido entrevistas estructuradas con personas clave vinculadas al Proyecto, gracias a las cuales se ha recogido información relevante de la entidad gestora del proyecto.
- Ü Grupos focales. El propósito de este instrumento fue comparar las perspectivas de los beneficiarios con los objetivos de la evaluación.
- Ü Observación *in situ* de casos concretos: Visitas al proyecto para conseguir obtener información directa sobre los mecanismos que llevaron a su diseño y a los distintos modos de aplicación.

Fase III: Trabajo de Gabinete Posterior y elaboración del informe Final.

Una vez obtenida la información necesaria mediante el conjunto de técnicas utilizadas en las fases previas, el equipo ha procedido a organizar, estructurar y analizar la información, y a comparar y agregar datos, en función de lo cual se han elaborado los análisis pertinentes que ha llevado a la redacción del Informe.

En esta fase han participado conjuntamente los expertos que componen el equipo de trabajo en Madrid y en Bolivia para esta evaluación. A continuación se ha entregado este Informe Final a los representantes de Fontilles.

La metodología que se aplicó durante la evaluación en campo, ha sido participativa e inductiva. El análisis de la información recopilada ha permitido tratar los distintos niveles propuestos para la evaluación (diseño, proceso, resultados), el equipo evaluador trabajó con información secundaria y primaria.

1.4.- Criterios de evaluación.

Se pretende obtener un informe riguroso sobre el diseño, la cobertura y proyección del proyecto, sobre la participación de la contraparte y otros actores involucrados, la administración y gestión de los recursos y el impacto sobre la población beneficiaria.

La evaluación final proporcionará información sobre cuestiones como:

- Sobre el diseño de la intervención.
- Sobre el grado de cobertura y proyección.
- Sobre la participación: Evaluando el grado de implantación de las actividades realizadas.
- Sobre la administración de recursos.
- Aportará recomendaciones y propuestas a futuro.

Adicionalmente a la valoración por criterios, se pretende conocer la manera en que los mecanismos de gestión de la intervención han afectado el desempeño de las mismas y a la consecución de los objetivos deseados o de efectos no esperados.

Con el propósito de conocer la calidad del proyecto y de la ejecución del mismo, centrando la evaluación en los resultados, procesos y en la gestión de los ciclos del proyecto, se consideran los criterios estándar establecidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y priorizados por Fontilles en los términos de referencia (TDR): *Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto y Viabilidad*.

Según los TdR se tendrán en cuenta los siguientes criterios complementarios: *Coherencia, Apropiación, Alineamiento, Armonización, Participación y Cobertura* (Anexo II MS Metodología propuesta y fuentes utilizadas).

1.5. Condicionantes y Limitantes de la Evaluación.

A lo largo del trabajo de campo ha habido una serie de circunstancias que han limitado en cierta medida el alcance de la evaluación y que resumimos a continuación:

1º.- El territorio es extenso, con problemas de accesibilidad y dispersión poblacional, se debe viajar mucho y caminar en algunos casos varias horas de ida y vuelta para llegar a visitarlos. Los comunarios pese a que han respondido a las convocatorias de Nor Sud y estaban con mucha disponibilidad a participar, han estado también caminando para llegar al punto de encuentro, ya que viven dispersos; tienen su propia dinámica y cotidianidad, sus reuniones comunales son una práctica muy regular entre ellos y a veces coincidían con la visita o tal vez aprovechaban para hacerlas ya que estaban reunidos. Debido a esto, las sesiones de la evaluación no podían alargarse y disponer del tiempo necesario.

2º.- Los coordinadores o gerentes del proyecto ya no trabajan en Nor Sud, pues el proyecto ha finalizado. En este caso, concretamente no pudimos reunirnos con los encargados de las capacitaciones y seguimiento a los ACS.

Por último queremos destacar la buena disposición de todas las personas consultadas de Fontilles, Nor Sud, etc., que han facilitado el acceso a toda la información solicitada y han dado apoyo a lo largo de toda la evaluación.

2. RESEÑA HISTÓRICA Y CONTEXTO

2.1.- Contexto de la intervención

2.1.1.- Identificación

A partir de enero 2008 se sostuvieron reuniones tanto entre FIADELSON-FONTILLES, para la concreción de los términos del proyecto como reuniones entre éstas organizaciones y la Generalitat Valenciana, a manera de conocer más de cerca las prioridades de este donante en Bolivia. Durante ese proceso se definió tanto la zona geográfica específica de la intervención (debido a que Bolivia es país prioritario para la cooperación valenciana) y el enfoque sanitario del proyecto.

Las comunidades, grupos beneficiarios y municipalidad han participado por su parte, de manera directa en la definición precisa de las acciones y los resultados deseados. De la misma manera, el proyecto se basa en un diagnóstico municipal del sector de la salud que es parte del Plan de Desarrollo Municipal de Tacobamba. El mismo fue elaborado en 4 etapas durante la gestión 2007 y consolidado durante el cuarto trimestre de la misma gestión. Para ello, se acotaron los problemas a abordar de manera directa y se definieron 5 resultados.

2.1.2.- Formulación

El proyecto pretende resolver el problema del acceso y atención sostenible de problemas estructurales de salud, en particular de los grupos de poblaciones vulnerables. Concretamente el proyecto aborda las siguientes situaciones:

- Ü El elevado índice de morbilidad y mortalidad materno-infantil que afecta anualmente a más del 20% de la niñez menor de 5 años y mujeres en edad fértil.
- Ü El elevado índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), fundamentalmente el acceso al agua limpia, que afecta a más del 99,5% de la población y que derivan de manera directa en la salud en general.
- Ü El problema de la causa principal de mortandad en personas adultas de la población en general, el Mal de Chagas.

Para ello, y para garantizar el logro del Objetivo Específico, la lógica de intervención del Proyecto, establece los siguientes resultados:

Resultado 1: Fortalecido el funcionamiento del sistema Municipal público de salud, por una gestión compartida con los diversos actores de la sociedad civil.

Resultado 2: Prevenida la malnutrición de niños menores de 3 años, mujeres gestantes y rehabilitados los niños menores de 5 años, que presentan algún grado de desnutrición en las Subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari.

Resultado 3: Incrementado el número de familias que acceden agua limpia y consumo de alimentos sanos y nutritivos en las Subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari.

Resultado 4: Mejorado el nivel de habitabilidad y el sistema de vigilancia epidemiológica de en las comunidades con mayores índices de infestación del mal de Chagas en el municipio.

Resultado 5: Desarrolladas las capacidades y prácticas saludables de las familias, respetando sus costumbres, a través de un mejor uso de productos nutricionales en la dieta de las mujeres y niños/niñas principalmente en las Subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari.

2.2.- Contexto socio económico, político e institucional

Situación de la mortalidad materna e infantil en Bolivia.

La mortalidad materna en Bolivia es una de las más altas de América Latina. Según la ENDSA 2008, la razón de mortalidad materna estimada para el período 2003-2008 es de 310 defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos, estimación que es superior a la correspondiente al período 1998-2003 que era de 229 muertes maternas por cada 100 nv.¹

La mortalidad neonatal en Bolivia es de 27 por 1.000 n.v, compartiendo con Haití los niveles más altos del continente americano. La mortalidad neonatal en Bolivia representa más del 50% de la mortalidad infantil (muertes en menores de 1 año) y más del 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad. Si bien, en los últimos 15 años la tasa de mortalidad neonatal ha mostrado una tendencia decreciente importante, en el último quinquenio (2003 -2008) existe un estancamiento, manteniéndose en 27 por 1.000 nv.²

Según el informe de ENDSA 2008, la mortalidad infantil es en promedio de 50 por cada 1.000 nv., esta cifra en el área urbana es de 36 por 1.000 nv. y alcanza a 67 por 1.000 nv en el área rural.

Las determinantes de la mortalidad materna e infantil son: la pobreza, los bajos ingresos, el lugar de residencia, el bajo nivel educativo; por esta situación, los mayores índices de mortalidad se encuentran en las poblaciones más pobres, periféricas de las grandes ciudades y en los sectores rurales indígenas, que se constituyen en los grupos más vulnerables a la enfermedad y la muerte y que son la gran mayoría de la población.

La accesibilidad, entendida como "la posibilidad de llegar a un servicio de salud o entrar en él" y que además expresa la demanda, en Bolivia presenta grandes limitaciones debido a: la alta dispersión poblacional en el área rural, la inexistencia y mal estado de los caminos y la poca disponibilidad de transporte público; los escasos recursos económicos familiares, que no permiten cubrir el pago del transporte hasta los establecimientos de salud (ya que los costos de atención son solventados por el Seguro Público); las barreras generadas por las prácticas y procedimientos de los servicios no adecuados ni apropiados para la diversidad cultural de la población, por la incomprensión y falta de reconocimiento de los proveedores(as) de salud para valorar las diferencias de criterio, de conducta y los rasgos característicos de las diferentes culturas de la sociedad boliviana y el maltrato del personal de salud; son todos factores que influyen en la decisión de las usuarias sobre acudir a los centros de salud. También en ello, influye la condición social y económica de las usuarias, ya que esto es más frecuente en las madres y usuarias de los sectores sociales más pobres.

El bajo nivel educativo y poco conocimiento de las personas y familias sobre el cuidado de su salud y el ejercicio de sus derechos en salud, la situación de género y machismo en las familias rurales, imposibilitan el reconocimiento de una complicación obstétrica con riesgo de muerte y la toma de decisiones de buscar asistencia médica. A todo lo anterior se suma la limitada responsabilidad social y participación ciudadana en el tema desde el nivel local.

La baja calidad de los servicios y la poca confianza del público usuario(a) de los mismos, aspectos íntimamente relacionados con su capacidad resolutoria, se expresan en las bajas coberturas: el 67 % de los partos son atendidos en establecimientos de salud, pero en la población rural más pobre esta cifra es solamente el 30%.³

¹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008)

² *Idem.*

³ *Idem.*

Contexto Político

Como producto de una nueva gestión gubernamental iniciada en enero del 2006, Bolivia inicia un proceso de cambios estructurales en el Estado, que buscan eliminar la exclusión social de los sectores postergados de la sociedad, corrigiendo las desigualdades e inequidades económico-sociales. Dentro de este nuevo escenario político el gobierno diseña un Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como mandato último “el vivir bien” de todos los bolivianos, siendo el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, parte del mismo.

El Plan Nacional del Sector Salud 2006-2010, aborda las intervenciones de manera integral con un enfoque en los determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones objetivas de vida de los individuos y las colectividades y dirige sus acciones a la construcción de un Sistema Único, Solidario, Intercultural, Comunitario de Salud con rectoría sanitaria, movilización social, promoción de la salud y solidaridad.

El Plan de Desarrollo Sectorial comprende cinco Políticas: 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) Rectoría, 3) Movilización Social, 4) Determinantes de la salud, y 5) Solidaridad.

Las cinco Políticas correspondientes se orientan a: 1) la Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) la recuperación de la soberanía sanitaria, el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión, 3) la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias, 4) la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida y 5) la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

Estas Políticas, se articulan en la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. Posteriormente, el Sector diseña un Plan de Desarrollo 2010-2020, ahora vigente, que comprende 3 ejes:

Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar y Comunitaria, cuyo objetivo es efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.

Eje 2: Promoción de la Salud y Movilización Social, que tiene como objetivo incidir en la transformación de los determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial en el marco del derecho a la salud.

Eje 3: Rectoría y Soberanía en Salud, que busca recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector, en el marco de las autonomías.

Salud Familiar Comunitaria e Intecultural SAFCI

Primero fue concebido como un Programa, y posteriormente se convirtió en Política. Su objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Sus principios son: la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad. Se operativiza a través de su modelo de atención y modelo de gestión participativa en salud.

Este modelo articula personas, familias y comunidades con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión y procesos de comunicación fluidos. La atención de salud no solo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión. Articula y complementa, en una relación de poder simétrica e igualitaria, los conocimientos y prácticas de las diferentes medicinas (académica, indígena, originaria, campesina y otras). Así, el modelo de gestión participativa en salud SAFCI promueve un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes, el sector salud y los gobiernos (municipales, departamentales y nacionales), en el cual cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, ejecución-administración, seguimiento y control social de las acciones.

Establece 3 estructuras de gestión:

Ü Estructura Estatal:

- Nivel local: El Establecimiento de Salud, es la Unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.
- Nivel municipal: El Gobierno Municipal, es la máxima autoridad a nivel de la jurisdicción y es el responsable de la gestión de los recursos físicos de salud (infraestructura física, equipamiento, insumos y suministros) y de su administración financiera; El Directorio Local de Salud (DILOS), es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social en salud en el ámbito. Está conformado por el Alcalde Municipal, quien lo preside; el Jefe Médico Municipal de la red de servicios como representante del sector salud y un representante de la comunidad, que es el presidente del Comité de Vigilancia; La Coordinación Técnica de la Red de Salud es la encargada de la operativización de la política, planes y programas del sector a nivel local y es el responsable de la gestión de la red de servicios, tiene dependencia técnica y administrativa del Servicio Departamental de Salud (SEDES).
- Nivel departamental: El SEDES, es el responsable de la ejecución de las Políticas de Salud y del control de su aplicación, tiene dependencia técnico normativa del Ministerio de Salud y Deportes y dependencia administrativa de la Prefectura del Departamento. Articula la política nacional con la gestión municipal y es el responsable de la gestión de los recursos humanos de salud.
- Nivel nacional: El Ministerio de Salud y Deportes, representante del poder ejecutivo, es el ente rector-normativo que establece las Políticas en materia sanitaria y es el encargado de velar por su cumplimiento.

Ü Estructura Social: Conformada por representantes elegidos democráticamente y no remunerados, organizada de la siguiente manera:

- Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad, de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad.
- Comité Local de Salud: Es la representación orgánica de las comunidades pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/centro), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.
- Consejo Social Municipal de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.

- Consejo Social Departamental de Salud: Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con el Plan Departamental de Desarrollo; además de realizar el control social a la implementación de la misma en cuanto a las actividades de salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, una de sus funciones principales es el de conseguir el presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental/prefectural.
- Consejo Social Nacional de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país. Es el articulador de las necesidades y propuestas en salud de los Departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social a las acciones que esta instancia emprenda.

Ü Estructura intersectorial: Espacio de deliberación con los representantes de los otros sectores alineados con la política sanitaria, para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados. Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros). Sus espacios de deliberación conjunta y toma de decisiones en corresponsabilidad, donde se concretiza la gestión local en salud para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad, y que son:

- a. En el nivel local: En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son la Reunión General de Planificación y el Comité de Análisis de Información en Salud, CAI:
- b. Mesa Municipal de Salud. Máxima instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la gestión en salud del municipio que incluye a otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el Municipio, para incorporarlas al Plan de Desarrollo Municipal y a la Programación Operativa Anual, constituyéndose a su vez en el espacio de seguimiento al desarrollo de los mismos.
- c. Asamblea Departamental de Salud. Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Departamental, se constituye a su vez en el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA Departamental.
- d. Asamblea Nacional de Salud. Es la máxima instancia de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Sectorial de Salud y a su vez es el espacio de seguimiento al mismo.

Desnutrición CERO.

Inicialmente es un proyecto de la Política 5. Solidaridad, después adquiere la dimensión de Programa, pretende mejorar la alimentación y nutrición de los niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; promover los hábitos alimentarios saludables con enfoque plurinacional; incrementar la capacidad del sector salud en la gestión nutricional con Unidades Nutricionales Integrales y lograr la participación comunitaria para prevenir y combatir la desnutrición, y mejorar la salud de la población boliviana, todo ello con el propósito de contribuir a la erradicación de la desnutrición en los niños y niñas.

Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia "AIEPI"

La AIEPI es una estrategia internacional que fue desarrollada a inicios de la década de los 90 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), fue destinada prioritariamente a países con una mortalidad infantil superior a 40 por mil nacidos vivos. Las intervenciones de AIEPI son curativas, preventivas y de promoción de la salud y son aplicadas en el hogar y en los servicios de salud.

Tiene tres componentes:

- Mejora del sistema de salud.
- Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia.
- Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los-as niños-as. Este último componente busca la promoción y aplicación de las 16 mejores prácticas de cuidado del menor de 5 años.

En el 2004, después de muchas revisiones, Bolivia adopta el AIEPI neonatal comunitario y en el año 2006, se establece el AIEPI Comunitario Nutricional, bajo el paraguas del Programa de Desnutrición Cero, en esta línea se establece como documentos normativos:

- El Manual del Agente Comunitarios en AIEPI Neonatal Comunitario.
- El Manual del Agente Comunitario en AIEPI Nut de la familia y la comunidad.
- La Guía del Facilitador.

Cuya finalidad es orientar a los ACS'S para el desempeño y supervisión de sus funciones.

Bono Juana Azurduy

En abril del 2009 se pone en vigencia el Bono Juana Azurduy, y es un programa de protección social, que da un incentivo en efectivo a mujeres embarazadas y a madres de niños menores de 2 años, no beneficiarias de la seguridad social, que acuden a los servicios de salud para realizarse de forma regular control prenatal y control de crecimiento y desarrollo de los niños y además para la atención del parto y el postparto.

3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN RECOPIADA

A continuación se esboza brevemente los resultados previstos y verificados para el Proyecto. Se asocia cada uno con las actividades previstas por la lógica de intervención.

3.1 Resultado 1:

“Fortalecido el funcionamiento del sistema municipal público de salud, por una gestión compartida con los diversos actores de la sociedad civil”.

Actividades asociadas al R1:

- A.1.1 Ejecución del programa de Formación de auxiliares de salud pública (Hombres y Mujeres).
- A.1.2 Campañas Municipales de atención y prevención de enfermedades de mujeres en edad fértil.
- A.1.3 Creación y fortalecimiento del Directorio Local de Salud Municipal (DILOS).
- A.1.4. Conformación de las redes sociales de salud.
- A.1.5. Elaboración y ejecución de un plan de control social al Seguro Universal de Salud (SUSALUD).
- A.1.6. Fortalecimiento e integración de Tacobamba a la Gerencia de Red Regional.

1.1 Programa de formación de auxiliares de salud pública.

El Proyecto ha identificado y capacitado a 153 Agentes Comunitarios de Salud Materno-Infantiles (ACS) cubriendo el 100 % de las 76 comunidades del Municipio con un promedio de 2 ACS por comunidad. De estos, el 63% son hombres y el 37% son mujeres. Del total de 159 ACS formados, en el momento de realización de la evaluación se mantenían activos 55 (36%) (Ver cuadro 1, en Anexo IV).

La capacitación se inició en el primer año del Proyecto y estuvo a cargo de 3 facilitadores con perfiles de médico, enfermero y auxiliar de enfermería. La capacitación impartida fue en las siguientes áreas temáticas:

- Módulo I - Roles y funciones de los ACS.
- Módulo II - Salud Materno Neonatal.
- Módulo III - Salud sexual reproductiva.
- Módulo IV - Chagas, Tuberculosis y Malaria.
- Módulo V – AIEPI.

El Proyecto facilitó la entrega a los ACS de material oficial del Ministerio de Salud; es decir del “Manual del Agente Comunitario en AIEPI Neonatal Comunitario y del Manual del Agente Comunitario en AIEPI Nut de la familia y la comunidad”, así como de los talonarios de referencia y contrarreferencia.

Los ACS han promovido la salud de las personas de sus comunidades, mediante visitas a las familias y sesiones educativas grupales, en las que han orientado sobre cuidados de la salud y nutrición en el hogar y la comunidad, para la mujer durante el embarazo, parto y postparto; para el y la bebé antes, durante el nacimiento y el primer mes de vida y para el y la menor de 5 años, con la finalidad de promover la adopción de mejores prácticas de salud y nutrición para las embarazadas, los niños y niñas y cambios de actitud en los cuidados y la atención de las madres gestantes, recién nacidos(as) y de la niñez menor de 5 años.

A lo largo del proyecto se han realizado en total 286 visitas domiciliarias. Asimismo, se han realizado 187 sesiones educativas grupales (Ver cuadro 2, en anexo IV). Este dato coincide con las visitas realizadas en el marco del proyecto de Salud Comunitaria, pues los ACS activos son los mismos. De acuerdo a la información proporcionada, a través de los facilitadores se ha realizado 265 actividades de seguimiento a los ACS, con un promedio de 2 supervisiones anuales por ACS a lo largo de los 2 últimos años (Cuadro 3, en anexo IV).

1.2 Campañas Municipales de atención y prevención de enfermedades de mujeres en edad fértil.

El Proyecto ha apoyado al Sistema Local de Salud para la realización de dos campañas de detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino durante el 2010 y el 2011. Para ello y de acuerdo al Jefe Médico Municipal, se realizó examen de Papanicolau a 400 mujeres que representan alrededor del 13 % de las mujeres en edad fértil del municipio. Los resultados de la prueba fueron todos negativos.

A través del proyecto se aportó material para la realización de la prueba (guantes y espátulas) y además se entregó a las mujeres enseres plásticos de uso doméstico como estímulo para que las mujeres se acercasen a hacerse la prueba.

1.3 Creación y fortalecimiento del Directorio Local de Salud Municipal (DILOS).

A través del Proyecto se ha capacitado en la temática de funciones del DILOS tanto a sus miembros como al Concejo Municipal, al mismo tiempo que ha apoyado sesiones de esta instancia de gestión compartida. Las capacitaciones se realizaron en septiembre de 2010 y posteriormente en diciembre y mayo del 2011.

Sin embargo de acuerdo a la información proporcionada por el Jefe médico municipal de Tacobamba que forma parte del DILOS como representante del sector salud, esta instancia no ha funcionado con los 3 actores previstos, debido a que el representante comunitario del Comité de Vigilancia no tiene una asistencia regular a las reuniones ya que vive en una comunidad alejada de la población de Tacobamba y el DILOS prácticamente ha estado integrado únicamente por su persona más el Alcalde.

1.4 Conformación de las redes sociales de salud.

Conforme a lo que establece la SAFCI, se ha promovido el nombramiento de las autoridades locales de salud (ALS) en las comunidades, la conformación y el funcionamiento de Comités Locales de Salud (CLS) en los sectores y del Consejo Social Municipal de Salud (CSMS) a nivel municipal; así como la capacitación de los miembros de estas estructuras para el desempeño de su rol.

De las 76 comunidades de intervención, únicamente 34 han elegido a su ALS (45%). Mientras que se ha conformado 5 CLS de los 8 establecimientos de salud y se ha constituido el CSMS de Tacobamba.

En las comunidades que cuentan con ALS se ha promovido la realización de Comités de Análisis de Información Comunitarios (CAIC's). En promedio se ha desarrollado un CAI por año en cada comunidad, sin embargo no se han elaborado planes de acción comunitarios para su posterior ejecución con el concurso de la comunidad o a través del Gobierno Municipal.

1.5 Elaboración y ejecución de un plan de control social al Seguro Universal de Salud (SUSALUD).

Esta actividad como tal no se ha podido ejecutar debido a que el SUSALUD, hasta la fecha, no ha sido implementado a nivel nacional. A pesar de ello, el Seguro Universal Materno Infantil está vigente como política y además el gobierno ha implementado a partir del 2009 el Bono Juana Azurduy, que se está implementando en la zona.

1.6 Fortalecimiento e integración de Tacobamba a la Gerencia de Red Regional.

A lo largo de la ejecución del Proyecto se ha apoyado la logística para la realización de CAI's municipales trimestrales y la realización de mesas de salud en las gestiones 2009 y 2010. De igual manera a partir del Proyecto se han propiciado actividades de capacitación al personal de salud de la red en temas de carpetización familiar, Diagnóstico de Chagas, Diagnóstico de Ca CU (cáncer cervicouterino). Se ha carpetizado a 4.000 familias del municipio dentro del modelo de atención de la SAFCI.

Análisis sobre los hallazgos relativos al Resultado 1

A lo largo del proyecto se han realizado en total 286 visitas domiciliarias por parte de los ACS. Asimismo, se han realizado 187 sesiones educativas grupales (Cuadro 2, en anexo IV). Este dato coincide con las visitas realizadas en el marco del proyecto de Salud Comunitaria pues los ACS activos son los mismos.

En lo que refiere a las actividades de promoción de la salud a través de las visitas domiciliarias del ACS, de acuerdo a la información estadística proporcionada por el Proyecto, se puede apreciar que la actividad se ha realizado únicamente en 11 de 76 comunidades lo que representa el 15 % del total. De igual manera dentro del proceso de promoción de la salud mediante visitas domiciliarias de los ACS, observamos la ausencia de un censo comunitario por parte de éstos para conocer mejor su comunidad e identificar a las familias de riesgo; es decir aquellas que tienen mujeres embarazadas, mujeres que han dado a luz, recién nacidos(as) y niños(as) menores de 5 años, familias a las que principalmente dirigirían sus acciones.

Para la realización de las citologías a mujeres, a través del Proyecto se adquirieron guantes y espátulas. Durante las entrevistas mantenidas algunas mujeres refirieron que aún no se les comunicaron los resultados acerca de su examen de Papanicolau. Se destaca que como un incentivo para que las mujeres se realizasen este examen se regalaron enseres plásticos de uso doméstico a las pacientes. Desde esta evaluación se señala que a pesar que la dotación de este incentivo ha tenido un efecto positivo para que las mujeres realizasen la prueba, se debe apostar por una concientización de éstas sobre la importancia de su salud buscando que las acciones para prevenir y cuidar su salud sean realizadas de manera espontánea y no requieran necesariamente de estímulos externos relacionados con sus roles domésticos.

Dentro del diseño del Proyecto se tenía previsto la instalación, implementación y equipamiento de una oficina central de DILOS y como parte del fortalecimiento, se promovería la planificación del DILOS para que éste sea incluido en el POA municipal, así como la elaboración y ejecución de un plan de seguimiento y evaluación al SUMI, al personal de salud, etc. Estas acciones podrían ser más óptimas desde un enfoque sistematizado ya que un reto tras la ejecución del Proyecto, sería consolidar la elaboración de un Plan de fortalecimiento del DILOS que de manera estructurada defina los problemas que tiene esta instancia para su buen funcionamiento y que desde ahí se tracen intervenciones correspondientes con sus necesidades, metas, indicadores, etc.

En cuanto el establecimiento de redes y estructura social, la designación de ALS por las comunidades ha recaído sobre los mismos ACS en la mayoría de casos. Si bien los ACS han sido capacitados aún no han internalizado su rol, con lo que esta situación añade peso a sus funciones comunitarias. De igual forma los CLS y CSMS debido a que aún se visualizan como instancias más formales que funcionales, es un aspecto que ha de ser tomado en consideración para el futuro. En lo que respecta a la planificación participativa local, se han desarrollado CAI'c donde se identifica la problemática de salud, sus determinantes y búsqueda de soluciones, con lo que el reto residiría en trasladar las demandas de la comunidad hasta su incorporación en la Planificación Municipal del Sector.

Finalmente, apuntar que el Plan de fortalecimiento de la Gerencia de Red de Salud sería una herramienta necesaria para la mejora del funcionamiento de la Gerencia y el planteamiento de las decisiones en torno a las estrategias a seguir.

3.2 RESULTADO 2:

“Prevenida la malnutrición de niños menores de 3 años, mujeres gestantes y rehabilitados los niños menores de 5 años, que presentan algún grado de desnutrición”.

El Resultado 2 comprendía las siguientes actividades (en las subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahuacari y Chari Chari):

- A.2.1. Implementación de Fondos Rotatorios
- A.2.2. Implementación de desayuno escolar y dotación alimentación complementaria
- A.2.3. Formación de promotores/as agropecuarios
- A.2.4. Implementación de huertos familiares y escolares, horticolas, frutícolas y forestales.
- A.2.5. Campaña de inscripción en el Seguro Universal de salud, de la niñez y mujeres en edad fértil.

2.1 Implementación de Fondos Rotatorios

El Proyecto ha implementado 23 Fondos Rotatorios de semillas en 28 comunidades intervenidas para incrementar la producción de alimentos. Con ello se beneficiaron 1.124 familias con cultivo de papa, 249 familias con cultivo de maíz y 268 con cultivo de trigo (Ver cuadro 4, en anexo IV).

La Fundación NOR SUD ha hecho la entrega de semillas certificadas de los mencionados cultivos al comité productivo, registrando esta entrega mediante listas. Para la entrega de las semillas se ha tomado en cuenta la superficie de terreno y la disponibilidad de siembra por parte de las familias. A continuación se tiene un resumen de entrega de semillas en las comunidades evaluadas:

Cultivo	Comunidad de Tirina	Comunidad Pampa	Comunidad Chira Chira
Papa	1 qq.	2 arrobas (2010)	1 qq. (variedades huaycha, revolución y sani)
Maíz	1 cuartilla	1 cuartilla	1 cuartilla
Trigo	1 cuartilla	-	1 a 2 arrobas hasta 1 qq.

Las entregas de las semillas han sido metódicamente divididas en los tres años del proyecto, inicialmente el año 2009 un 35%, el segundo año 35% y el tercer año un 30% para poder cubrir al total de familias planificadas de las comunidades.

Durante el año 2010 en algunas comunidades no se ha tenido funcionamiento el fondo rotatorio debido a que se perdió la semilla por factores climatológicos. Sin embargo, en la mayoría de las comunidades el fondo rotatorio está siendo administrado por su comité liderado por un secretario general de la comunidad. Debido a la naturaleza del fondo rotatorio, su retorno tarda un año calendario agrícola y durante ese período las autoridades de las comunidades están atentas al respecto.

De estas entregas efectuadas, se ha tenido las siguientes relaciones de cosecha:

- En el cultivo de papa, se tiene una relación 1:7 a 1:10 (8 cargas)
- En el cultivo de maíz, se tiene una relación 1:2 a 1:3 (2 cargas)
- En el cultivo de trigo, se tiene una relación 1:10 (2 a 3 cargas)

Los porcentajes de devolución de semilla oscilan entre el 25% hasta el 70%, dependiendo de la comunidad y las condiciones que puedan haber afectado la producción normal de los cultivos.

Paralelamente se ha apoyado con procesos de capacitación, mediante talleres ejecutados por el personal del proyecto en los siguientes temas: preparación de suelos, producción, siembra, distancias de siembra, tiempo oportuno de cosecha, fumigación, entre otros. Igualmente se brindó asistencia técnica a los productores principalmente para apoyar en la identificación de plagas y enfermedades en los cultivos.

2.2 Implementación de desayuno escolar y dotación alimentación complementaria

El Municipio de Tacobamba tiene un convenio con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) mediante el cual recibe insumos de donación, consistentes en alimentos fundamentalmente de origen vegetal en raciones secas para la alimentación de niños menores de 5 años. El Proyecto a través de sus acciones ha complementado esta dotación con legumbres producidas en los huertos escolares y de esa manera se ha podido brindar a los niños asistentes a los núcleos educativos, desayuno y almuerzo escolar con un contenido nutricional mucho más integral.

2.3 Formación de Promotores/as Agropecuarios/as.

Se han formado 56 promotores agropecuarios en 28 comunidades, de los cuales 52 son hombres y 4 mujeres (Cuadro 4, en anexo IV). Los y las promotores y promotoras agropecuarios/as han sido seleccionados por la comunidad a través de una reunión comunal, teniendo como principal rol el de enseñar a los productores cómo preparar el suelo y efectuar la siembra de los cultivos y seguimiento a la formación de terrazas para los huertos y plantaciones de los frutales.

Para fortalecer sus conocimientos se han efectuado capacitaciones en temas de preparación del terreno, cómo se incorpora el huano, manejo orgánico de los cultivos, preparación de sustancias de control ecológico con molle, ají, eucalipto, muna muna, orín de vaca, almacenamiento de la papa (postcosecha) mediante capas de eucalipto y muna muna, control de ataque de plagas (pilpinto) en el almacenamiento de papa, entre otros.

Ha de considerarse que antes del proyecto ya había promotores formados por otros proyectos previos (años 2007 y 2008). Entre dichos promotores, algunos han sido considerados por la comunidad como promotores del proyecto realizado entre Fontilles y Nor Sud.

2.4 Implementación de huertos familiares y escolares, hortícolas, frutícolas y forestales

- Se han implementado 1.775 huertos familiares frutícolas en 28 comunidades, y 508 huertos familiares hortícolas en 21 comunidades.
- Se ha implementado 22 huertos escolares en 22 Unidades Escolares
- Se han implementado 5 viveros comunales en 4 comunidades (cuadro 4, en anexo IV).

A continuación se describe brevemente los hallazgos de la implementación de huertos familiares y escolares:

a) Huertos familiares:

Los huertos familiares implementados tienen una dimensión aproximada entre 1/8 a 1/4 de Ha. Donde la responsabilidad y administración del huerto es por la familia, es decir, tanto el hombre como la mujer y los hijos. Un elemento de selección para el trabajo con los huertos familiares ha sido la presencia de agua para riego en estas parcelas, limitando a otras familias este factor de producción.

Los huertos familiares están teniendo una producción diversificada, pudiendo considerar los siguientes grupos de cultivos:

- Hortalizas, lechuga, repollo, acelga, zanahoria, cebolla, pepino, perejil, tomate, lacayote, nabo, rabanito, espinaca, remolacha.
- Árboles frutales, durazno, manzana y limón.
- Plantas medicinales, manzanilla,
- Otros, frutilla

El proyecto inicialmente ha brindado semillas de diferentes hortalizas para ser sembradas en los huertos familiares en calidad de prueba y posteriormente de acuerdo a los resultados se ha efectuado la entrega de semillas de hortalizas de acelga, perejil, repollo, lechuga, cebolla, pepino y plantines de frutales de durazno y manzana (2009), entregándose como promedio 3 a 5 plantas de manzana y en otras comunidades 25 a 30 plantines de durazneros. Los productores tienen una preferencia por los árboles de frutales de durazno y manzana, y no se priorizan los árboles forestales esto debido a que se ha obtenido mejores resultados con frutales.

Paralelamente a este proceso productivo se han efectuado talleres de capacitación en nutrición y preparación de alimentos con las hortalizas de los huertos familiares, donde tanto mujeres como hombres ha sido participes de los mismos, cocinando ambos en el taller. En caso de la comunidad de Chari Chari también se han dado cursos de capacitación en elaboración de tallarines.

Igualmente se han brindado talleres en otras temáticas para las familias que trabajan con huertos familiares tal como podas de frutales, embolsado y preparación de sustrato para el durazno. También distancias de plantación, almacigado, trasplante y tiempo de germinación de hortalizas.

Entre los problemas principales que han interferido en mejores resultados de la producción de hortalizas, ha sido el ataque del conejo a la semilla, hormigas y otras plagas menores. En el caso de los frutales no se tuvo mucho éxito con los durazneros producidos en vivero y se tuvo una pérdida aproximada del 50%, según los productores de la comunidad de Chari Chari y el otro restante porcentaje están entre los 80cm. a 1mtr de altura.

Los huertos familiares han permitido incorporar otros alimentos a la dieta alimenticia y complementar con los cultivos tradicionales de papa y trigo. El testimonio siguiente refleja esta aseveración "antes no comíamos hortalizas, ahora ya comemos". Las hortalizas sirven para alimentación de los miembros de la familia y los excedentes para la venta a mercados cercanos y potenciales de la ciudad de Sucre y centro minero de Colavi por mencionar algunos (repollo, acelga, lechuga, perejil, zanahorias y cebolla).

Los productores identifican como un elemento clave para el logro de los resultados en los huertos familiares la calidad de la semilla, muy diferente a la que normalmente se compraba en los mercados y ferias.

b) Huertos escolares:

Los huertos escolares están bajo la responsabilidad de la escuela y las juntas escolares y en algunos casos por el portero quien además está a cargo de la producción del huerto. Los responsables de brindar el desayuno escolar son los profesores, junta escolar y las responsables para la cocina son las madres de familia.

El huerto escolar consta de una infraestructura con carpa de 3 X 12 metros donde se están produciendo hortalizas para el desayuno escolar. En algunas comunidades se ha vuelto necesaria la ampliación de la infraestructura, porque cada año existe el incremento en el número de alumnos y también se debe hacer mejoras, como cambiar las calaminas plásticas deterioradas. Para la operación de huerto, el proyecto ha entregado palas, picos, regaderas y semillas de hortalizas y en ellos se están produciendo acelga, tomate, cebolla y pepinos entre los principales productos. La producción de hortalizas ha servido para alimentar a los niños de las escuelas, considerando por algunos productores que esto también beneficia a un mejor aprendizaje de los niños.

Para una buena administración y producción de los huertos escolares se brindó talleres de capacitación en producción de hortalizas principalmente con los alumnos de cursos superiores: séptimo y octavo de secundaria.

Durante la producción en los huertos escolares se tuvo la presencia de la enfermedad "blanca", la cual no ha limitado la producción. A recomendación de los técnicos del proyecto se ha efectuado la curación respectiva con medicamentos (aunque no a todo el huerto), con lo que hay que remover y cambiar la tierra de todo el huerto.

Actualmente se continúa con la producción de hortalizas en el huerto escolar y para dar continuidad a esta producción en la comunidad de Tirina se está considerando la estrategia donde cada alumno traerá un poco de huano y se solicitará Bs. 0,50 ctv por alumno para la compra de semillas, lo cual ya está aprobado por la junta escolar.

c) Viveros forestales:

Los viveros forestales tienen una superficie aproximada de 500 m² y el proyecto ha entregado alambres de púas, mallas milimétricas, fierros, bolsas, carretillas, palas, picos y regaderas para su delimitación. Estos viveros han tenido la producción de cunure, pinos (2.000 a 3.000 plantines), tipa, aliso, eucaliptos, además de durazneros. De esta producción se han llevado a plantación definitiva entre 15 a 25 plantines de pino y 25 plantines de eucalipto por familia.

Los aspectos climáticos como son la granizada ha afectado a la producción en vivero, ya que se perdió toda la producción y a nivel de campo se ha tenido una pérdida aproximada del 30% en el caso de eucalipto y más del 50% en el caso de los pinos. Ellos dicen que "de 10 eucaliptos, 2 a 3 mueren" y "el pino no resultó, por falta de humedad en los terrenos definitivos".

Se deben mejorar los procesos productivos en vivero forestal, principalmente el cuidado de los plantines (sanidad), igualmente se debe incrementar la cantidad de semilla en durazneros para obtener más cantidad de plantines y posteriormente efectuar los injertos correspondientes. Para ello se deben efectuar talleres de capacitación prácticas y en el idioma nativo en temas de manejo de viveros, injertos de duraznos y manzanos.

2.5 Campaña de inscripción en el Seguro Universal de Salud (SUSALUD), de la niñez y mujeres en edad fértil

El SUSALUD no fue implementado aún en el país, por tanto esta actividad no se llegó a realizar.

Sin embargo está vigente el SUMI, seguro público que cubre la atención de mujeres embarazadas y niños menores de 5 años y además en abril del 2009 se puso en vigencia el Bono Juana Azurduy, programa de protección social, que da un incentivo en efectivo a mujeres embarazadas y a madres de niños menores de 2 años, no beneficiarias de la seguridad social, que acuden a los servicios de salud para realizarse de forma regular control prenatal, atención del parto, del postparto y control de crecimiento y desarrollo de sus niños, por lo que consideramos que el Proyecto podía haber reorientado esta actividad, a promover la inscripción de las mujeres en gestación y niños menores de 2 años en el Bono Juana Azurduy y a promover la utilización del SUMI.

De acuerdo a las entrevistas sostenidas con la población y las mujeres de la comunidad, existe un desconocimiento acerca del SUMI y se han presentado para las potenciales beneficiarias del Bono Juana Azurduy, dificultades de orden administrativo para acceder al mismo.

Con la finalidad de estimular el control prenatal, el Proyecto ha entregado bañeras para bebés a las mujeres embarazadas que se realizaban control.

Análisis sobre los hallazgos relativos al Resultado 2

El Fondo Rotatorio ha sido una estrategia para trabajar con los cultivos tradicionales de las comunidades, llamados por el proyecto como “alimentos diversificados” aunque solamente se trabaja con cultivos tradicionales obedeciendo con ello a patrones culturales de la alimentación local. Los cultivos que han sido apoyados mediante este fondo han sido: papa, maíz, trigo y haba. En todo caso, en el proceso de evaluación se ha constatado la solicitud en la entrega de semilla de los cultivos de habilla y arveja.

Se considera que la cantidad de semillas entregada ha sido suficiente para generar y garantizar productos para la alimentación de las familias. Se destaca la utilización de semilla mejorada (de calidad), lo cual ha permitido mejorar la producción y obtener buenos resultados pese a los factores climatológicos limitantes (pocas y excesivas lluvias, heladas y granizadas). Los fondos rotatorios de semillas han sido administrados por un comité productivo conformado por dirigentes y promotores de la comunidad y quienes han sido elegidos por la comunidad. Actualmente estos comités no están en funcionamiento, puesto que no existe semilla para la rotación del fondo y en algunos casos están a la espera solamente de la devolución de semilla por las familias beneficiadas del 2011 para volver a operar. En el proceso de devolución influye el seguimiento del sindicato, corregidor y promotores agropecuarios.

La estrategia del Fondo Rotatorio debe ser evaluada y analizada conjuntamente por los productores y productoras quienes deben tomar la decisión de seguir impulsándola como estrategia o cambiar su enfoque. Para ello debe priorizarse su continuidad en las comunidades que ha tenido éxito y buscar otra estrategia alternativa para las comunidades donde no se ha logrado el objetivo. Es importante tomar en cuenta que para el éxito de esta estrategia la calidad de la semilla ha sido determinante, aunque no como único factor, sino acompañado de procesos de capacitación y asistencia técnica de mayor intensidad y continuidad.

Desde esta evaluación se quiere hacer un señalamiento especial a dos factores relacionados con este Resultado: 1) a pesar que la entrega de material después de las capacitaciones no estaba prevista por la intervención, se considera que la disponibilidad de material es un elemento que funciona de guía o apoyo para el mantenimiento de los conocimientos adquiridos; 2) existen familias de las comunidades que no han sido beneficiadas con semilla a pesar que lo han solicitado. Con ello existe un descontento entre las familias no beneficiarias.

En la experiencia de trabajo con promotores agropecuarios, se debe anotar que no se ha propiciado un seguimiento sistemático posterior a las capacitaciones o un acompañamiento a sus actividades y roles por parte del equipo técnico del proyecto. Es muy importante tomar en cuenta las muchas experiencias con trabajo de promotores agropecuarios, ya que se pudo percibir que en la mayoría de ellas el promotor considera una carga adicional de trabajo, puesto que no recibe ningún apoyo económico por sus servicios y tampoco tiene una ayuda o apoyo de su comunidad en sus labores.

3.3 RESULTADO 3

“Incrementado el número de familias que acceden agua limpia y consumo de alimentos sanos y nutritivos, en las subcentralias de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari”.

El Resultado 3 comprendía las siguientes actividades (en las subcentralias de Rodeo, Ancoma, Yahuacari y Chari Chari):

A.3.1. Construcción y funcionamiento de sistemas de agua potable comunales.

A.3.2. Construcción y funcionamiento de sistemas de micro riegos comunales.

A.3.3. Conformación de comités comunales de riego y comités de agua potable en equidad de género.

3.1 Construcción y funcionamiento de sistemas de agua potable comunales

Se han construido 27 sistemas de agua situados en 16 comunidades de las subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahuacari y Chari Chari, beneficiando a 361 familias. Las obras han sido concluidas en los últimos 4 meses de ejecución del Proyecto (sep-dic 2011) (Cuadro 5, en anexo IV).

Es importante destacar que el sistema de agua que provee a la localidad de Chari- Chari es fundamental, ya que es la única fuente inocua para el abastecimiento de la población, puesto que el río tiene niveles de contaminación que lo hacen no apto para el consumo humano.

3.2 Construcción y funcionamiento de sistemas de micro riegos comunales

Se han construido y puesto en funcionamiento, 18 sistemas de micro riego en 11 comunidades beneficiando a 916 familias. Los sistemas de micro riego constan de una obra de toma, canales de distribución de la toma al estanque, un estanque con una capacidad aproximada de 30 m³ (30.000 litros), llaves de paso y canales de distribución para las parcelas de buenas condiciones.

El número de familias beneficiarias por sistema de micro riego construido oscila ampliamente no cubriendo en todas las ocasiones el total de familias presentes en la zona. Algunos ejemplos:

- En la comunidad de Chari Chari se tiene desde 5 hasta 19 familias beneficiadas por cada sistema construido.
- En la comunidad de Chari Cari se han construido 4 sistemas de micro riego; Llunchita 10 beneficiarios, Palca 5 beneficiarios, Fislo 7 beneficiarios, Konapaya 19 beneficiarios.

Estos sistemas tienen la capacidad actual de riego a parcelas de aproximadamente entre 0.25 a 0.50 hectáreas de terreno por familia para cultivos de papa, cebada, maíz, frutales, haba, arveja, hortalizas, zanahoria, lechuga, remolacha y acelga. La cantidad de agua para riego de estos sistemas, en algunas épocas del año no es suficiente para cubrir la demanda y exigencia de los cultivos, por ello algunos productores no completan su riego en sus turnos respectivos y otros no tienen turnos, existiendo reclamos en las reuniones.

En algunos sistemas de micro riego, en la época de lluvia existe la dificultad que el agua afecta a la toma de agua, problemas en las cañerías debido a los derrumbes, dificultando el buen funcionamiento del mismo. A esto se suma que existen familias que no han tenido el beneficio de contar con riego, las cuales se sienten relegadas del proceso productivo y la implementación de los huertos familiares.

3.3 Conformación de comités comunales de riego y comités de agua potable en equidad de género

Se han conformado 18 comités de riego nuevos, un comité por sistema de micro riego nuevo en 11 comunidades y se han fortalecido e institucionalizado otros 29 comités conformados en anteriores intervenciones.

Los miembros de los comités comunales de riego han sido elegidos por la comunidad y las carteras más comunes son presidente, vicepresidente, tesorería, actas y operación y mantenimiento. Se debe mencionar que la estructura del comité de riego está vinculada a la magnitud del sistema ya que en algunos casos solamente se tiene una cartera de presidencia y/o responsable, que efectúa la operación, mantenimiento, limpieza de tuberías, del tanque. La pertenencia a dicho comité es abierta para la colaboración y sólo ha de considerarse que se deben realizar trabajos comunitarios de forma voluntaria.

Algunos comités de riego, cuentan con un plan de gestión de riego, donde se planifica cada mes, considerando como prioritario el plan de limpieza, cuidado del tanque de agua, canales, para ver las medidas correctivas. Esto no se encuentra en un documento o herramienta técnica metodológica, sino más bien es efectuado en cuadernos y cada productor se anota su rol y fecha de trabajo.

Los comités cuentan con estatutos y reglamentos pero estos no están en pleno funcionamiento, puesto que por lo menos un 50% de los miembros del comité de riego desconocen tanto los estatutos como el reglamento y en algunos casos, durante el proceso se han ido dando las funciones y roles de sus miembros y no siempre sobre la base de sus documentos normativos.

La conformación de comités de riego y comités de obra se han realizado al menos con 2 meses de antelación al inicio de las obras de infraestructura, como ejemplo podemos mencionar el sistema de micro riego de la comunidad Condes sector de Condes, el cual en fecha 20 de mayo de 2011 se conformó el comité de riego y comité de obra, en fecha 07 de octubre de efectúa el acta de inicio de obras y finalmente el 15 de diciembre de 2011 de efectúa la entrega oficial del sistema de micro riego, según actas de los medios de verificación. Por otra parte, algunos comités ya estaban en funcionamiento desde hace cinco años atrás, organizados con otros proyectos de la fundación Nor Sud y a través del presente proyecto se ha fortalecido su rol y desempeño para el manejo del agua.

Análisis sobre los hallazgos relativos al Resultado 3

En cuanto a los sistemas de agua potable, un mecanismo de sostenibilidad establecido por el Proyecto es la asignación de una cuota, que deben aportar los usuarios por el uso del sistema de agua potable. Desde esta evaluación se hace un llamado a observar dicha cuota, de manera que sea proporcional a la capacidad de pago de las familias y el beneficio que reciben del sistema construido. Algunos aspectos como la cobertura de sistemas de agua por familia llaman la atención dentro del proyecto, ya que se observó que en algunos casos el sistema de agua tenía una toma lejana y beneficiaba solamente a 5 familias.

Un reto tras la ejecución del proyecto es el seguimiento a los sistemas de agua potable, ya que también se observa que algunas piletas estaban sin funcionar por aspectos menores (por ejemplo, el no cambiar un grifo). En general, debe observarse el desempeño del Comité de Agua Potable y Saneamiento y la utilización de algunos sistemas de agua, que no están siendo utilizados exclusivamente para consumo humano si no para riego, lo cual puede ser contraproducente a futuro dependiendo del volumen de la fuente de agua y su caudal. Se tienen conformados 76 comités de agua, que corresponden a los sistemas nuevos como a los construidos con anterioridad al Proyecto. Según refieren los entrevistados, estas instancias al igual que otros comités fueron inicialmente conformadas para administrar el proceso de construcción de los sistemas, posteriormente sus integrantes recibieron orientación sobre su cuidado y conservación.

Por otra parte, los sistemas de riego tienen la capacidad actual de riego a parcelas de aproximadamente entre 0.25 a 0.50 hectáreas de terreno por familia para cultivos de papa, cebada, maíz, frutales, haba, arveja, hortalizas, zanahoria, lechuga, remolacha y acelga. La cantidad de agua para riego de estos sistemas en algunas épocas del año no es suficiente para cubrir la demanda y exigencia de los cultivos, por ello algunos productores no completan su riego en sus turnos respectivos y otros pierden turnos, lo cual propicia cierto clima de quejas en las reuniones.

Respecto a la gestión de riego, podemos mencionar que se tiene definidos ciertos criterios para el uso del agua, nos referimos a los turnos, que difieren de una comunidad a otra. Es así que en los meses de junio y agosto (estiaje), hay mayor control, y el turno corresponde a 1 día de riego por familia, regando una superficie de aproximadamente 0,25 Has. (1 cato), en otra comunidad el turno dura solamente 6 horas del día por familia.

En algunos sistemas de micro riego en la época de lluvia existe la dificultad que el agua afecta a la toma de agua debido a problemas en las cañerías por los derrumbes, dificultando el buen funcionamiento del mismo. A esto se suma que existen familias que no han tenido el beneficio de contar con riego, las cuales se sienten relegadas del proceso productivo y la implementación de los huertos familiares.

El beneficio principal de los sistemas de micro riego es propiciar la diversificación de la producción, ahora ya se pueden producir hortalizas, así como se ha incrementado el volumen de los productos agrícolas siendo el ejemplo más visible el cultivo de papa y cebada, cultivos de los cuales ahora se puede producir dos veces al año, facilitando la rotación de cultivos.

Los comités de riego realizan asambleas y reuniones donde analizan, discuten y toman decisiones sobre el funcionamiento del sistema de micro riego u otros aspectos que influyan en el mismo. El comité lleva adelante las reuniones, comunica al resto de la comunidad de los resultados de dichas reuniones, asume eventuales desperfectos de sistema, controla los turnos, controla el tanque y la limpieza del mismo. A lo largo del trabajo evaluativo se ha podido observar que los comités de riego no han contado con capacitación para el mantenimiento de los sistemas. También se pudo observar que existen algunos problemas de comunicación en las directivas del comité de riego, por lo que sería importante reforzarles con temas de organización, liderazgo y gestión entre otros, para la solución de problemas.

3.4 RESULTADO 4

“Mejorado el nivel de habitabilidad y el sistema de vigilancia epidemiológica en las comunidades con mayores índices de infestación del mal de Chagas en el municipio”.

El Resultado 4 comprendía las siguientes actividades:

A.4.1 Campaña del componente de Información, Educación y Comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento, respecto al Chagas.

A.4.2 Construcción para el mejoramiento de viviendas.

A.4.3 Realización de campañas de fumigación y seguimiento de post rociado.

A.4.4 Implementación de Puesto de Información de Vectores (PIV).

A.4.5 Detección y atención de posibles mujeres gestantes y niñez menor de 10 años que estén infectados con Chagas, para su tratamiento.

4.1 Campaña del componente de Información, Educación y Comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento, respecto al Chagas

El Proyecto desarrolló actividades de IEC dirigidas a beneficiarios y beneficiarias del mejoramiento de viviendas: se capacitaron 690 personas en la prevención de la enfermedad de Chagas durante los años 2009, 2010 y 2011. Al mismo tiempo se capacitaron a 173 profesores y 1.057 alumnos-as de los centros educativos del Municipio de Tacobamba en noviembre del 2011.

4.2 Construcción para el mejoramiento de viviendas.

Inicialmente se había previsto la mejora de 1.775 viviendas en 28 comunidades del municipio de Tacobamba, pero a lo largo de la ejecución se produjeron una serie de situaciones que llevó a una modificación en el número de viviendas a cubrir, pasando de 1.775 a 700. Las principales razones expuestas en la solicitud para la realización de este cambio presentada por parte de Fontilles y Nor Sud ante la Generalitat Valenciana fueron:

- La dispersa ubicación de hogares en el amplio territorio municipal de Tacobamba incidió en que las familias que viven más alejadas no pudiesen realizar el traslado de materiales de construcción (teja, vigas, caña hueca, yeso y cemento) hacia sus predios familiares. Este fue el principal motivo que llevó a que las familias renunciasen a la mejora de la vivienda. La participación de la comunidad en el acarreo de los materiales era un aspecto previamente acordado para la mejora de las viviendas.
- El incremento de los precios en los insumos de construcción hizo que el presupuesto del proyecto fuese escaso como para además de la adquisición de materiales de construcción, se cubriese de igual manera el transporte de materiales.

Una vez solicitada esta modificación a la Generalitat Valenciana, se recibe la autorización de la misma en fecha 13/10/2010. Con ello se adecua el IOV relativo a la construcción de viviendas (IOV 4.3) y se establece que serán 700 viviendas mejoradas.

Así a través del Proyecto se mejoraron 700 viviendas en 23 comunidades, la mayoría de ellas (606) fueron concluidas en los meses de octubre y diciembre del 2011 (Cuadro 6, en anexo IV). La inaccesibilidad de la zona ha dificultado ampliamente el proceso de construcción.

Las viviendas mejoradas constan de 2 ambientes: 1 dormitorio y 1 cocina, su superficie es de 8 x 3,80 mts. y comprenden: muro de adobe, cubierta de teja, revoque interior y exterior y piso de cemento.

El Proyecto entregó materiales de construcción a los beneficiarios y les brindó asistencia técnica para las labores de mejoramiento de sus viviendas, además se elaboró y se les proporcionó un manual de construcción de viviendas. Por su parte, las familias beneficiarias fueron las responsables del acopio de material local, preparación de adobes y de la construcción.

Para emprender, ordenar y coordinar la construcción de las viviendas en las comunidades, se organizaron los comités de vivienda, que coadyuvaron al proceso, organizando la distribución de materiales, haciendo seguimiento al avance de las obras y exigiendo el cumplimiento de las contrapartes.

4.3 Realización de campañas de fumigación y seguimiento de post rociado.

De acuerdo a la información disponible, en la ejecución de estas campañas participaron 891 personas del municipio a través de talleres de realización de campañas de fumigación y el seguimiento de post rociado. Este taller estuvo a cargo del técnico de Chagas del municipio y personal del SEDES Potosí.

4.4 Implementación de Puesto de Información de Vectores (PIV).

En las subcentrales de Rodeo, Ancoma y Juruna se han creado 9 puestos de información de vectores (PIV), para realizar la vigilancia comunitaria en el control de la enfermedad de Chagas y se han capacitado a comunarios para esta función.

Los responsables de los PIV's dentro de sus funciones deben visitar las viviendas para revisar si existen vinchucas dentro o fuera de los ambientes; en caso de encontrarlas, deben remitirlas al puesto de salud para su análisis de infestación y a su vez deben realizar el reporte correspondiente al sistema de vigilancia epidemiológica.

En la población de las 5 subcentralías objeto de intervención del Proyecto, en apoyo al Sistema de Salud se promovió una campaña para detección de la enfermedad de Chagas.

La actividad fue desarrollada por los servicios de salud del municipio, con la asistencia técnica de personeros del SEDES y la participación del Hospital Bracamonte de la ciudad de Potosí en el procesamiento de muestras sanguíneas para el diagnóstico, el Proyecto proporcionó materiales de laboratorio como lancetas y tubos de ensayo y además apoyó con recursos económicos para la capacitación de 14 trabajadores de salud de los establecimientos del municipio, a cargo de personal técnico del SEDES. Se diagnosticaron 114 casos (+) de Chagas, los que deberán ser tratados por los servicios de salud.

Análisis sobre los hallazgos relativos al Resultado 4

Se han mejorado 700 viviendas de familias de la zona de influencia del proyecto. La evaluación observa que pese a que las viviendas tienen muy poco tiempo de mejoradas, hay cierto deterioro de su revoque interior y exterior. En la mayoría de las viviendas visitadas, se ha observado que tanto en la pared externa del ambiente de cocina como en la pared divisoria entre ambos ambientes (cocina- dormitorio) se han

dejado unos huecos de aproximadamente 40 x 40 cm, a manera de ventanas. Por otra parte, se observa que en algunas viviendas no se han colocado vidrios en las ventanas o mallas milimetradas, lo cual puede ser un riesgo para el ingreso de la vinchuca a la vivienda. Estos aspectos son vinculados con una información y sensibilización insuficiente a las familias sobre como debe tener y mantener su vivienda, para evitar el ingreso del vector de mal de Chagas.

El proceso de mejoramiento de viviendas ha concluido al tiempo que la ejecución del Proyecto, por lo que no se puede valorar el grado de infestación post-intervención, que es el resultado de varios factores: mejoramiento y limpieza de viviendas, desarrollo de vigilancia comunitaria y acciones de control vectorial, como las fumigaciones que se realizan a cargo del Programa de Control del Chagas del SEDES.

3.5 RESULTADO 5

“Desarrolladas las capacidades y prácticas saludables de las familias, respetando sus costumbres, a través de un mejor uso de productos nutricionales en la dieta de las mujeres y niños/niñas principalmente, en las subcentralias de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari”.

El Resultado 5 comprendía las siguientes actividades (en las subcentralias de Rodeo, Ancoma, Yahucari y Chari Chari):

- A.5.1. Formación de hombres y mujeres de las comunidades en salud para la mujer y niñez gestantes.
- A.5.2. Formación de Promotoras Campesinas de la salud en el Hogar en las comunidades.

5.1 Formación de hombres y mujeres de las comunidades en salud para la mujer y niñez gestantes

El Proyecto ha capacitado a 718 personas en 30 comunidades de intervención, 475 son mujeres y 243 son hombres (Ver cuadro 7, en anexo IV).

La capacitación fue en las siguientes áreas temáticas:

- Alimentación saludable.
- Alimentación complementaria.
- Lactancia.
- Higiene alimentaria.

5.2 Formación de Promotoras Campesinas de la salud en el Hogar en las comunidades

En el grupo de mujeres formadas de la comunidad se encuentran 56 promotoras campesinas de la salud en el hogar que desarrollan labores de orientación y educación en sus comunidades sobre temas de nutrición y alimentación saludable.

Análisis sobre los hallazgos relativos al Resultado 5

Si bien el desarrollo de capacidades y prácticas saludables pasa por capacitar a agentes de información y Educación a nivel comunitario, se propone ir más allá al considerar la incorporación de esa acción en una Estrategia de Comunicación para el Cambio de comportamiento, que comprenda:

- Un diagnóstico de Conocimientos, Hábitos y Prácticas (CHP) en la población y en el grupo de agentes.
- Un análisis sobre los elementos que identifique el diagnóstico como facilitadores y obstaculizadores para el cambio, con énfasis en temas interculturales.
- Un planteamiento de acciones prácticas y adecuadas a la idiosincrasia cultural, para su transformación.

Lo que entre cosas implica el estudio CHP, preparación de material educativo, programación de actividades regulares de capacitación y acompañamiento y evaluación de la efectividad de las acciones emprendidas.

4. VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

4.1.- Criterios de base

4.1.1 Pertinencia

Correspondencia con las prioridades y necesidades de la población

Tras el análisis comparativo y en relación a la media de los indicadores de pobreza, de desarrollo humano, de NBI e indicadores de salud en general y específicamente materno infantil de diferentes Departamentos y Municipios Bolivianos, se considera adecuada la elección del Municipio de Tacobamba como destinatario de los beneficios que el Proyecto ha aportado.

Asimismo el SEDES reconoce como adecuada la actuación del Proyecto en el Municipio de Tacobamba, al ser considerado éste como zona crítica dentro del Departamento de Potosí por sus bajos indicadores sanitarios. Además las acciones del Proyecto son consideradas importantes por el personal operativo local ya que complementan el desarrollo de sus funciones.

Igualmente, el Gobierno Municipal estima fundamental el aporte del Proyecto especialmente en el tema de dotación de infraestructuras físicas para vivienda, agua potable, micro riego y de mejora de la producción, acciones que indudablemente inciden en el mejoramiento de las condiciones de vida de su población, sobre todo porque se trata de un Municipio que dispone de muy pocos recursos económicos para salvar carencias de servicios básicos.

De la misma manera los beneficiarios y beneficiarias directas consideran que las actividades realizadas son una prioridad para las familias de las comunidades del municipio y han llenado una necesidad sentida en la privación de servicios básicos y en materia de prevención de la desnutrición de niños menores de 5 años y mujeres gestantes, puesto que la desnutrición influye negativamente en el crecimiento de los niños y el rendimiento en el aprendizaje educativo.

Adaptación de la intervención a los posibles cambios desde el momento de la definición de la intervención

La principal adaptación registrada ha sido respecto a la situación en torno al acarreo de materiales para la mejora de viviendas y la renuncia de familias al beneficio de esta acción. En esta situación la ONG ha adaptado el presupuesto disponible para realizar la cobertura de 700 viviendas, previa autorización de la Generalitat Valenciana.

Se anota como un desafío del proceso, las adaptaciones que fueran necesarias para fomentar las sinergias con el SEDES, en un contexto de rotación de personal en esta institución y en términos generales, la adaptación de los mecanismos de coordinación con las dinámicas del municipio.

4.1.2 Coherencia

Correspondencia de la intervención con los problemas identificados

En general el diseño global del Proyecto guarda coherencia ya que plantea un enfoque integral de desarrollo para el mejoramiento de la salud, incidiendo en temas de servicios básicos como: la vivienda y el agua potable, la producción agrícola y además la gestión sanitaria local y la promoción de la adopción de mejores prácticas de nutrición y cuidado de la salud a nivel comunitario. A pesar de ello, se registran algunas incidencias que se detallarán a continuación.

Si analizamos algunos de los resultados observamos que ciertas actividades planteadas no presentan correspondencia con los mismos. Por ejemplo, en el caso del resultado 1: *Fortalecido el funcionamiento del sistema municipal público de salud, por una gestión compartida con los diversos actores de la sociedad civil*, que comprende actividades de reforzamiento de las diferentes instancias de gestión sanitaria, tanto a nivel municipal, como comunitario y sectorial desde un abordaje institucional.

Específicamente se contempla la actividad de desarrollo de Campañas Municipales de atención y prevención de enfermedades de mujeres en edad fértil (A.1.2) actividad que esencialmente se enfoca a la prestación de servicios de salud, por lo que está fuera de un fortalecimiento institucional del sistema y encajaría mejor en la lógica de un Resultado que tuviese más una vocación hacia la provisión de servicios de salud.

En lo que refiere al resultado 2: *Prevenida la malnutrición de niños menores de 3 años, mujeres gestantes y rehabilitados los niños menores de 5 años, que presentan algún grado de desnutrición*, y el resultado 3: *Incrementado el número de familias que acceden a agua limpia y consumo de alimentos sanos y nutritivos*, ambos con fuerte base de actividades para el mejoramiento de la producción agrícola; por lo que de acuerdo a la lógica del diseño de la intervención, si se cuenta con agua para riego y acceso a tecnología productiva, se puede mejorar la producción de los cultivos tradicionales y ello permite introducir cultivos alternativos (hortalizas y frutales), apoyando esto con capacitación, asistencia técnica y el apoyo de los promotores agropecuarios.

Sin embargo, la implementación de viveros forestales comunales (A.2.4) no concuerda con el resultado perseguido, especialmente cuando en el vivero se prioriza la producción de plantines de eucalipto y pino, especies que principalmente tienen como función la conformación de bosquetes y no están consideradas como especies que puedan aportar nutrientes al suelo o ser parte de sistemas agroforestales en las parcelas o huertos familiares.

Otros aspectos del diseño que podrían ser mejorados son:

- Actividades incluidas en el diseño de la intervención sin correlación en el presupuesto, como el equipamiento de una oficina para el DILOS y la dotación de equipo informático para la Coordinación de la Red de Salud.
- A pesar que 2 de los 5 resultados tienen base productiva agrícola; en la estructura presupuestaria del proyecto, no se ha contemplado personal especializado para el trabajo con producción, tal como un Ingeniero o Técnico Agrónomo.
- En el resultado 5, las actividades contempladas se consideran insuficientes para el logro del mismo; esto debido a que solamente se han contemplado actividades de capacitación (a hombres y mujeres de las comunidades y promotores), sin explicitar dentro de las actividades, los mecanismos a través de los cuales dichas capacitaciones inciden en capacidades y prácticas de las familias.
- A pesar que en todos los resultados se presentan actividades de capacitación, no se ha presupuestado material para formación.

Matriz de Planificación del Proyecto (MPP)

Metodológicamente el Objetivo General (OG) plantea un marco global en el que ha de operar la estrategia de desarrollo y sirve por tanto, como un terreno amplio que refleja una situación para la cual puede adecuarse más de una respuesta (Objetivo Específico OE), vinculada al mismo tiempo, con más de un sector del desarrollo. En ese sentido el OE propuesto para el proyecto supone una alternativa que en concordancia con su nivel dentro del árbol de objetivos, ha de referirse a un cambio concreto y tangible (es decir, sujeto de medición) el cual es perseguido con su implementación. Por su parte, los Resultados definidos para el OE y que responden a los niveles medios (productos) de la planificación, en conjunto suponen una garantía del logro del OE. Por ello, deben responder a las mismas variables expuestas en el OE. Los Resultados deben ser un "desglose" del OE en productos medios concretos y claramente diferenciables por estar adscritos bien a un ámbito, a una población o bien a un espacio geográfico específico que esté contenido en el OE y a su vez en el OG.

El OG del Proyecto establece: Reducir el número de familias que viven en condiciones de extrema pobreza en Bolivia, a través de un modelo de municipio saludable y sostenible, bajo una intervención asociativa entre Norte y Sur, en el marco de los objetivos de Desarrollo del Milenio.

Por su parte, el OE expone: *Mejorar la condición de la salud materna e infantil, bajo un modelo integral de municipio con comunidades sanas y saludables, en alianza Norte y Sur desafiando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5, 6 y 7, estimados para Bolivia, en el Municipio de Tacobamba.*

Puede apreciarse que un acotamiento del OE podría aumentar su validez y adecuación dentro de la lógica propuesta. En primer lugar, el OE expresa un ámbito nacional de cumplimiento de los ODM, sin concretar de manera específica lo deseado dentro de éstos en el municipio de Tacobamba. En segundo lugar, la definición concreta de los aspectos en que se busca incidir dentro de los ODM 4, 5, 6 y 7; ya que estos Objetivos en sí mismos suponen amplios esquemas de influencia.

Este acotamiento es necesario si no se quiere expresar un enfoque ambicioso y de escasa viabilidad, dada la dimensión que permite la realización de un Proyecto. Además, si bien el proyecto plantea intervenciones para revertir NBI, su abordaje no comprende actuación en temas de insumos energéticos y educación, criterios que juntamente con la vivienda, la provisión de servicios de agua y saneamiento y la salud son los empleados para la medición de pobreza en Bolivia.

Indicadores Objetivamente Verificables (IOV)

Los IOV actúan de "guías" que orientan el desempeño de la ejecución y que al mismo tiempo son de utilidad para el seguimiento y la evaluación de los logros del Proyecto y deben observar las características mínimas de calidad, cantidad, tiempo y ubicación. Asimismo la validez de un Indicador se complementa a través de sus Fuentes de Verificación (FV), siendo los aspectos que atribuyen el carácter precisamente "verificable" del planteamiento de un IOV.

Partiendo de estas precisiones algunos de los IOV del OG relacionados con la alta reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, pueden resultar inadecuados, por las limitaciones en el abordaje de múltiples aspectos estructurales que van más allá del ámbito del Proyecto.

En cuanto los IOV del OE aunque presentan variables adecuadas al nivel en que se ubican (impacto) son mejorables en cuanto la definición temporal de su logro a lo largo de la ejecución del Proyecto.

Para los IOV de Resultados, se proponen indicadores de seguimiento e indicadores de evaluación; de los cuales, la principal observación reside en que tienden a medir más procesos que resultados (Ejemplos: formados 154 ACS, formados Promotores agropecuarios, Profesores que han incorporado temática de Chagas).

Dentro del análisis de los indicadores señalamos en general, que podrían mejorar su formulación aumentando su precisión y fuentes de verificación a través de los que son medidas. Las variables que podrían aumentar su concreción son:

- Mejor funcionamiento del DILOS, Redes Sociales y Gerencia de red de Salud.
- Institucionalizado el DILOS.
- Institucionalizadas las redes sociales.
- Fortalecida la Gerencia de Red.

Debido a estas imprecisiones señaladas, los IOV que ofrece el diseño del proyecto guardan escasa correspondencia con las "guías" reales y necesarias para el seguimiento y la evaluación dentro de un proyecto de salud. Más adelante en el punto relativo a la Eficacia, se señalan algunas de las variables que se echan en falta dentro de los indicadores y que permitirían aproximarse más adecuadamente a los beneficios dejados por el Proyecto.

4.1.3 Eficiencia

Intervención

Desde un análisis del presupuesto programado versus lo ejecutado, podemos ver que ha existido una buena ejecución, cubriendo lo inicialmente previsto.

En una revisión por partidas observamos una menor ejecución de la inicialmente programada, en la partidas de: Equipos, Materiales y Suministros; Sensibilización social, Educación para el desarrollo y difusión del Proyecto. Mientras, se acredita un mayor gasto en relación al presupuesto programado, en las partidas de:

- Infraestructuras, construcción y reforma de inmuebles: ha existido una ejecución de, 938.251,46 euros invertidos, de los que se había programado 910.971,00 euros. No se dispone de información suficiente para realizar un análisis detallado de la relación entre lo presupuestado y ejecutado en forma específica para las obras realizadas: sistema de micro riego, agua potable y mejoramiento de viviendas, ya que en la ejecución local desglosada se encuentran todos estos rubros englobados en un único monto. Tampoco se dispone de un seguimiento de la ejecución financiera por actividad.
- Personal Local: Inicialmente se presupuestó 109.800,00 Euros y se acredita el gasto de 113.455,91 Euros, todo a cargo de la subvención de la Generalitat Valenciana.

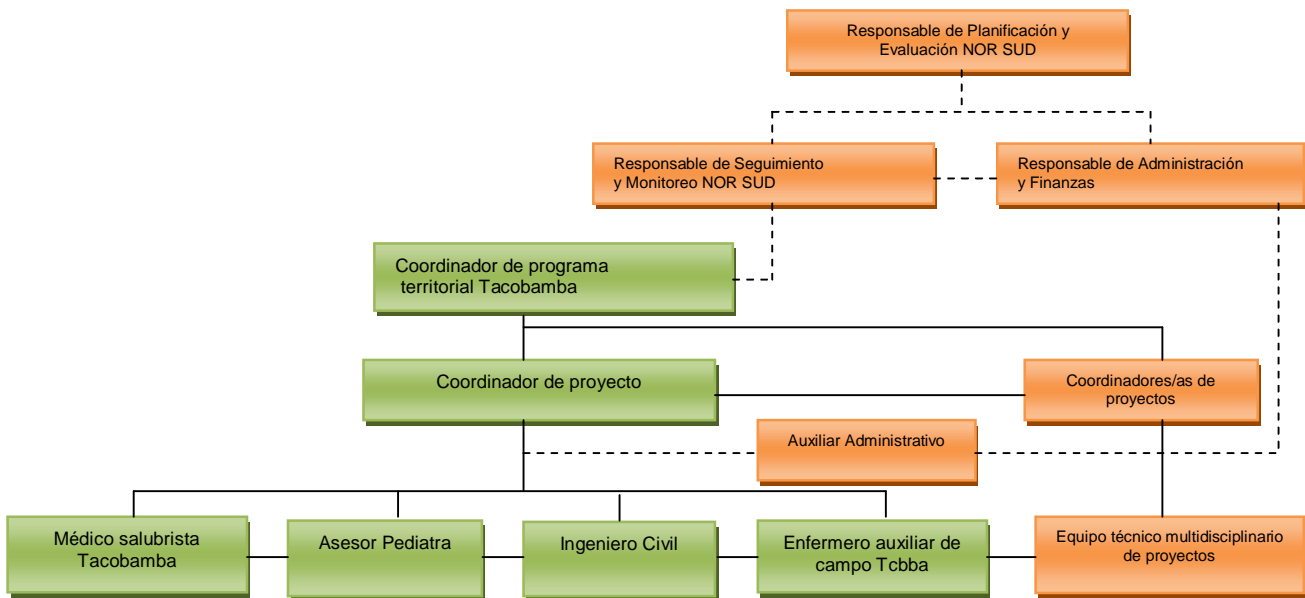
Llama la atención sin embargo, que aunque en la partida de Infraestructuras, construcción y reforma de inmuebles se haya contemplado la contrapartida de la ONG Nor Sud; no haya sido incluido de igual manera el aporte de la comunidad, ya que en estas obras se ha contado un aporte valorizado de la mano de obra de los beneficiarios.

Hay otros aspectos relevantes para realizar una valoración de la planificación y uso de recursos disponibles para la ejecución del Proyecto dentro del criterio de eficiencia:

- A pesar que se haya corregido el número de viviendas inicialmente previstas reduciendo el número de éstas, se quiere señalar que una adecuada previsión del costo de viviendas desde la formulación inicial, pudo haber contribuido a una expectativa más real de esta acción. El amplio margen del número de viviendas reducidas (de 1.775 a 700) expone una subestimación del presupuesto inicialmente previsto y un fallo de la identificación inicial en la previsión de las condiciones de participación de las familias de las comunidades en el acarreo de materiales de construcción, dado las condiciones de los caminos y la distancia existente entre las viviendas familiares.
- Hay una alta inversión en la construcción de infraestructura, con la que una inversión proporcional en procesos que dan razón de ser y sostienen la infraestructura es un reto pendiente del Proyecto. Por ejemplo: no se ha presupuestado material de capacitación, ni gastos de logística para los capacitadores.
- La eficiencia en el manejo de los insumos (semillas) del fondo rotatorio es mejorable, ya que ha existido pérdida de la misma y ello ha influido directamente en poder alcanzar a toda la población beneficiaria inicialmente prevista.

Gestión del Proyecto

El Proyecto se ha ubicado dentro de la estructura organizativa de Nor Sud, una organización que cuenta con una estructura central para la gestión de sus múltiples proyectos. La estructura del Proyecto (en verde) y su relación con la estructura central de Nor Sud (en naranja), se puede apreciar en el siguiente organigrama:



En el siguiente cuadro podemos observar la planta de profesionales con la que ha contado el Proyecto y además, la permanencia de estos en su trabajo a lo largo de la ejecución:

PROGRAMA PILOTO DE CONSTRUCCION TACOBAMBA

CARGO PERSONAL	2008		2009												2010												2011													
	N	D	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D		
1. Coordinador Programa																																								
2. Coordinador Proyecto (Edgar Anibarro, Franz Talavera)						1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
3. Medico Salubrista (Charles Paco, Maria Torres)					1	1	1	1		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2															
4. Asesor Pediatra (Pedro Polo, Edwin Arcayne, Freddy Cayo)					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
5. Ingeniero Civil (Horacio Quispe, Alfonso Viveres, Crencio Puma)				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
6. Enfermero Auxiliar de Campo Tacbba. (Tatiana Rivas, Celestina Yucra)					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
7. Auxiliar administrativo (Reina Gonzales, Mario Estrada, Rolando Lima)				1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		

Como se puede advertir en el cuadro anterior, ha existido rotación de personal tanto técnico como administrativo y que el coordinador del Proyecto es responsable de las intervenciones de varios proyectos que se ejecutan en una misma zona.

Se quiere destacar la gestión de personal en cuanto al seguimiento de actividades de salud, la asistencia técnica, capacitación y seguimiento a huertos familiares entre otros, como un aspecto a fortalecer: en la gestión de personal local adscrito al Proyecto, cabe destacar que el cargo de médico salubrista ha estado acéfalo durante el último año. Mientras que el puesto de asesor pediatra ha sido ocupado por dos personas agrónomas de formación, los mismos que de acuerdo a la información de los comunarios fueron los que apoyaron las actividades del componente de producción. La rotación de personal, la falta de médico salubrista y la no inclusión de un profesional agrónomo se perciben como debilidades en el uso de recurso humano dentro del Proyecto.

Finalmente, el puesto de ingeniero civil se refuerza el segundo año, existiendo 2 profesionales simultáneamente. Esto se vincula con que las obras de infraestructuras (viviendas, sistemas de micro riego y agua) han sido finalizadas durante el último trimestre de la ejecución del Proyecto.

Planificación

De acuerdo a los procedimientos de la ONG, se realiza una Planificación Operativa Anual (POA) con sus respectivos indicadores anuales. Además se realizan programaciones mensuales e informes de cumplimiento mensual.

Todos estos instrumentos de planificación son elaborados por el Coordinador del Proyecto y remitidos a la Unidad de Planificación y Monitoreo para su revisión y aprobación y también a la Coordinación del Programa.

Seguimiento y Monitoreo

El seguimiento al cumplimiento de actividades en terreno está a cargo del Coordinador del Proyecto, quien realiza visitas de terreno bimensualmente y a su vez el Responsable de Monitoreo realiza visitas de campo trimestrales para verificar los indicadores.

A partir de mediados del 2011, se ha implementado en la ONG un sistema informático de monitoreo "SIMONS" para el seguimiento a indicadores de resultados y objetivo. Para el seguimiento económico se cuenta con un sistema informático "VISUAL".

Los procedimientos administrativos son regulados por las normas internas de la Fundación y la normativa de la financiadora. El mecanismo de control es únicamente a través de auditorías internas.

Cabe mencionar que durante la ejecución del proyecto, no se contó con los POA's anuales para el monitoreo de actividades y sus correspondientes indicadores. Asimismo, aunque el diseño del proyecto no lo contempla expresamente, podrían haberse realizado los Planes de Fortalecimiento de los 3 gestores de salud, en el marco del Resultado 1 y que hubiese aportado a su vez, al seguimiento y monitoreo del proyecto.

Finalmente, no se puede dejar de mencionar, la disponibilidad de la línea de base que permita comparar las modificaciones producidas en Cambios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la población, derivados de las acciones de IEC del Proyecto, como un reto pendiente tras la ejecución del Proyecto, y con ello, la medición de resultados de Cambios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas post intervención.

Algunos datos de los que se desconoce datos sobre el monitoreo y seguimiento realizado:

- Cobertura de CCy D (Control de crecimiento y desarrollo).
- Cobertura de Consultas nuevas en menores de 5 años.
- Cobertura de Embarazadas con 4 Controles prenatales.
- Cobertura de Parto Institucional.

Asimismo, se ha dicho que se echa en falta indicadores concretos para el seguimiento y el monitoreo. Por ejemplo, una definición inicial de indicadores para monitorear temas como fortalecimiento al DILOS, a las redes sociales y a la Coordinación de Red. Esta ausencia ha conllevado a que no haya una recogida sistemática de información que apunte a indicadores apropiados, con la generación de instrumentos específicos de recolección, además de la inexistencia de un sistema informatizado que permita la consolidación de la información para su posterior análisis y toma de decisiones.

En lo que refiere a la colaboración institucional y mecanismos de gestión articulados para alcanzar los resultados de la intervención, señalamos que estos han sido importantes, ya que se han conformado al interior de las comunidades: Comités de agua, micro riego y viviendas; quedando pendiente la

conformación de alianzas estratégicas con el Gobierno Municipal a lo largo de la ejecución, para generar recursos humanos como contraparte para mejorar el logro de los resultados planteados.

4.1.4 Eficacia

El Proyecto tenía como objetivos:

General: "Reducir el número de familias que viven en condiciones de extrema pobreza en Bolivia, a través de un modelo de municipio saludable y sostenible, bajo una intervención asociativa entre Norte y Sur, en el marco de los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)."

Con los siguientes indicadores (en 36 meses, a nivel municipal):

- (OG) IOV 1. Reducida en dos tercios la tasa de mortalidad de la niñez menores de 5 años.
- (OG) IOV 2. Reducida en tres cuartos la tasa de mortalidad materna.
- (OG) IOV 3. Reducida a la mitad la incidencia y prevalencia del Mal de Chagas.
- (OG) IOV 4. Reducida a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable.

Y el objetivo específico "Mejorar la condición de la salud, bajo un modelo integral de municipio con comunidades sanas y saludables, en alianza Norte y Sur desafiando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5, 6 y 7, estimados para Bolivia, en el Municipio de Tacobamba.", mostraba los siguientes indicadores:

En 36 meses de proyecto:

- (OE) IOV 1. 2.662 mujeres en edad fértil y 3.550 niños y niñas menores de 5 años, con acceso a los servicios de Seguro Universal de Salud (SUSALUD) y medicina familiar para atención primaria. A través de un mejor funcionamiento del Directorio Local de Salud Municipal (DILOS), 9 Redes Sociales y 1 Gerencia de red de salud de Tacobamba.
- (OE) IOV 2. Atendido y prevenido el grado de desnutrición de niños menores de 3 años, mujeres gestantes y rehabilitados los niños menores de 5 años, pertenecientes a 1.775 familias indígenas, de las subcentralías más pobladas del municipio (Rodeo, Juruna, Ancoma y Yahuacari y Chari Chari).
- (OE) IOV 3. 0% de presencia del triatoma infestans (vinchuca: que provoca el mal de Chagas) en los dormitorios del 100% de 1.775 familias participantes del proyecto, por mejores condiciones de habitabilidad y un escudo epidemiológico funcionando contra el mal de Chagas.
- (OE) IOV 4. Incrementado en 75% el número de personas que acceden a agua potable y micro riego para una alimentación sana, de 1.775 familias en las que interviene el proyecto.
- (OE) IOV 5. 1.775 familias indígenas aplican capacidades y prácticas nutricionales e higiénicas.

En el punto "Coherencia" de este documento, se ha hecho referencia al diseño de indicadores. En este nivel de eficacia, analizaremos entonces aquellos aspectos que demuestren un mejoramiento al modelo integral de municipio y la salud de las comunidades. Dichos aspectos pueden estar reflejados o no en las variables de los indicadores expuestos en la MPP del Proyecto ya que como se ha dicho, el diseño de éstos parece no aproximarse a los logros del proyecto en la materia, bien sea por no concretar las variables contenidas o por no disponer de la información necesaria para su verificación.

En ese sentido podemos señalar que mediante el Proyecto, en lo que refiere a la accesibilidad de la población a servicios comunitarios que brinden a la población acciones de promoción y prevención se han formado Agentes de cambio, de los cuales se mantienen 55 ACS están activos que han promovido el autocuidado de la salud en la persona, la familia y la comunidad y la prevención de enfermedades a nivel comunitario y que además han promovido el uso de los servicios de salud. Como se señalaba anteriormente, se carece de información estadística sobre la efectividad de las acciones de estos agentes, ni estudios CAP de seguimiento de línea de base y a la finalización del proyecto que permitan medir los cambios de conocimiento, actitudes y prácticas de la población.

El proyecto se orienta por una mejora en la condición de la salud materna e infantil, bajo un modelo integral de municipio, fortaleciendo al mismo tiempo, el funcionamiento municipal del sistema de salud. Aunque en el diseño del proyecto no se contempla expresamente actividades de promoción de políticas públicas de acceso a servicios sanitarios; desde el enfoque del proyecto, se valora que esto debería ser una acción paralela, al estar interrelacionada. Por ejemplo, de acuerdo a las entrevistas sostenidas con la población y en especial, con las mujeres de la comunidad, existe un desconocimiento acerca del SUMI y se han presentado dificultades de orden administrativo para acceder al Bono Juana Azurduy para las potenciales beneficiarias del mismo. Tanto el SUMI como el Bono Juana Azurduy son políticas de protección social vigentes en el país, destinadas a promover la demanda de servicios materno infantiles y que además en el caso del SUMI, inciden directamente en la barrera de accesibilidad económica y que en el caso del Bono Juana Azurduy pretenden mejorar el estado nutricional de madres gestantes y niños menores de 2 años.

Si específicamente nos centramos en el tema de prevención de la desnutrición en madres gestantes y niños menores de 5 años (población en la que el proyecto ha hecho énfasis) como señalábamos, el indicador más apropiado y demostrativo de eficacia es el estado nutricional de mujeres gestantes y niños menores de 5 años, aunque no se dispone de información cuantitativa sistematizada para aportar a este análisis.

Dentro de este criterio podemos destacar que el Proyecto ha demostrado alta eficacia en lo que corresponde al componente de seguridad alimentaria con el fortalecimiento de la producción agrícola, ya que se han alcanzado los resultados previstos (principalmente con referencia a los indicadores cuantitativos). Existen algunas consideraciones con relación a aspectos cualitativos de los indicadores con referencia al funcionamiento del fondo rotatorio, cumplimiento de los roles y funciones de los promotores agrícolas; administración y manejo espacial de los huertos familiares, asistencia técnica oportuna a los huertos escolares, manejo de los viveros comunales y sus plantaciones y al cumplimiento de roles de miembros de los comités de riego, que se comentan a lo largo de este documento.

El fondo rotatorio, la formación de promotores agrícolas, la implementación de huertos familiares, la construcción de sistemas de micro riego y el fortalecimiento de organizaciones productivas y de gestión de la comunidad, han permitido contribuir al logro de los resultados, tomándose en cuenta que se podría haber sido mucho más eficaz si se hubiera tenido los profesionales agrónomos necesarios y se hubiese contado con un sistema de seguimiento y monitoreo interno que identificase cuellos de botella para realizar las correcciones oportunas en tiempo y forma.

La incorporación de técnicas productivas a través de la capacitación y tecnología (semillas de calidad y sistemas de micro riego) ha permitido mejorar y diversificar la producción, lográndose en algunos cultivos incrementar el volumen de producción, garantizando de esta manera la seguridad alimentaria de las familias de las comunidades. De la misma manera el haber trabajado con mujeres y hombres en los diferentes temas del proyecto, ha permitido igualdad de oportunidades de acceso a los beneficios del proyecto y en algunos casos ha sentado la base para la apropiación de las mujeres a través de su participación dentro del sistema productivo local (huertos familiares y riego).

En cuanto la discontinuación del fondo rotatorio de semillas en algunas comunidades de acuerdo a lo verificado por esta evaluación, un aspecto que se relaciona con ello es la discontinuidad en el seguimiento al funcionamiento del fondo, entendiéndose esto como seguimiento al comité productivo, parcelas productivas, asistencia técnica oportuna y capacitación continua e intensiva de manera práctica.

Desde esta evaluación quiere señalarse que al no haber cubierto al 100% de la población con los sistemas de micro riego en las comunidades, se ha generado como efecto (no previsto) limitantes de acceso a la producción de huertos familiares y consiguientemente el bajo consumo de hortalizas de algunas familias, lo cual a corto y mediano plazo puede generar una brecha al interior de las comunidades.

Respecto a los indicadores (OG) IOV 3 y (OE) IOV 3 relacionados con el control de la enfermedad de Chagas, podemos señalar que se ha conseguido el mejoramiento de 700 viviendas. Se debe observar sin embargo, que estas viviendas aún presentan algunas deficiencias en su estructura para el total aislamiento del vector. Ello además denota que aún existe camino por recorrer en una interiorización de los mensajes de prevención desde las campañas IEC para las familias de las comunidades. A esto se suma que el proceso de mejoramiento de viviendas ha concluido prácticamente con el Proyecto, por lo que no se puede valorar el grado de infestación post-intervención que es el resultado de varios factores: (a) mejoramiento y mantenimiento de viviendas, (b) desarrollo de vigilancia comunitaria y acciones de control vectorial (como las fumigaciones que se realizan a cargo del Programa de Control del Chagas del SEDES); todos estos aspectos inciden sobre la eficacia de la intervención y que los gestores del Proyecto podrían tener en consideración para el futuro.

Mejora de las condiciones de salud materna infantil, gestión compartida del sistema municipal de salud, malnutrición de menores de 3 años y mujeres gestantes, desarrollo de prácticas y capacidades saludables respecto a la nutrición.

Para una mejor valoración de la eficacia en el logro de Resultados relativos a la salud de los habitantes de Tacobamba, se vuelve necesario información sistematizada adicional de seguimiento del perfil sanitario de la población. En especial, en lo relativo a la eficacia o incidencia de las acciones de promoción (de los ACS). La información adicional sistematizada que sería indispensable de construir es la siguiente:

- Número de embarazadas que recibieron 2 o más visitas del ACS.
- Número de RN que recibieron 3 visitas del ACS.
- Vigilancia de la talla (verde).
- Vigilancia de la talla (rojo).
- Número de sintomáticos respiratorios referidos por el ACS.
- Número de mujeres referidas por alguna señal de peligro (embarazo, parto, post parto).
- Número de RN referidos por alguna señal de peligro.
- Número de niños menores de 5 años referidos por alguna señal de peligro.
- Número de niños menores de 5 años referidos por desnutrición grave o anemia grave.

Por otra parte el modelo de gestión de la SAFCI considera el control social como un aspecto importante dentro de la Gestión Participativa Local, por lo que el Proyecto debió orientar esta intervención en ese contexto. Finalmente en las entrevistas al Director Distrital de Educación y una profesora del Municipio, se ha podido advertir, que existen debilidades para “transversalizar” la temática de Chagas en la curricula escolar ya que a partir de las capacitaciones recibidas por el Proyecto, ellos han replicado y replicarán los contenidos a los estudiantes, pero no se avizora un manejo metodológico para la transversalización de esta temática en el proceso educativo.

Acceso a agua potable, alimentos sanos y nutritivos

Se ha ampliado la disponibilidad de agua potable a 16 comunidades de la subcentralías de Rodeo, Ancoma, Yahuacari y Chari Chari, beneficiando a 361 familias y con ello, se han constituidos comités de agua para la gestión de los sistemas. Los huertos familiares han sido implementados y están en producción aunque no planificadamente o mediante un manejo de huerto, con lo cual el aprovechamiento de la superficie de terreno de los huertos es un reto dejado tras la ejecución del Proyecto.

Los-as productores y productoras consideran que se ha captado un 50% de los talleres de capacitación, con lo que han calificado el proceso de aprendizaje como regular de acuerdo a sus percepciones. Destacan como algo importante y que les da buenos resultados en su parcela, la preparación de sustancias para controlar los ataques de plagas y enfermedades a través del manejo orgánico, mediante hierbas y elementos de origen animal, ellos y ellas notan el control que se efectúa mediante estas sustancias orgánicas.

Fortalecimiento del sistema municipal de salud

El Fortalecimiento de la Gestión Municipal de Salud sumado a las actividades de Información, Comunicación y Educación que han realizado los ACS en la comunidad debiera haber incidido en la utilización de los servicios de salud por parte de la población y debería reflejarse en la mejora de las coberturas de la red. Lamentablemente no se pudo acceder a datos de seguimiento para realizar una comparación.

En todo caso, los indicadores deberían estar en función de la revisión de funciones y competencias del DILOS, las redes sociales y la gerencia de red, que están definidas en las normativas y en los alcances en materia de del modelo de gestión de la SAFCI. A partir de ello priorizar la medición del resultado, más que el proceso. Como ejemplo: Dentro de lo estipulado por la política SAFCI en su normativa, manuales, guías de procedimientos, etc., se pueden tener los siguientes indicadores que miden la cogestión participativa en la planificación y ejecución del POA del establecimiento entre la comunidad, establecimiento de salud y municipio:

- Existencia de actas de CAI comunitarios (por norma, 4 anuales)
- Existencia de Plan de Acción Comunitario (PAC)
- PAC que toma en cuenta el análisis de determinantes de salud.
- CAI de sector realizado para la reunión general de planificación que incorpora conclusiones de CAI comunitario.
- Proceso de planificación participativa que ha seguido la guía de procedimientos de la gestión participativa local en salud.
- POA del establecimiento de salud.
- Copia del POA de establecimiento aprobado por el Ministerio de Hacienda en la Alcaldía, establecimiento de salud.
- Espacios de seguimiento a la incorporación de demandas del sector en el POA Municipal y a la ejecución del mismo
- Seguimiento a la ejecución física-financiera del POA aprobado, a través de un formulario o matriz de seguimiento.

A continuación ejemplo de variables a incorporar a los indicadores de cogestión participativa en la administración del establecimiento de salud:

- Actas de los CAI comunitarios donde el establecimiento de salud informó sobre el estado del equipamiento, funcionamiento de la farmacia o botica comunal, movimiento económico del servicio, horarios de atención y donde se hicieron planes de acción en base a decisiones conjuntas
- Actas de reuniones entre el personal de salud y el Comité Local de Salud, en las cuales se informe sobre el estado de equipamiento, funcionamiento de la farmacia, movimiento económico del servicio, horarios de atención y donde se hicieron planes de acción en base a decisiones conjuntas
- Actas de reuniones entre el personal de salud y el Comité Local de Salud para seguimiento al cumplimiento de los planes de acción.
- Actas de reuniones entre el personal de salud y el Comité Local de Salud para seguimiento al cumplimiento de los planes de acción
- Mecanismos o procesos de concertación de la calidad de la atención entre usuarios/as y proveedores de salud
- Actividades de seguimiento y control social al cumplimiento de actividades, programas y proyectos de salud, por parte de la comunidad
- Gobierno Municipal aplica el Sistema de Inventarios de Activos Fijos (SIAF) en los Establecimientos de Salud

4.1.5 Impacto

El accionar del Proyecto sobre todo estuvo dirigido a suplir NBI de 1.775 familias del Municipio de Tacobamba, para reducir sus condiciones de extrema pobreza y por consecuencia contribuir a mejorar su situación de salud. En ese sentido podemos señalar que:

- Se ha mejorado la diversificación de productos alimenticios, de acceso a tecnología productiva y las condiciones de nutrición, contribuyendo a mejorar la salud de la población de 1.775 familias.
- Se ha permitido el acceso al agua para consumo humano a 361 familias de 16 comunidades de 4 subcentralías, que representan el 20% del total de las familias beneficiarias previstas.
- Se ha mejorado las condiciones de habitabilidad de 700 familias en 23 comunidades de las subcentralías.

Por otra parte el Proyecto ha provocado efectos cualitativos sobre los colectivos de beneficiarios, entre los que señalamos:

- Los miembros de las familias han cambiado su dieta alimenticia, incluyendo hortalizas en sus comidas diarias y haciendo un consumo de los productos locales y la venta de las mismas en mercados cercanos. Los productores actualmente tienen acceso a tecnología de producción de hortalizas, esto permite dar continuidad a la producción de las mismas.
- Para las mujeres el efecto que ha provocado la diversificación de la producción e incorporación de las hortalizas, es que ha permitido identificar una oportunidad no solamente de consumo, sino de negocio, siendo concientes que para ello es necesario el incremento y la calidad de la producción.
- El contar con agua para riego mediante los sistemas de micro riego, ha sensibilizado a los productores de los beneficios de la infraestructura y el cuidado que se debe tener para el manejo eficiente del agua para riego, evitando no desperdiciar el mismo.
- Con el mejoramiento de viviendas se ha elevado la autoestima de los comunarios, y se percibe en ellos ansias de superación y movilización, ya que han revalorizado la importancia de contar con más habitaciones mejoradas para su vivienda y que el beneficio debe llegar a más familias y que por ello deben gestionar otros proyectos similares.
- En ese mismo sentido, podemos señalar que un efecto positivo no esperado en la población beneficiaria, es que debido a las intervenciones de Nor Sud, se ha despertado un interés en la población a organizarse y movilizarse para captar recursos para su comunidad, inclusive con esta finalidad se ha llegado a conformar en las comunidades Comités de Proyectos.

Impacto no previsto

Se puede observar que a través de las acciones del Proyecto se han logrado efectos no solamente de seguridad alimentaria, sino que se ha podido generar excedentes en los productos hortícolas para la venta en mercados cercanos, motivando esto una organización con visión empresarial que pretenda un beneficio económico. El trabajo con hortalizas ha despertado el interés de comercializar los mismos y para ello se quiere organizar una asociación de productores para la comercialización a los diferentes mercados y en otros casos fortalecer las asociaciones ya existentes.

Los programas de mejoramiento de viviendas además de su finalidad implícita, como un valor agregado buscan desarrollar y fortalecer destrezas de los beneficiarios para un posible oficio en el sector de la construcción. De acuerdo a las entrevistas sostenidas, si bien se han realizado sesiones de orientación a los comunarios sobre los procedimientos a seguir para mejorar las viviendas, en algunos casos estos han sido insuficientes y/o impartidos por técnicos agrónomos del Proyecto, quienes por su perfil profesional no son los más adecuados para el objetivo.

4.1.6 Sostenibilidad

Las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de visitas domiciliarias regulares de los ACS a familias de riesgo que tienen niños menores de 2 años, mujeres en gestación y a través de las sesiones educativas grupales, para no perder la dinámica instalada, requieren del seguimiento y acompañamiento de facilitadores y deberían de ser asumidas por el propio personal de salud, para garantizar su continuidad. Pero esta situación entraña dificultades pues aunque la SAFCI les encomiende estas funciones, en la práctica son complicadas de realizar debido a la sobrecarga laboral que tiene el personal de salud y a los gastos que implica su desplazamiento a las comunidades y la disponibilidad del material de IEC.

Estos costos deberían ser asumidos por el Gobierno Municipal e inscrito en su POA, condición que no se ha dado. Ello se relaciona con un débil desarrollo de la Gestión Participativa Local para el impulso de una conciencia municipal de invertir además en otros procesos que implican la salud y no únicamente en infraestructura y equipamiento. En cuanto a la sostenibilidad de las acciones productivas del Proyecto se han desarrollado aspectos fundamentales que favorecen su viabilidad, entre los que citamos:

- Los conocimientos adquiridos sobre la tecnología productiva por parte de los productores, respecto a los cultivos tradicionales y cultivos alternativos. Ellos y ellas saben que es muy importante el manejo de semilla de calidad y que se deben cumplir con ciertos requisitos para una buena producción, por lo tanto consideran que una vez finalizado el proyecto, buscarán y comprarán la semilla.
- El compromiso de los-as productores-as que forman parte de los comités de riego, para la operación y mantenimiento de los mismos, aportando ellos con fondos económicos y de mano de obra en caso que fuese necesario.
- El huerto familiar ya es parte de su sistema productivo, por lo cual muchas de las familias están invirtiendo y realizando innovaciones en el mismo ya que consideran que no solamente esa superficie les sirve para la alimentación, sino también para poder generar ingresos económicos. Sin embargo los fondos rotatorios de semillas no han tenido la misma continuidad en todas las comunidades, debido a la pérdida de semilla por factores climatológicos. Además para garantizar la permanencia de los fondos rotatorios entran en juego otros aspectos como: la calidad de la semilla, procesos de capacitación práctica y asistencia técnica continua y oportuna, con acompañamiento y seguimiento a su funcionamiento.

Sostenibilidad desde los compromisos de la población

Actualmente se continua con la producción de hortalizas en el huerto escolar y para dar continuidad a esta producción en la comunidad de Tirina se está considerando la estrategia donde cada alumno traerá un poco de huano y se solicitará Bs. 0,50 ctv por alumno para la compra de semillas, lo cual ya esta aprobado por la junta escolar. Este mismo mecanismo está siendo considerado en otras comunidades, como reflejo del compromiso de los padres y madres de familia.

La sostenibilidad de los sistemas de micro riego podemos decir que esta garantizada, puesto que existe un compromiso para su operación y mantenimiento, donde la población aportará el dinero para la compra de repuestos y otros elementos del sistema y establecer los mecanismos que sean necesarios para el buen funcionamiento de esta infraestructura.

Los comités de riego actualmente no están funcionando orgánicamente con participación de todos sus miembros, siendo un factor muy importante para la sostenibilidad de los sistemas y un reto que se debe observar una vez finalizado el Proyecto. Debe considerarse que además de organizar los comités, se debe brindar acompañamiento a estos para facilitar el cumplimiento de sus roles y funciones, operación y mantenimiento, gestión del riego, gestión de financiamiento y seguimiento a la producción con riego.

4.1.7 Participación

En talleres de trabajo llevados a cabo en mayo 2008 se realizó un Diagnóstico Municipal de Tacobamba con la participación de representantes de organizaciones de base, autoridades municipales, comunales y otros informantes claves como funcionarios del sector salud y educación que trabajan en la zona. En él se identificaron y priorizaron las necesidades de las diferentes subcentralías. Las demandas fueron incorporadas en el Proyecto evaluado.

Durante la ejecución se han socializado las actividades del Proyecto y se realizó hincapié en que la comunidad y beneficiarios directos deben participar en los talleres de capacitación, manejo de los huertos familiares, huertos escolares, vivero comunal, construcción de las infraestructuras y en los comités de riego, agua y vivienda para el seguimiento y acompañamiento a la construcción de las Infraestructuras.

La participación de la población meta no solamente fue durante las acciones, sino en la toma de decisiones de la comunidad respecto a las actividades del Proyecto. Para ello, la estrategia implementada fue la consulta a todo nivel para consensuar acuerdos y llevar adelante acciones conjuntas.

Como expresión de la participación de los diferentes actores, podemos señalar que ha habido un cumplimiento de contrapartidas tanto municipales como de los beneficiarios y que en general, la respuesta de la población ha sido positiva. La evaluación final del Proyecto también ha tenido el enfoque participativo, donde se ha incorporado a todos los actores de la comunidad, sean estos beneficiarios o no, dando la libertad de opinión y crítica sobre los resultados del mismo y considerando sus propuestas de mejora. La debilidad dentro de la valoración de este criterio sin embargo, estriba en la poca participación del DILOS, Coordinación de Red de Salud y redes sociales para trabajar planes de fortalecimiento en forma conjunta con el Proyecto y corresponsabilizarse en la ejecución de las acciones.

4.1.7 Cobertura

Desde un perfil de correspondencia de perfiles de los-as beneficiarios-as inicialmente previstos a los finalmente cubiertos, se puede verificar que existe correspondencia en perfiles de atención: perfil socio económico de las familias, mujeres embarazadas y gestantes, niños menores de 5 años, instituciones públicas locales. Por tanto desde un punto de vista cualitativo, la cobertura se corresponde adecuadamente.

Desde el punto de vista cuantitativo y en relación al tema de que si las actuaciones desarrolladas en la intervención han alcanzado al número de destinatarios previstos, debemos apuntar lo siguiente:

- En lo que refiere a las actividades de promoción de la salud a través de las visitas domiciliarias del ACS, de acuerdo a la información estadística proporcionada por el Proyecto, se puede apreciar que la actividad se ha realizado únicamente en 11 de 76 comunidades previstas, lo que representa únicamente el 15 %.
- En relación a las Campañas Municipales de atención y prevención de enfermedades de mujeres en edad fértil, según lo informado por el Jefe Médico Municipal, como producto de esta actividad se realizaron exámenes de Papanicolau a 400 mujeres, que representan alrededor del 13% de las mujeres en edad fértil.
- De acuerdo a información proporcionada por Nor Sud, por lo menos 76 comunidades del área de intervención han elegido a su ALS.
- En cuanto respecta al tema productivo y más concretamente a la implementación de fondos rotatorios, así como sistemas de agua potable, señalamos que han existido familias no beneficiadas inicialmente previstas; lo que ha generado descontentos.

4.1.7 Alineamiento

El Proyecto está enmarcado en las Políticas Nacionales de Salud y sus acciones responden al segundo eje del Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020: "Promoción de la Salud y Movilización Social", que tiene como objetivo incidir en la transformación de las determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial en el marco del derecho a la salud. Asimismo las actividades están encuadradas en lo estipulado por la Política de Salud Familiar y Comunitaria, SAFCI.

De igual manera las acciones del Proyecto tienen plena correlación con el Programa Desnutrición CERO cuyo objetivo es fortalecer las capacidades de las familias, comunidades, sistema de salud y municipios para mejorar la alimentación y el cuidado integral de niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en período de lactancia para contribuir a erradicar la desnutrición de niños y niñas de Bolivia.

Dentro del diseño del proyecto, se incluyó la implementación del sistema de información mensual para los organismos del sector y para el gobierno municipal. Ello denota una acción de alineamiento, ya que ésta es una actividad regular del Sistema Sanitario. La misma situación ocurre con la implementación del sistema de información mensual para los organismos del sector y para el gobierno municipal, que es una actividad regular del sistema sanitario. Para este caso en específico, se planteó fortalecer el Sistema Estadístico de la Gerencia con equipamiento, acción que no se llevó a cabo, por lo que a pesar del alto alineamiento del enfoque del Proyecto el reto residiría en la ejecución de las acciones alineadas y la concatenación final entre otras políticas públicas sanitarias que aportarían a las finalidades del Proyecto.

Finalmente, dentro del criterio de alineamiento se destaca que un aspecto a mejorar es el reorientar las actividades previstas originalmente relativas a facilitar la implementación de la política pública Seguro Universal de Salud, el cual una vez no se puso en vigencia se tuvo que haber reencauzado la intervención al Seguro Materno Infantil y el Bono Juana Azurduy, en vigencia desde el 2009.

4.1.8 Armonización

El Proyecto mediante sus intervenciones ha constituido una alianza entre la cooperación internacional, el sector público, representado por el Gobierno y los beneficiarios para implementar a nivel operativo Políticas Sanitarias, como Promoción de la Salud y Movilización Social, SAFCI y Desnutrición Cero, sumando esfuerzos para la mejora de la situación de salud de población.

Por otra parte las intervenciones del Proyecto han estado enmarcadas dentro del Plan Decenal de Desarrollo Municipal Tacobamba 2005- 2015 "Juntos Podemos" y además ha complementado acciones del Programa Mundial de Alimentos (PMA) en la lucha contra la desnutrición.

A su vez el Proyecto de Salud Comunitaria forma parte de una cartera de Proyectos que desarrolla la Organización Nor Sud en la zona, como una suma de esfuerzos para mejorar la salud de las comunidades.

Sin embargo ha habido algunas ausencias que han condicionado a que no se produzcan sinergias que permitan resultados más eficaces, como el escaso acercamiento que se ha tenido al SEDES, quien como instancia máxima del Sector a nivel Departamental podía haber propiciado una coordinación del Proyecto con Agencias de Cooperación. En este sentido el Comité Interagencial del SEDES es una importante estructura de coordinación de acciones entre Proyectos, donde entre otras cosas, se dan a conocer las actividades de cada uno y se intercambian potencialidades y experiencias. Es un mecanismo de coordinación en el que el Proyecto no participó.

En el Departamento de Potosí, en el mismo período, la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID, por sus siglas en inglés) y la Cooperación Técnica Belga estuvieron ejecutando Proyectos de Salud

Comunitaria, implementación de la SAFCI y Lucha contra la Desnutrición, desarrollando instrumentos y materiales de IEC, que podían haber sido aprovechados por el Proyecto.

4.1.9 Apropiación

El anclaje institucional del Proyecto ha estado a nivel municipal, debido a que las intervenciones principalmente son relativas a servicios de ese ámbito de competencia. El Municipio de Tacobamba muestra una adecuada apropiación del Proyecto y corresponsabilidad, reflejado en el cumplimiento de contrapartidas asignadas para infraestructura física de obras de micro riego y agua potable.

De igual manera, los beneficiarios y beneficiarias en general demuestran una muy importante apropiación y corresponsabilidad con las acciones, ya que han cumplido con los aportes asegurados en mano de obra y provisión de materiales locales para la construcción de las obras de micro riego, agua potable y viviendas. Los espacios donde la comunidad ha elegido a sus representantes para el manejo de los fondos rotatorios, los comités de riego, agua y viviendas, han impulsado una apropiación de estas organizaciones en el manejo y entrega de la semilla y otros beneficios a los productores y del cumplimiento de la contraparte local para la construcción de obras de sistemas de agua, micro riego y viviendas.

A pesar de ello, hay algunos matices en la apropiación por parte de la población beneficiaria. Por ejemplo, un elemento relativo a la apropiación es la identificación y reconocimiento del papel de las distintas figuras comunitarias involucradas en la continuidad de las acciones. En el caso de los promotores agropecuarios y el desarrollo de su papel en las comunidades, se ha identificado un escaso grado de reconocimiento de su labor y beneficios de ésta entre la población de las comunidades. Por otro lado existe una amplia apropiación por parte de los productores del sistema de micro riego, ya que por una parte es una infraestructura altamente valorada⁴ y por otra parte, existe un alto compromiso en la aportación de materiales y mano de obra para ampliaciones de estos sistemas.

Los mecanismos para fortalecer el proceso de apropiación no han sido continuos e implementados de igual manera entre los distintos componentes y acciones; ello ha incidido en aspectos básicos como la apropiación de las normativas que rigen a las organizaciones comunitarias (reglamentos de los comités de agua y riego), ya que existe un desconocimiento de dichas normativas, lo que conlleva a su insuficiente aplicación.

En lo que se refiere al SEDES, cabeza del sector salud a nivel departamental y a la Coordinación de Red, estructura administrativa a nivel operativo, su apropiación y corresponsabilidad aún es frágil, debido a que entre el Proyecto y estas instancias del sector salud, se ha mantenido una relación más de carácter formal y no ha desempeñado el liderazgo esperado por su parte. Un aspecto que influye en ello es la constante rotación de personal, que se da desde la Dirección, pasando por las Jefaturas, hasta la Coordinación de Red. Existen también debilidades, indefiniciones o modificaciones de estructuras que dificultan la coordinación, al respecto referimos que a partir del año 2009 en Potosí se crean dos Coordinaciones de Red, una urbana y otra rural, en esta última se incluye al Municipio de Tacobamba. Esto muestra que durante la ejecución del Proyecto se dieron transformaciones de estructura en la Coordinación de Red de contraparte y por ende cambios en sus interlocutores. Otro aspecto que incide desfavorablemente en esta relación, es que la Coordinación de Red Rural, tiene su sede de trabajo en la capital del Departamento.

La Coordinación de Red Rural de Potosí, estableció un Consejo Técnico para la coordinación de actividades con las ONGs locales que desarrollaban proyectos en el Municipio de Tacobamba, es decir con Nor Sud y el Instituto Politécnico Tomás Katari (IPTK); sin embargo el seguimiento que se hizo fue

⁴ Un comentario recurrente en el trabajo de campo, por parte de los comunarios y al referirse a los sistemas de micro riego era “vamos a cuidarlo bien, esto es una herencia para nosotros”.

débil, según lo exponía la organización local, primero debido a que su sede está en la ciudad de Potosí y segundo, porque debe supervisar muchas otras redes rurales sin contar con las facilidades de medio de transporte propio para la Coordinación.

Finalmente, en este punto de apropiación es importante recalcar que a nivel del personal de la Organización de Nor Sud, el sentir y ver las condiciones de necesidad, accesibilidad y motivación de los beneficiarios, ha permitido una apropiación y compromiso de su equipo técnico con las actividades del Proyecto, aspecto que también debe destacarse como viabilidad institucional.

5. Enfoques de Desarrollo- Temas transversales

5.1 Género

Ha habido igualdad de oportunidades para hombres y mujeres para participar en las diferentes actividades del Proyecto. Ambos tenían la misma posibilidad de ser partícipes en los talleres de capacitación, ser beneficiarios directos de los huertos familiares, ser promotor, o ser parte activa de los comités de riego, agua y vivienda.

La igualdad en el acceso para hombres y mujeres a los beneficios del proyecto se ha dado sobre la puesta en marcha del mismo. Las actividades de salud y cuidado de la niñez menor de cinco años, tratan aspectos directamente vinculados a la situación específica de las mujeres, con lo que se puede considerar que el Proyecto se concibe desde un enfoque de género coherente con la situación del municipio de Tacobamba.

Se quiere apuntar que en una apuesta por un enfoque de género más estratégico, se debe reflejar su abordaje desde el diseño de actividades específicas de empoderamiento de mujeres dentro del proyecto. Dichas actividades deben concentrarse en facilitar el empoderamiento de mujeres dentro de los distintos ámbitos abordados por el Proyecto (salud comunitaria, producción, organización comunitaria, etc.), lo que puede ser abordado desde la promoción del papel de la mujer en dichos ámbitos, el impulso de capacidades, autoestima y la auto percepción de las mujeres frente a su salud y a su papel en la comunidad. Este posicionamiento estaría dirigido a reforzar la visión que las mujeres tienen de sí mismas frente a su propio desarrollo y el desarrollo comunitario.

5.2 Medio Ambiente

El Proyecto no ha desarrollado acciones, ni ha empleado elementos nocivos o químicos para el proceso productivo de los cultivos tradicionales y alternativos. Más bien es destacable la realización de talleres de capacitación en la elaboración de insecticidas naturales u orgánicos, con la utilización de plantas naturales y otros elementos de origen animal, lo cual en la práctica ha dado muy buenos resultados.

En la zona de intervención todavía se trabaja mucho con abonos orgánicos naturales, situación que el Proyecto ha sabido impulsar a través de los huertos familiares y escolares, promocionando así prácticas ambientales adecuadas al ecosistema local y a la cultura y costumbres de la población. Los productores consideran que la utilización de químicos daña el suelo y el medio ambiente, por lo cual su tendencia es a disminuir la incorporación de fertilizantes químicos.

Respecto a la plantación de árboles de especies exóticas para la formación de pequeños bosquetes, no se ha tenido el éxito esperado debido a la pérdida de plantines en la plantación definitiva.

5.3 Interculturalidad

El enfoque de interculturalidad corresponde a trabajar con los diferentes grupos de la comunidad y compartir con ellos no solamente actividades específicas del Proyecto, sino experiencias de los participantes y a través de los técnicos dar a conocer otras experiencias de otras culturas o zonas de trabajo. Todos los beneficiarios son quechuas y se ha transmitido estos elementos culturales a los técnicos del Proyecto y también a los evaluadores.

La introducción de nuevos cultivos para la mejora de hábitos alimentarios en la población, se ha adaptado a las condiciones culturales de las comunidades, puesto que se ha trabajado reforzando conocimientos tradicionales y ancestrales e incorporando alimentos alternativos de fácil aceptación en el consumo.

6. CONCLUSIONES

En cuanto a la pertinencia en el entendido de que la salud está vinculada con condiciones de vida digna, podemos concluir que el Proyecto ha respondido a las necesidades y carencias de servicios básicos de los beneficiarios, factores determinantes para el mejoramiento de la salud. La pertinencia también se refleja en el alto grado de aceptación de la población a los beneficios del proyecto y la participación lograda.

Por otra parte dentro de la coherencia del diseño del Proyecto se valora en términos globales positiva debido a que plantea una suma de acciones determinantes para el mejoramiento de la salud de la población desde un enfoque integral y complementario. El diseño y planteamiento del proyecto ha permitido trabajar el tema productivo de manera integral, tomándose en cuenta la utilización de semilla certificada, almacenamiento de agua y mejoramiento de suelos, promoviendo la incorporación de abonos orgánicos como el huano.

Aún así existen algunas actividades que podrían reubicar su correspondencia con los resultados y otras mejoras posibles del diseño en aspectos como:

- La no asignación presupuestaria para actividades importantes para el logro de los objetivos, como: Ingeniero Agrónomo, materiales de capacitación y además para actividades definidas como equipamiento para el DILOS y la Coordinación de la Red de Salud que habían sido contempladas en el diseño inicial. De igual forma se echa en falta la asignación de presupuesto para la adquisición de material formativo para las actividades de capacitación.
- El marco lógico del Proyecto presenta debilidades relativas a la calidad de los indicadores, por escasa concreción de variables y disponibilidad de fuentes de verificación.

Respecto a la eficiencia ha existido una ejecución financiera del total de los fondos previstos. Se ha tenido una mayor ejecución en relación al presupuesto programado en las partidas de Infraestructuras y Personal local y una menor ejecución en la partidas de Equipos, materiales y suministros y Sensibilización y difusión del Proyecto. La municipalidad ha cumplido su contrapartida de contribución financiera en el rubro de Infraestructuras, al igual que la población beneficiaria. Dentro de este punto, destacar que la aportación valorizada de mano de obra, no había sido tomada en cuenta durante el diseño del Proyecto.

Algunos retos que tras la ejecución del Proyecto, se registran son:

- La disponibilidad de planes de fortalecimiento para las instancias de gestión sanitaria.
- La disponibilidad de una línea de base sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de enfoque cualitativo, ya que se busca la medición de resultados conseguidos con las acciones en cuanto a los cambios de comportamientos de la población. El proyecto ha levantado información en los servicios de salud, el reconocimiento y detección de señales de peligro en embarazadas y menores de 5 años por parte de una muestra de mujeres pertenecientes a las comunidades. En la revisión del documento consideramos que el diseño metodológico podría adaptarse más a lo requerido para una línea de base CAP, ya que el documento presenta un enfoque eminentemente cuantitativo. La importancia de la realización de un documento que recoja un diagnóstico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población meta reside en que se brinde unas bases socio-culturales y educativas a las cifras que expresan el perfil y seguimiento de dicha población, ya que son los factores sociales, culturales y educativos los que originan los conocimientos, actitudes y prácticas que inciden en la permanencia de las enfermedades.

Dentro de la eficiencia de las acciones, cabe destacar que se han generado importantes mecanismos de gestión articulados con el funcionamiento de comités de apoyo para la implementación de las obras de infraestructura.

Por otra parte, en cuanto a la eficacia se quiere destacar lo relativo al mejoramiento de la producción agrícola de las comunidades ya que se han alcanzado los resultados previstos, principalmente con referencia a los indicadores cuantitativos en la construcción de sistemas de micro riego; incremento y diversificación de la producción, implementación de huertos familiares y huertos escolares. El fortalecimiento de organizaciones productivas y de gestión de la comunidad ha contribuido al logro de los resultados.

Mediante las acciones del Proyecto, se ha incidido en la seguridad alimentaria y mejora del estado nutricional de la población, principalmente de grupos vulnerables como niños menores de 5 años y mujeres en gestación.

Los principales factores que han propiciado la producción de hortalizas han sido:

- El grado de funcionamiento del Fondo Rotatorio, aunque su mantenimiento ha sido diferente en cada comunidad, al inicio no se ha tenido problemas en la entrega de semillas a los beneficiarios; pero si en el seguimiento a las parcelas y devolución de la producción, principalmente debido a las condiciones climáticas adversas presentes en la zona.
- La infraestructura de micro riego, que esta aportando a la consecución del objetivo de incremento de la producción, diversificación de la misma e incremento del número de cosechas en al año, permitiendo esto en primera instancia, garantizar la seguridad alimentaria y en segunda, lograr excedentes para la venta.

Otras intervenciones como el mejoramiento de viviendas y la provisión de sistema de agua para consumo aunque no han llegado a alcanzar los indicadores cuantitativos previstos por cobertura del número de familias esperadas, al abordar factores determinantes para la salud y por consecuencia mejorar las condiciones de vida y disminuir los riesgos para enfermar, contribuirán en la mejora de la salud de la población beneficiaria.

De la eficacia de la intervención también debe referirse al trabajo realizado por los ACS en el trabajo con la salud de la población, principalmente mujeres gestantes y la niñez menor de 5 años. Dentro de esta población, se ha logrado también que 400 mujeres se realizasen la citología, aspecto valorado positivamente.

El principal impacto del Proyecto en relación a la mejora de la situación de salud de la población es el trabajo que se ha desplegado para que las poblaciones del Municipio de Tacobamba, rurales y pobres, no sigan quedando al margen del sistema sanitario boliviano y disminuyan su vulnerabilidad; es decir, el impacto reside en el aporte a la inclusión social de estas poblaciones, al haberseles provisto de medios y recursos para revertir parte de sus NBI, a través de la disponibilidad de viviendas dignas, agua potable y opciones para su seguridad alimentaria.

Por otra parte, el Proyecto ha provocado efectos positivos cualitativos sobre los colectivos de beneficiarios, principalmente en lo que respecta a cambios de hábitos alimenticios para una alimentación saludable y para el cuidado en el manejo eficiente del agua para riego evitando el malgasto.

La identificación de oportunidades para mejorar sus ingresos a través de una producción hortícola ampliada y para generar iniciativas para futuros proyectos a través de la organización y movilización ciudadana, es un impacto positivo no previsto que se debe aprovechar. Además de lograr la seguridad alimentaria de las familias, se ha podido propiciar la comercialización del excedente de su producción; aspecto que ha incidido positivamente tanto en sus ingresos como en las motivaciones para organizarse en torno a este aspecto productivo. Se puede ver así, que uno de los impactos ha sido sobre la organización comunitaria *per se*, una potencialidad además, para el trabajo organizaciones de Fontilles y Nor Sud.

Además se quiere hacer énfasis en que el proyecto desde su componente productivo, ha sentado bases para el posicionamiento del papel de las mujeres en la producción de huertos familiares, mecanismo de potencial impacto para el empoderamiento de mujeres.

En factores relativos a la sostenibilidad, los avances institucionales mostrados son aún frágiles para su mantenimiento y desarrollado, con lo cual necesita partir de un buen seguimiento de la Coordinación de Red de Salud junto con la asignación de recursos necesarios de las autoridades municipales.

Mientras, la sostenibilidad de las acciones productivas del Proyecto está más garantizada debido a que se han desarrollado aspectos fundamentales que favorecen la misma, tal como la transferencia de tecnología productiva a los productores, el compromiso de los productores que conforman los comités de micro riego para su operación y mantenimiento y el compromiso de los comunarios para el mantenimiento y soporte económico adicional de los huertos familiares y escolares.

En cuanto a la participación, se ha registrado una importante participación de los diferentes actores involucrados, tanto de beneficiarios directos, autoridades municipales, comunales en la planificación, ejecución y evaluación del Proyecto.

Sin embargo, el reto residiría en potenciar la participación del DILOS, Coordinación de Red de Salud y redes sociales, para trabajar planes de fortalecimiento en forma conjunta con el Proyecto y corresponsabilizarse en la ejecución de los mismos.

Dentro de la cobertura, de acuerdo a lo establecido por el criterio, el colectivo previsto atendido durante la ejecución se corresponde con el inicialmente previsto; no así el número de cobertura (en población, número de familias y viviendas construidas), que ha sido menor que el esperado. Esto se debe a algunas ausencias relacionadas con otros criterios, tal como los recursos previstos para la construcción, el personal idóneo para el desarrollo de las actividades y la optimización del personal disponible, entre otros factores.

Se debe destacar dentro del Proyecto, que su alineamiento con las políticas del Ministerio de Salud es una fortaleza del mismo. Aún así, algunas actividades previstas no fueron readaptadas a programas sectoriales impulsados o mantenidos por la gestión gubernamental que iniciaron después del Proyecto. Es decir, la capacidad de adaptación del proyecto hubiese potenciado su alineamiento.

En cuanto a la armonización el Proyecto ha representado una alianza entre la cooperación internacional, el sector público y los beneficiarios, para implementar a nivel operativo las Políticas Sanitarias, apoyando y complementando esfuerzos para la mejora de la salud de la población. Dentro de ello, algunas debilidades vinculadas con la escasa relación con el SEDES, le han restado eficacia a la ejecución y a la armonización, al no haberse propiciado sinergias con otros Proyectos de Agencias de Cooperación que accionaban en el quehacer de salud del Departamento de Potosí.

El Proyecto ha sumando esfuerzos con otros proyectos que ejecuta NOR SUD en la zona y con intervenciones que forman parte del Plan Decenal Municipal de Tacobamba. Además ha complementado acciones del PMA para la lucha contra la desnutrición en el Municipio de Tacobamba.

Finalmente, en lo relativo a la apropiación, el nivel municipal ha demostrado una adecuada apropiación institucional y una co-responsabilidad con las intervenciones del Proyecto. De igual manera, los beneficiarios han demostrado un gran compromiso e involucramiento con las actividades del Proyecto. Dentro de este punto señalar que el SEDES ha demostrado una apropiación débil, al igual que la Coordinación de Red, por la constante inestabilidad de funcionarios-as que presenta y las modificaciones de estructura que ha tenido la Coordinación de Red, que son las instancias de relación directa.

7. LECCIONES APRENDIDAS

- Se debe apoyar a los procesos de protección del medio ambiente de la zona: por ello un elemento valioso ha sido la capacitación en la elaboración de remedios caseros y naturales para la fumigación de los cultivos, aspecto que ha sido rescatado por el proyecto con muy buenos resultados.
- La construcción de sistemas de micro riego por grupos o zonas de la comunidad, ha permitido una mejor gestión del agua, permitiendo mejor control y uso eficiente del mismo a nivel organizacional.
- El promover huertos escolares, ha permitido contar con otro tipo de alimentos que ha podido complementar la alimentación de los alumnos de la escuela, y permitir el aprendizaje de los alumnos en temas productivos. Igualmente se han tenido estrategias por parte de los maestros de poder continuar con el funcionamiento del huerto escolar.
- El funcionamiento de Fondo Rotatorio no solo depende de la organización de la misma, sino, también de los resultados en la producción de las parcelas y las condiciones climáticas. Esto no ha permitido llegar al total de beneficiarios de las comunidades.
- Los promotores deben formar parte de la estructura de la comunidad, para ser reconocidos legalmente por esta y contar con apoyo de la misma.
- No solamente es la entrega de semillas o la capacitación en la producción, sino también se debe tomar en cuenta la planificación y manejo del huerto, lo cual permitirá eficiencia tanto en la producción como en el manejo del agua.

8. RECOMENDACIONES

A NOR SUD PARA FUTURAS INTERVENCIONES EN GENERAL:

- Establecer un anclaje institucional de los Proyectos, tanto a nivel del SEDES como de los Municipios, que garantice la corresponsabilidad real entre las partes. Si bien existen problemas estructurales a nivel nacional de continuas rotaciones de las autoridades, que dificultan el relacionamiento, el Proyecto debe aprender a convivir en este contexto y su Coordinador debe propiciar continuamente el vínculo.
- Cuidar que el diseño del Proyecto guarde coherencia: incluya actividades necesarias y suficientes para alcanzar los resultados; se presupueste adecuadamente las actividades, sin subdimensiones u omisiones.
- Adecuar la Línea de Base de Capacidades, Actitudes y Prácticas a fin de obtener una herramienta estratégica que suministre información necesaria para el monitoreo y seguimiento de los cambios, principalmente cualitativos, dentro del esquema planteado por la SAFCI. La realización de esta herramienta con una metodología cualitativa y participativa, permitirá conocer si se ha mejorado o avanzado en las metas propuestas por la intervención. Por ello sería pertinente que a partir de la información disponible por la encuesta CAP de Proyecto, se complementase la información con métodos de investigación cualitativa, que busquen profundizar en las concepciones y explicaciones de los cuidados y atención de mujeres en gestación, el parto y post parto, así como los cuidados del neonato y menores de 5 años. Algunas técnicas cualitativas son los grupos focales o entrevistas a profundidad, pero también podría recurrirse a técnicas de la investigación participativa que sean culturalmente compatibles con la población meta. Estas decisiones metodológicas deben ser cuidadosamente observadas a fin de obtener una línea de base capaz de explicar los sistemas de creencias y valores que subyacen a las prácticas, actitudes y comportamiento de la población.
- Elaborar desde el inicio, un Plan de Sostenibilidad que defina acciones, metas, indicadores y que incluya el Plan de Transferencia a las contrapartes y realizar su monitoreo permanente.

En cuanto a intervenciones propiamente relacionadas con temas sanitarios:

- Se recomienda que para futuras intervenciones de Información, Educación y Comunicación para la salud, se haga énfasis en población de niños, jóvenes y profesores, considerando que son los principales agentes de cambio.
- Para la ejecución de actividades de capacitación a ACS y a la población en general, reproducir material existente en el país, diseñado con otras Agencias de Cooperación, previa autorización de las mismas y no extremar esfuerzos innecesarios en la producción y que representan un costo adicional.
- Para el trabajo con agentes comunitarios de salud: hacer énfasis en el seguimiento de las capacitaciones y además trabajar de manera creativa mecanismos de incentivo, tales como encuentros de confraternidad y de intercambio de experiencias; estimulación y saluciones por programas radiales locales, etc.
- Desarrollar y profundizar la participación social bajo la filosofía de la SAFCI, con estrategias de identificación de potenciales líderes, a quienes debe dársele herramientas para ejercer liderazgo, acompañamiento y además propiciársele espacios y mecanismos para que puedan ejercer sus roles en la práctica.
- Fomentar de una manera más decidida la utilización del SUMI y del Bono Juana Azurduy por la población meta, con acciones de IEC, facilitación de procesos administrativo legales y además monitorear esta utilización con indicadores. La cobertura de estas políticas de protección social a la población rural y más desfavorecida son una debilidad del Sistema Sanitario.
- Dado que se han iniciado y están iniciándose proyectos de cooperación internacional, como con la Cooperación Técnica Belga en el Departamento de Potosí, se debe procurar establecer

sinergias con este y otros Proyectos.

En cuanto a intervenciones propiamente relacionadas con temas de producción agrícola:

- Se debe analizar cuán factible de implementarse es la estrategia de fondos rotatorios en cada comunidad. Por ello debe primero estudiarse y comprenderse cuales fueron los factores facilitadores y obstaculizadores para su aplicación desde la situación particular de cada comunidad. Aunque de antemano se aprecia que para el éxito de la misma, es muy importante considerar la calidad de la semilla y sobre todo la capacitación y acompañamiento continuo a los productores y a las instancias comunitarias de gestión.
- Para ganar legitimidad por parte los promotores agrícolas, se debe afianzar su rol con un trabajo de capacitación más sistemático y acompañado y además con dotación de materiales de apoyo a su formación y para el desempeño de sus funciones.
- Se debe mejorar las capacitaciones, mediante más práctica en temas de fruticultura, cómo plantar y podar los frutales y complementar con asistencia técnica y acompañamiento a los huertos familiares periódicamente. Adicionalmente se debe complementar la asistencia a las familias con capacitaciones en alimentación saludable y en nuevas maneras de preparación de alimentos.
- Es importante aprovechar eficientemente la superficie de terreno de los huertos familiares e identificar las hortalizas con mejores resultados y en algunos casos buscar la especialización de los productores, sin que esto implique eliminar otras hortalizas.
- Es muy importante que exista una planificación con la comunidad para identificar las especies a producir en vivero, dando mas énfasis a los procesos de post-producción, es decir, plantación y protección de los plantines
- Se deben mejorar los procesos productivos en vivero forestal, principalmente el cuidado de los plantines (sanidad), igualmente se debe incrementar la cantidad de semilla en durazneros, para obtener mas cantidad de plantines y posteriormente efectuar los injertos correspondientes. Para ello se debe efectuar talleres de capacitación práctica y en el idioma nativo en temas de manejo de viveros, injertos de duraznos y manzanos.
- Se recomienda que el vivero debiera ser manejado por el sindicato de la comunidad, con un responsable del vivero y además contar con la colaboración de gente voluntaria o interesados.
- Se debe identificar claramente la demanda de la comunidad respecto a las especies forestales, además de identificar con precisión lugares adecuados para plantaciones, garantizando de esta manera un mejor porcentaje de plantación.
- Es importante reforzar a los comités de riego con temas de organización, liderazgo, gestión, entre otros, para la mejorar su capacidad de resolución de problemas y además se les debe brindar acompañamiento para el cumplimiento de sus roles y funciones: de operación y mantenimiento, de gestión del riego, de gestión de financiamiento y de seguimiento a la producción.
- Se debe mejorar el manejo y uso de agua, en los sistemas de micro riego, mejorando y revistiendo los canales de distribución de agua desde el estanque de almacenamiento hasta las parcelas productivas, evitando así pérdidas por infiltración y percolación del agua.
- Se debe continuar con el manejo de las fichas de seguimiento a las parcelas productivas, dando mayor continuidad, identificando hitos importantes y a todos los cultivos de intervención del proyecto, para contar con información clara y técnica de todo el proceso productivo.
- Además de efectuar actividades y estrategias de seguridad alimentaria, se debe incluir gradualmente en próximas acciones de intervención en la zona, estrategias de comercialización, con los excedentes de la producción, puesto que algunas comunidades tienen mercados potenciales cercanos, principalmente para la venta de productos de hortalizas.
- Es importante rescatar las variedades que han tenido mejores resultados en la zona, de los cultivos de papa, trigo y plantines de durazno.

En cuanto a intervenciones propiamente relacionadas con temas de obras de agua para consumo humano.

- Se debe tomar en cuenta en la planificación de obras de agua potable el tema de costo – beneficio.
- Igualmente debe considerarse el tema de cuota de aporte de los usuarios por el uso del sistema, para garantizar la sostenibilidad.
- Para el trabajo con agentes comunitarios, promotores agrícolas, miembros de comités de gestión, hacer énfasis en el seguimiento capacitante y además trabajar de manera creativa mecanismos de incentivo, tales como encuentros de confraternidad y de intercambio de experiencias; estimulación y salutations por programas radiales locales, etc.

PARA FONTILLES

- A partir de sus capacidades institucionales complementar posibles puntos de refuerzo necesario para su socio local que a la luz de esta evaluación, puede ser: Identificación y formulación de proyectos, diseño de sistemas de monitoreo y seguimiento.
- Participar activamente de dicho sistema de monitoreo y seguimiento, acompañando el liderazgo de su socio local y el resto de actores.
- A partir de la experiencia acumulada, revisar y extraer lecciones aprendidas de buenas prácticas de proyectos de características similares a las de Municipio Saludable, a fin de aportar a la experiencia actual. La consideración de los elementos del contexto y el conocimiento profundo del socio local y los principales actores involucrados deben estar a la base del rescate de aquellos aspectos que pueden aportar al trabajo en el municipio de Tacobamba.

A LAS CONTRAPARTES (SEDES, Gobiernos Municipales, comunarios).

A Mediano Plazo

- Es necesario que el Gobierno Municipal, con el impulso del sector salud y de la estructura social en pleno ejercicio de la Gestión Participativa Local Sanitaria, empiecen a incorporar en sus POAs, fondos para solventar los costos que implica la salud comunitaria, es decir personal que capacite y haga seguimiento a los Agentes Comunitarios de Salud, lo que implica el financiamiento de su desplazamiento y la producción de material educativo.
- Es importante considerar la ampliación de los sistemas de micro riego, ya que algunas familias están ampliando sus parcelas con hortalizas y en algunas comunidades el agua y su caudal no abastece el riego.
- Es muy importante optimizar y hacer un uso eficiente del agua, para ello se propone contar con regaderas y revestir los canales de distribución hacia las parcelas, puesto que actualmente existe una pérdida de agua por infiltración.
- El trabajo con hortalizas ha despertado el interés de comercializar los mismos, y para ello se quiere organizar una asociación de productores para la comercialización a los diferentes mercados y en otros casos fortalecer las asociaciones ya existentes.
- Es necesaria la ampliación de la infraestructura de los huertos escolares en algunas comunidades, porque cada año existe el incremento en el número de alumnos y también se debe hacer mejoras, como cambiar las calaminas plásticas que están deterioradas.

9. ANEXOS