

Indice

Indice de cuadros	4
Listado de acrónimos	4
RESUMEN EJECUTIVO	i-xii
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Objetivos de la evaluación	5
1.2 Metodología empleada en la evaluación	6
1.3 Condicionantes y limitaciones de la evaluación	6
1.4 Descripción de los trabajos realizados	7
2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EVALUADA	11
3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	12
3.1 Pertinencia	12
3.2 Coherencia	18
3.3 Eficacia	21
3.4 Eficiencia	44
3.5 Participación	50
3.6 Impacto	54
3.7 Sostenibilidad	57
4. CONCLUSIONES	62
5. RECOMENDACIONES	70
6. ANEXOS (en formato digital)	73

Índice de cuadros

Cuadro 1. Agentes de la evaluación e instrumentos de recopilación de información de la Fase de Trabajo de Campo.....	8
Cuadro 2. Cronograma de trabajo de la evaluación	10
Cuadro 3. Elaboración de la Línea de Base.....	22
Cuadro 4. Resumen de talleres impartidos a la población	23
Cuadro 5. Alumnos capacitados en talleres escolares	24
Cuadro 6. Campañas de sensibilización	25
Cuadro 7. Jornadas de limpieza para identificar y erradicar vectores	26
Cuadro 8. Logro de objetivos de las capacitaciones según visitas de seguimiento a familias.....	27
Cuadro 9. Entrega de kits de agua segura y mosquiteras.....	28
Cuadro 10. Comités de Salud renovados	29
Cuadro 11. Campañas de salud realizadas.....	32
Cuadro 12. ACS capacitados y en proceso de reconocimiento	34
Cuadro 13. Talleres de capacitación a ACS y PDS: contenidos	35
Cuadro 14. Familias visitadas por las Promotoras Domiciliarias de Salud.....	36
Cuadro 15. Análisis del cumplimiento de los indicadores	41
Cuadro 16. Personal del proyecto en terreno	44
Cuadro 17. Gastos por Resultado.....	46
Cuadro 18. Valoración del presupuesto ejecutado	47
Cuadro 19. Agentes implicados y formas de participación	53

Listado de acrónimos

AACID	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo	GED	Género en Desarrollo
ACS	Agentes Comunitarios de Salud	IRA	Infección Respiratoria Aguda
CRE	Cruz Roja Española	MED	Mujer en Desarrollo
CRP	Cruz Roja Peruana	MINSA	Ministerio de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud	OPP	Oficina de Planificación de Proyectos
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda	PCS	Periferia Consultoría Social
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual	PDS	Promotoras Domiciliarias de Salud

NB: En este informe hemos tenido en cuenta el lenguaje inclusivo y no sexista, no obstante -cuando la inclusión ya ha quedado patente- hemos evitado el uso excesivo de los desdoblamientos léxicos (los/as destinatarios/as) para facilitar la lectura.

RESUMEN EJECUTIVO DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
TÍTULO	Promoción y educación para la salud en nueve comunidades campesinas del río Nanay, Loreto, Perú.
PRESUPUESTO TOTAL EJECUTADO	260.660,51 €
FECHAS DE EJECUCIÓN	Agosto 2011 a Enero 2013
ONGD	Cruz Roja Española
CONTRAPARTE LOCAL	Cruz Roja Peruana Cruz Roja Peruana Filial de Maynas
UBICACIÓN	Municipios de Iquitos, S. Juan Bautista y Alto Nanay, Provincia de Maynas, Departamento de Loreto, Perú.
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	<p>OG: Contribuir a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en 9 comunidades campesinas del Departamento de Loreto.</p> <p>OE: Los habitantes de 9 comunidades campesinas del río Nanay adquieren hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes.</p> <p>R1: Familias y comunidades organizadas y sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables.</p> <p>R2: Botiquines y Agentes Comunitarios de Salud apoyados por los Comités de Salud y reconocidos plenamente por el Sistema de Salud Pública.</p> <p>R3: Agentes Comunitarios y Promotoras Domiciliarias de Salud capacitadas y con medios para promover en comunidades la prevención y atención en salud primaria.</p>
OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	Evaluar el logro del objetivo específico de la intervención y su contribución a la disminución de la incidencia de enfermedades en la zona de ejecución. Se realiza un análisis riguroso sobre el diseño del proyecto, la ejecución de las actividades, la administración y gestión de los recursos y el impacto sobre la población destinataria, y se pone especial énfasis en el análisis de la participación de los agentes implicados en todas las fases del mismo.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

PERTINENCIA

Valoración del criterio: PERTINENTE

El proyecto da continuidad a una intervención anterior en salud, mediante el fortalecimiento de los botiquines instalados en seis de las nueve comunidades implicadas, además de la capacitación a la población y a los agentes locales en salud básica; este fortalecimiento responde a las prioridades y necesidades expresadas por la población destinataria, aunque han faltado algunos aspectos demandados relacionados con los objetivos planteados, en especial el acceso de toda la población a letrinas adecuadas. En lo referente a las prioridades de mujeres y hombres no se ha realizado un análisis diferenciado de necesidades prácticas e intereses estratégicos de estos grupos, aunque se ha fomentado la participación equitativa de ambos sexos.

El proyecto se adapta a las prioridades nacionales, regionales y locales, recogidas en el *Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020*, el *Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015*, el *Plan de Desarrollo Regional Concertado 2008-2021 del Gobierno Regional de Loreto*, el *Plan Estratégico Institucional del Gobierno Regional de Loreto – Dirección Regional de Salud Loreto 2011-2015* y en el *Plan Estratégico Institucional 20011-2014 de la Municipalidad Provincial de Maynas*.

COHERENCIA

Valoración del criterio: 4

Los objetivos formulados corresponden a los problemas a los que se pretende dar respuesta –salud, agua y saneamiento- entre varios identificados; sin embargo, el alcance de esta respuesta a través de los resultados resulta limitado, pues se ha incidido en la formación y prácticas sobre la higiene y sobre el tratamiento de los residuos, pero no se ha facilitado la disponibilidad de agua ni la eliminación de excretas.

La estructura de objetivos, resultados y actividades es sólida y coherente, de acuerdo al EML, y se incide adecuadamente sobre tres niveles fundamentales: población, comunidades y sistema público. Se realizaron algunos cambios en algunas actividades que contribuyeron a mejorar la eficacia de los resultados.

El conjunto de los indicadores está bien redactado y es adecuado pues además de constatar la ejecución de las actividades, reflejan la evolución de los destinatarios hacia los objetivos previstos, aunque cabe señalar ciertas debilidades en los indicadores de género, que no van más allá de la participación y responden a un enfoque MED.

Las fuentes de verificación son muy abundantes, están adecuadamente ordena-

das y con una recogida sistemática de las mismas. En conjunto todas las FV aportan información válida para la evaluación del proyecto.

Todos los factores externos están bien identificados y la práctica totalidad han resultado positivos a lo largo de la ejecución del proyecto.

EFICACIA

Valoración del criterio: 4

Los Resultados Esperados del proyecto se han logrado adecuadamente. Las familias de las nueve comunidades implicadas han sido sensibilizadas en materia de higiene y salud preventiva y han sido dotadas con equipamientos para tratar el agua de consumo en sus hogares. Los 6 botiquines comunitarios han sido fortalecidos con equipamientos y letrinas y puestos a cargo de Comités de Salud renovados, aunque hay que señalar que las letrinas apenas se están usando y, por tanto, no están teniendo una incidencia en las condiciones de salud de la población. Se han capacitado agentes locales para tareas de promoción y prevención de salud, incluyendo 27 Agentes Comunitarios de Salud y 41 Promotoras Domiciliarias de Salud, que realizan visitas a todas las familias de sus comunidades y colaboran en las campañas de salud organizadas por el Ministerio.

Todos los talleres impartidos y actividades complementarias se han concretado a partir de la línea de base levantada al inicio del proyecto, lo que ha permitido articular la intervención a las necesidades, intereses y capacidades de la población y lograr buenos resultados.

El logro de la mayoría de los indicadores de los Resultados es superior al 100% de modo que se ha logrado el Objetivo Específico de forma muy satisfactoria.

Entre los factores que han contribuido al logro de los resultados y del OE destaca la estrategia adoptada de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, pues esto ha permitido establecer relaciones más estrechas con la población y un mejor conocimiento y respuesta a las dinámicas comunitarias.

EFICIENCIA

Valoración del criterio: 4

En general la inversión realizada ha sido muy eficiente.

Los gastos realizados se han ajustado bastante al presupuesto previsto en casi todas las partidas, con algunas desviaciones al alza y a la baja que se han compensado entre sí, de modo que el gasto final ejecutado es el previsto. La distribución del gasto por resultados es muy equilibrada y la distribución por partidas es adecuada al tipo de proyecto. Cabe destacar la alta eficiencia en la gestión económica, que ha permitido completar los equipamientos aportados a

los botiquines comunitarios y a los Puestos de Salud más allá de lo que estaba previsto.

Los recursos humanos han sido muy eficientes, con un alto grado de implicación e involucramiento del equipo de terreno con la población destinataria. En particular, la estrategia adoptada de permanencia en las comunidades y coordinación mensual de las dinamizadoras con el coordinador ha permitido una alta eficiencia en el desarrollo de las actividades.

Ha habido una buena colaboración institucional y se han establecido mecanismos de gestión adecuados, que han facilitado llegar a toda la población e implicar a las autoridades locales y sanitarias en el logro de los objetivos de la intervención.

La principal debilidad ha sido la irregular gestión realizada inicialmente por la Oficina de Planificación de Proyectos de la contraparte, que llevó a que, tras el primer semestre de ejecución, se decidiera asignar tal gestión a la Delegación de CRE en Perú.

PARTICIPACIÓN

Valoración del criterio: 5

Desde el comienzo del proyecto se definieron los principales actores participantes, así como sus tareas y funciones.

Los principales agentes implicados son el Ministerio de Salud, la Microred de Salud de Iquitos Norte y los Puestos de Salud presentes en tres de las comunidades del proyecto. También se establece la participación de las autoridades locales. El único actor no identificado en la formulación del proyecto es el personal directivo de los centros educativos de todas las comunidades implicadas, y que se incorporó durante la intervención en la organización de talleres específicos para el alumnado y docentes.

El proyecto fue identificado y formulado por Cruz Roja Peruana, en colaboración con la Delegación de Cruz Roja Española en Perú. Desde el inicio se contactó con las autoridades de las tres municipalidades concernidas, de las que sólo se implicó activamente una de ellas: Alto Nanay. También se involucró al personal de las administraciones de salud, incluyendo varias direcciones de la DIRESA, aunque la participación directa estuvo a cargo del personal de la Microred de Iquitos Norte, que, además de comprometerse con el reconocimiento y acompañamiento de los Agentes Comunitarios de Salud, organizó en el marco del proyecto varias campañas de salud en las comunidades implicadas. En estas campañas participó también el personal sanitario de los Puestos de Salud de la zona.

	<p>Durante la ejecución participaron activamente las autoridades locales de todas las comunidades, que colaboraron en la organización de las diversas actividades planificadas. Además, a lo largo del proyecto se realizaron varias reuniones participativas de seguimiento con participación de las autoridades locales y sanitarias en cada comunidad.</p>
<p>IMPACTO</p>	<p>Valoración del criterio: 4</p> <p>No es posible valorar la contribución al Objetivo General sin indicadores sanitarios adecuados, no obstante, a raíz del alto logro de los resultados y del objetivo específico, se puede afirmar que las prácticas de prevención e higiene han mejorado considerablemente con la ejecución del proyecto, y que esto contribuye efectivamente a una disminución de la morbilidad.</p> <p>No obstante, el impacto del proyecto se encuentra aún condicionado por algunas carencias en los servicios de agua y saneamiento: no hay disponibilidad de agua rápida y cercana ni recursos adecuados para la eliminación de excretas.</p> <p>Los principales efectos del proyecto se han producido sobre la población beneficiaria, en la que se han observado algunas mejoras en prácticas de prevención e higiene, y sobre los agentes locales de salud: los ACS y las PDS han sido capacitados y están comprometidos con sus comunidades en prevención y asistencia sanitaria; además, se han vinculado con la red de salud a través de los Puestos de Salud.</p> <p>La Microred de Salud de Iquitos Norte se ha visto fortalecida al contar con agentes de desarrollo entre la población local, que facilitan el vínculo entre ésta y los servicios públicos de salud.</p> <p>Un impacto no previsto positivo ha sido la sensibilización y la implicación de la población infantil.</p> <p>Finalmente hay un buen impacto sobre la filial de CRP-Maynas con la incorporación de aprendizajes, de materiales formativos y de algunos equipamientos, aunque hay que señalar una debilidad en cuanto a la poca implicación del voluntariado local en el proyecto.</p>
<p>SOSTENIBILIDAD</p>	<p>Valoración del criterio: 3</p> <p>Las medidas previstas para garantizar la sostenibilidad no son sólidas, por lo que ésta es cuestionable.</p> <p>El seguimiento, capacitación y coordinación de los Agentes Comunitarios de Salud y de las Promotoras de Salud son responsabilidad de la Microred de Iquitos Norte, pero se ha constatado la escasez de recursos de la administración</p>

pública; además, el seguimiento en terreno depende de la implicación personal de los profesionales de salud. Por otra parte, la implicación de los ACS y las PDS como personal voluntario requiere una importante dedicación de tiempo y esfuerzo sin compensación material, por lo que su continuidad es impredecible más allá de su compromiso inicial.

Por parte de la población tampoco hay certeza en cuanto a la continuidad en los hábitos de prevención, sobre todo por la ausencia de medios que faciliten el acceso al agua y la eliminación de excretas, aunque algunos elementos sí pueden contribuir a la continuidad: el avance logrado en la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la salud familiar y la alta participación de la población infantil, que ayudan a los mayores y contribuyen a la apropiación de las prácticas saludables en la familia.

Las prioridades horizontales se han tratado con poca profundidad, en particular la equidad de género y la protección del medio ambiente; en cuanto a los principios operativos se han contemplado, en general, adecuadamente.

Toda la población destinataria se considera vulnerable, y dentro de la misma se ha beneficiado en particular a las mujeres y la infancia, y se ha aportado una tecnología básica, adecuada a la realidad local, que no implica un progreso tecnológico avanzado.

CONCLUSIONES

PERTINENCIA

- ▶ Las necesidades y problemas identificados son pertinentes para los 2 principales planteamientos del proyecto: prevención en salud y acceso a servicios de salud.
- ▶ La intervención está en plena concordancia con los planes y las estrategias de desarrollo a nivel estatal, regional y local. Además, el proyecto es altamente valorado por los responsables de salud ya que las figuras de los ACS y de las PDS permiten a la población acceder a un conjunto de prestaciones y servicios de atención primaria, y acercarla al sistema público de salud.
- ▶ El proyecto se ha planteado con una visión de desarrollo progresivo: se fortalecen los botiquines creados en un proyecto anterior y se crean de hábitos de higiene como fase de transición a una futura aportación de infraestructuras sanitarias.
- ▶ El equipo ha sabido responder a la constatación del papel protagonista de la infancia en salud, organizando talleres adaptados en el ámbito escolar.



	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Algunas prioridades importantes no fueron bien identificadas y han quedado sin respuesta: formación específica a la población adolescente en materia de salud sexual y reproductiva; implicación, reconocimiento y fortalecimiento de las parteras tradicionales; fortalecer la cadena de frío en los botiquines. ▶ El empeño en fomentar la equidad de género ha logrado involucrar a los varones y corresponsabilizarlos en actividades de promoción de la salud, habitualmente asignadas a las mujeres. Al mismo tiempo se ha dado a las mujeres un cierto papel de liderazgo en su vida comunitaria. ▶ La incorporación del enfoque de género en la identificación y formulación del proyecto se revela bastante débil en cuanto a que aún se incorporan enfoques más cercanos a MED que a GED.
<p>COHERENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los objetivos y resultados formulados son adecuados y corresponden a los problemas identificados. Pero hay una cierta debilidad en la respuesta a la disponibilidad de agua y a la eliminación adecuada de excretas. ▶ La secuencia lógica de objetivos, resultados y actividades presenta una gran fortaleza. ▶ Los tres resultados son complementarios entre sí, contribuyen a la consecución del objetivo específico y abarcan las principales líneas de acción identificadas. ▶ Las actividades son coherentes entre ellas y contribuyen adecuadamente al logro de los resultados esperados. La coherencia hubiera sido mayor de haber incorporado actividades vinculadas a la creación de un sistema comunitario de eliminación de excretas. ▶ Los indicadores han sido, en general, correctamente formulados. ▶ Las fuentes de verificación son abundantes, pertinentes y se encuentran adecuadamente ordenadas y sistematizadas. ▶ Los factores externos se han identificado correctamente y todos ellos han resultado positivos.
<p>EFICACIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El proyecto ha sido altamente eficaz en el sentido de que se han obtenido todos los resultados esperados, correctamente y a tiempo. ▶ Las familias han sido sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables y han mejorado sus conocimientos en salud básica preventiva. ▶ Se han fortalecido los 6 botiquines comunitarios con equipamientos adecuados, aunque aún se percibe la necesidad de mejoras importantes. Se han renovado los Comités de Salud en las 9 comunidades; aunque aún no son muy operativos y su gestión es poco eficaz. Como parte del fortalecimiento de estos botiquines se ha instalado en cada uno de ellos una letrina con biodigestor y

un sistema de recogida y almacenamiento de agua de lluvia. Sin embargo las letrinas apenas están siendo usadas y el aprovechamiento de los sistemas de recogida de agua es muy reducido.

- ▶ Se ha capacitado a una red de 27 Agentes Comunitarios de Salud y 41 Promotoras Domiciliarias de Salud en las 9 comunidades del proyecto, se les ha equipado y realizan actividades de promoción de la salud, prevención y atención primaria en sus comunidades, en coordinación con el sistema sanitario público.
- ▶ Se han organizado cuatro campañas de salud que, además de contribuir a la formación práctica de los ACS, ha aportado al conjunto de la población valiosos servicios de atención sanitaria.
- ▶ Entre los factores que han dificultado la consecución de los resultados previstos cabe señalar las crecidas y bajadas del río Nanay que, aunque no fue un factor seriamente limitante, sí causaba ciertas dificultades.
- ▶ Otro factor que dificultó la coordinación de algunas campañas fue la alta rotación del personal sanitario en las administraciones de salud, lo que obligó a repetir numerosas reuniones de coordinación.
- ▶ El Objetivo Específico se ha logrado de forma muy satisfactoria: los habitantes de las 9 comunidades implicadas han adquirido hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes; cuentan con una red de ACS y PDS capacitados para realizar atención primaria, prevención y promoción de la salud, y cuentan con 6 botiquines reforzados para prestar servicios de atención primaria.
- ▶ Entre los factores que han contribuido al logro de los resultados y del OE destaca la estrategia adoptada de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades.
- ▶ Se han producido varios resultados no previstos: la implicación de un mayor número de mujeres sobre lo previsto y una alta implicación de la población infantil. Además, se formuló un nuevo proyecto de salud oral en el municipio de Alto Nanay.
- ▶ Toda la población de las comunidades ha podido acceder a las actividades de la intervención sin ningún tipo de limitación.

EFICIENCIA

- ▶ Los recursos humanos y materiales han sido adecuados y se han gestionado de forma muy eficiente.
- ▶ La distribución del gasto por resultados es adecuada.
- ▶ La distribución del gasto por partidas también es adecuado y se corresponde con el tipo de proyecto, donde la mayor inversión es en personal, desplazamientos y equipamientos.



	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se han respetado, en líneas generales, el cronograma y los tiempos previstos. ▶ Los recursos humanos han sido adecuados en cuanto a su preparación, capacidades y experiencia. ▶ La colaboración con las instituciones públicas presentes en la zona de ejecución ha sido un elemento fundamental para la consecución de resultados. ▶ Los mecanismos de gestión han funcionado adecuadamente, aunque para ello tuvo que asumir la Delegación de CRE la gestión última del proyecto.
PARTICIPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desde el comienzo del proyecto estaban claramente definidos los principales agentes participantes, así como las tareas y funciones de cada uno de ellos. ▶ La participación ha sido en general muy alta y bien coordinada. ▶ La participación de las mujeres en el proyecto ha sido muy alta; pero en este caso cabe señalar más bien la participación equitativa de los hombres al tratarse de una temática habitualmente asignada a las mujeres. ▶ La estrategia de permanencia de las facilitadoras en las comunidades y la dinámica de coordinación permanente con las autoridades locales y sanitarias, ha contribuido significativamente a fomentar la implicación de la población y a facilitar la apropiación de todos los resultados.
IMPACTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El Objetivo General del proyecto es difícil de medir, pero se puede afirmar que el logro del Objetivo Específico contribuye efectivamente a reducir la incidencia de las enfermedades prevalentes. ▶ El impacto es mayor en las comunidades más grandes y en la población infantil. ▶ La red de ACS y de PDS contribuye de forma importante al impacto, ya que mantienen viva la implicación de las familias y facilitan la relación de estas con los Puestos de Salud Pública. ▶ El impacto del proyecto se encuentra condicionado por las carencias en los servicios de agua y saneamiento. ▶ Hay un cierto impacto en las instituciones participantes, principalmente en la administración de salud pública. En cambio, el impacto sobre las autoridades administrativas no es significativo. ▶ La Filial de Maynas se ha visto fortalecida con la incorporación de experiencias y aprendizajes, con mejoras materiales en la sede y con la continuidad del coordinador y dos de las dinamizadoras, pero se echa en falta una mayor implicación del voluntariado.

SOSTENIBILIDAD

- ▶ Las mejoras introducidas gracias al proyecto tienen una probabilidad media de mantenerse, pues las medidas previstas para garantizar la sostenibilidad no son completamente sólidas.
- ▶ El seguimiento de la red de Agentes Comunitarios de Salud no ha quedado bien consolidado: los ACS aún no han sido oficialmente reconocidos; la administración cuenta con recursos limitados; el seguimiento y la colaboración en terreno no están asegurados, al no haberse establecido medidas concretas y depender de la voluntad del personal de los Puestos de Salud. Por su parte, las Promotoras Domiciliarias no cuentan con ningún reconocimiento explícito por la administración pública.
- ▶ La población se ha implicado mucho y muestra un alto grado de apropiación, sin embargo las aportaciones del proyecto en agua y saneamiento son insuficientes: las familias aún deben abastecerse de agua en el río y no se han aportado medios para la eliminación de excretas.
- ▶ Se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional de las instituciones participantes. En particular sobre la Microred de Salud de Iquitos Norte, fortalecida con los Agentes Comunitarios de Salud y con la equipación de sus Botiquines y de los Puestos de Salud. Las otras instituciones (Municipalidad de Alto Nanay, Centros educativos) también se han visto fortalecidas en mayor o menor grado.
- ▶ Las mujeres han tenido un alto nivel de participación e implicación, sin embargo ha faltado abordar temas clave y plantear medidas específicas para reducir las brechas de género.
- ▶ La protección del medio ambiente ha sido considerada en las actividades relacionadas con el saneamiento ambiental, pero ha faltado un tratamiento adecuado a elementos fundamentales como son la eliminación de excretas y la cría de animales menores.
- ▶ La diversidad cultural ha sido respetada, aunque no hay diferencias específicas a las que hacer frente.
- ▶ El alineamiento del proyecto es perfecto y la apropiación por la población es alta, a consecuencia del alto nivel de participación e implicación.
- ▶ La tecnología adoptada ha sido adecuada.
- ▶ El proyecto ha beneficiado a una población rural vulnerable, y en particular a las mujeres y la infancia.

RECOMENDACIONES	
PERTINENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es recomendable continuar con la trayectoria de proyectos en materia de salud; para ello es altamente recomendable realizar diagnósticos más precisos sobre las problemáticas y necesidades que se van identificando. ▶ Convendría realizar diagnósticos más detenidos sobre el problema de la eliminación de excretas para buscar alternativas adecuadas a la realidad del entorno natural y social. ▶ Es altamente recomendable realizar diagnósticos específicos de género, para identificar las principales brechas en equidad de género y poderles dar respuesta. Para ello hay que tener en cuenta la incorporación de datos desagregados por sexo. Conviene prestar especial atención a las necesidades en salud directamente vinculadas con el sexo.
COHERENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es recomendable completar el conjunto de resultados para una mayor coherencia interna y una contribución equilibrada al logro del Objetivo Específico. ▶ Es conveniente incorporar en los resultados el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), para dar respuesta a la vulneración de derechos. ▶ Los indicadores deben ser lo más precisos posible para evitar tener que interpretarlos a la hora de verificar su cumplimiento. ▶ Las fuentes de verificación deben incluir siempre información desagregada por sexo.
EFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Convendría planificar mejor los equipamientos de los botiquines en función de su utilidad a largo plazo y su aportación a los servicios a prestar. ▶ Las letrinas deben gestionarse de acuerdo a una planificación más precisa en lugar de dejarlas al albedrío de los ACS. ▶ Es recomendable completar la intervención en cuanto al uso de agua segura facilitando el acceso a la misma mediante la instalación de algunos depósitos comunitarios o en cada casa. ▶ Para mejorar la respuesta a las brechas de género es conveniente incorporar herramientas de análisis de género que permitan identificar las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres y realizar un diagnóstico específico de género.
EFICIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se recomienda continuar con la dinámica de establecer alianzas con las instituciones presentes en las zonas de intervención, y fomentar las dinámicas de colaboración y coordinación con todas las entidades implicadas.

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es recomendable fortalecer a la Cruz Roja Peruana en sus capacidades de gestión.
<p>PARTICIPACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se recomienda continuar con el enfoque participativo, según el cual no sólo se involucra a las entidades de la zona de intervención, sino que se fomenta la implicación activa de la población destinataria.
<p>IMPACTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es recomendable prever resultados más completos que contribuyan con mayor solidez a los objetivos previstos, para evitar que las carencias en algún aspecto condicionen un buen impacto del conjunto de la intervención. ▶ Se recomienda mejorar la identificación de las necesidades e intereses de las mujeres, y la previsión de cómo les afectarán las mejoras previstas en el acceso y control de los recursos, para evitar reforzar estereotipos en los roles de género y lograr un mayor impacto en equidad. ▶ Es aconsejable involucrar más al voluntariado local de la CRP para fortalecer los equipos humanos, y lograr una mayor difusión de los aprendizajes que se generen con los proyectos.
<p>SOSTENIBILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se recomienda continuar con la dinámica de establecer alianzas con la administración local de salud pública. No obstante es importante valorar las capacidades reales de la administración y prever medidas de apoyo alternativas. ▶ Se recomienda continuar con la estrategia de capacitar agentes locales y articularlos con la red local de salud. ▶ Es oportuno contemplar mejor las prioridades horizontales en particular el género y el medio ambiente en los diversos componentes que afectan a la salud.

1 Introducción

El presente informe recoge los resultados de la Evaluación Final Externa del proyecto “Promoción y educación para la salud en nueve comunidades campesinas del río Nanay, Loreto, Perú”, financiado por el Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) en la convocatoria de proyectos 2010.

Se ha llevado a cabo la evaluación entre los meses de abril y junio de 2012 y el periodo de análisis abarcó desde el inicio del proyecto – agosto de 2011- hasta la fecha de finalización de la fase de trabajo de campo de la evaluación –25 de abril de 2012-.

1.1. Objetivos de la evaluación

Los objetivos de la evaluación acordados en diálogo entre Periferia Consultoría Social y la Cruz Roja Española, Delegación de Andalucía, fueron los siguientes:

- El estudio de evaluación se centrará en el logro del objetivo específico de la intervención y su contribución a la disminución de la incidencia de enfermedades en la zona de ejecución. Con esta evaluación se realizará un análisis riguroso sobre el **diseño** del proyecto, la **ejecución** de las actividades, la **administración y gestión de los recursos** y el **impacto** sobre la población destinataria. Se buscará un especial énfasis en el análisis de la **participación** de los agentes implicados en todas las fases del mismo.
- La evaluación analizará el contexto político, sociocultural e institucional en el cual se han ejecutado las acciones del proyecto,

buscando identificar los factores que han favorecido o limitado la consecución del objetivo específico.

- Las conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones que se obtengan en la evaluación serán difundidas entre todos los actores participantes españoles y peruanos, y serán utilizadas por los responsables de la ejecución del proyecto para que puedan ser extrapoladas a acciones similares de las entidades ejecutoras.

El equipo evaluador quiere destacar el **carácter formativo de la presente evaluación**, cuya finalidad principal es identificar aciertos y errores en el proceso de ejecución y poder extraer lecciones aprendidas. Con todo ello se proponen los **cambios y mejoras** considerados pertinentes para futuras acciones.

1.2. Metodología empleada en la evaluación

Al inicio de la evaluación, durante la **fase de diseño** de la misma, se realizó el análisis del contexto del programa, se acotaron los principales agentes críticos y se recopilaban los documentos y herramientas necesarios para el proceso de evaluación y para la utilidad de los resultados de la misma. Durante esta primera etapa se desarrollaron las siguientes herramientas:

- Análisis de evaluabilidad.
- Edición de la matriz de evaluación.

Durante la fase de **trabajo de campo**, se implementaron las herramientas metodológicas que habían sido diseñadas en la fase anterior, y que se resumen a continuación:

FASE DE DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

- Análisis documental
- Reuniones iniciales

FASE DE TRABAJO DE CAMPO

- Análisis documental
- Observación directa
- Entrevistas
- Grupos focales
- Reuniones

FASE DE REDACCIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN

- Análisis documental
- Reuniones de devolución de la información

1.3. Condicionantes y limitaciones de la evaluación

Durante la fase de diseño de la evaluación, PCS valoró las posibilidades del proyecto para ser evaluado en el “análisis de evaluabilidad”¹, donde se señalaban los factores que dificultaban la evaluación, así como aquellos que la facilitaban. En general no ha habido limitaciones importantes, aunque sí algunos condicionantes.

Una primera dificultad se presentó en el equipo de Periferia, al comprobar unos días antes de la fase de terreno que las fechas del viaje coincidían con época de alta incidencia de dengue en la zona de ejecución; la evaluadora prevista había pasado una primera infección de dengue en un viaje anterior y su médico le recomendó no realizar este viaje, por lo que fue sustituida por otro evaluador de Periferia con formación y experiencia adecuados para esta evaluación. El

resto del trabajo de análisis de información y redacción del informe fue realizado en equipo.

Una limitación ha sido el hecho de realizar la evaluación con un margen muy breve de tiempo –apenas tres meses– después de finalizado el proyecto, por lo cual no ha habido tiempo para recoger indicadores oficiales de salud en la zona de intervención que corroboraran fehacientemente una mejora en la salud básica de la población.

Un último condicionante fue la dificultad para confeccionar el plan de trabajo que pudiera abarcar todo el área geográfica del proyecto a causa de las condiciones del terreno y la dispersión de las comunidades, por lo cual se consensó entre la CRE y el equipo evaluador la visita a cinco comunidades que podían fácilmente resultar representativas del conjunto de la población beneficiaria. De las 9 comunidades im-

¹ Anexo 6.2

plicadas se han visitado San Antonio, Samito, Shiriara, Libertad y Tarapoto.

Por otra parte ha faltado poder entrevistar al delegado de CRE que realizó la identificación y formulación del proyecto, que actualmente no

trabaja en Cruz Roja y al que no ha sido posible localizar.

En todo caso, las limitaciones encontradas no han comprometido el conjunto del estudio.

1.4. Descripción de los trabajos realizados

La evaluación final siguió las etapas formuladas en la propuesta técnica enviada por PCS a la entidad contratante en el mes de enero de 2012.

El trabajo se dividió en las siguientes etapas:

- Fase de diseño de la evaluación (Estudio de Gabinete).
- Fase de trabajo de campo.
- Fase de análisis de la información y redacción del informe final.

1.4.1. FASE DE DISEÑO DE LA EVALUACIÓN (ESTUDIO DE GABINETE):

Durante el mes de abril se mantuvo el contacto de intercambio y coordinación con los responsables de Cruz Roja Española en España y en su Delegación en Perú. Se organizó una reunión inicial, y se mantuvo un contacto a través del correo electrónico.

En la primera quincena del mes de abril se coordinó el envío de documentación referente al proyecto para su estudio, mientras se preparaba el contrato para la evaluación y en la segunda semana se elaboró y consensuó el listado de agentes clave de la evaluación y se esbozó un primer cronograma de trabajo.

Durante esta segunda semana de abril PCS se empleó en el análisis documental y la elaboración de herramientas de recopilación de información.

Esta fase concluyó con el envío a Cruz Roja Española de los resultados del **Análisis de Evaluabilidad del proyecto** y la versión final de la **Guía de Trabajo de Campo**, compuesta de:

- Plan de trabajo y agenda de terreno de la acción a evaluar.
- Matriz de evaluación del proyecto.
- Listado de actores clave de la acción.
- Listado de documentación referente a la intervención.

1.4.2. FASE DE TRABAJO DE CAMPO:

La fase de trabajo de campo se llevó a cabo en la zona de ejecución del proyecto entre los días 15 y 25 de abril; para el trabajo de campo se diseñaron e implementaron una serie de herramientas metodológicas de recopilación de información y análisis cuantitativo y cualitativo de la información, coherentes con la matriz de la evaluación –criterios, preguntas e indicadores–.

Al concluir el periodo de trabajo de campo, el 25 de abril, no fue posible realizar en Lima una reunión de devolución de la información, pues no hubo tiempo material al regreso desde Iquitos a la capital, además de que esos últimos días aún quedaba alguna entrevista por realizar en la delegación de CRE para concluir toda la recogida de información de terreno.

Cuadro 1. Agentes de la evaluación e instrumentos de recopilación de información de la Fase de Trabajo de Campo

INSTITUCIÓN	CARGO	HERRAMIENTA RECOGIDA INFORMACIÓN		
		ENTREVISTA	GRUPO FOCAL	REUNIÓN
Cruz Roja Española Delegación en Perú	Delegado CRE en Perú y Responsable del proyecto	X		
	Administrativo	X		
Cruz Roja Peruana	Director Ejecutivo	X		
	Técnico de proyectos de la Oficina de Planificación y Programas (OPP) durante la identificación del proyecto	X		
CRP – Filial de Maynas	Presidenta	X		
Equipo Técnico Ejecutor	Coordinador local del proyecto	X		
	Dinamizadora en terreno a cargo de Samito, Mishana y Shiriara	X		
	Dinamizadora en terreno a cargo de Atalaya, San Antonio y Saboya	X		
Empresa constructora	Ingeniero civil		X	
DIRESA Loreto – Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud	Responsable de Dirección de Vida Sana			X
	Directora de Participación Comunitaria			X
	Antigua responsable de la Dirección de Participación Comunitaria	X		
DIRESA Loreto – Microred de Salud de Iquitos Norte	Gerente de la Microred y Jefe del Centro de Salud de Moronacocha	X		
Municipalidad distrital de Alto Nanay	Alcalde	X		
Autoridades comunitarias	San Antonio: Teniente Gobernador y Antiguo Presidente Comunal			X
	Samito: Presidente Comunal	X		
	Libertad: Agente Municipal, Teniente Gobernador y Presidente Comunal			X
	Tarapoto: Agente Municipal y Teniente Gobernador			X
Personal de los	Samito: Enfermero y Técnico Sanitario			X



INSTITUCIÓN	CARGO	HERRAMIENTA RECOGIDA INFORMACIÓN		
		ENTREVISTA	GRUPO FOCAL	REUNIÓN
Puestos de Salud Pública	Libertad: Enfermera responsable y Enfermera			X
Responsables de Centros Educativos	San Antonio: Directora del Centro Educativo	X		
	Samito: Director Centro Educativo y Presidente de la Asociación de Padres de Familia			X
Comités de Salud	San Antonio: Presidente	X		
	Samito: Presidenta	X		
	Shiriara: Presidente y Secretario			X
	Tarapoto: Secretario	X		
Beneficiarios/as San Antonio	2 Agentes Comunitarios de Salud		X	
	3 Promotoras Domiciliarias de Salud		X	
	Grupo de padres		X	
	Grupo de madres		X	
Beneficiarios/as Samito	4 Agentes Comunitarios de Salud		X	
	6 Promotoras Domiciliarias de Salud		X	
	Grupo de padres		X	
	Grupo de madres		X	
Beneficiarios/as Shiriara	2 Agentes Comunitarios de Salud		X	
	4 Promotoras Domiciliarias de Salud		X	
	Grupo de padres		X	
	Grupo de madres		X	
Beneficiarios/as Libertad	4 Agentes Comunitarios de Salud		X	
	4 Promotoras Domiciliarias de Salud		X	
	Grupo de padres		X	
	Grupo de madres		X	
Beneficiarios/as Tarapoto	3 Agentes Comunitarios de Salud		X	
	3 Promotoras Domiciliarias de Salud		X	
	Grupo de padres		X	
	Grupo de madres		X	

Fuente: elaboración propia

1.4.3. FASE DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y REDACCIÓN DEL INFORME:

El análisis de la información recogida y la redacción del borrador del informe se iniciaron el 29 de abril, y se envió la primera versión del informe de evaluación el día 5 de junio a la

entidad contratante. La Cruz Roja Española en Andalucía y la Cruz Roja Peruana revisaron el documento y realizaron aportes hasta el 19 de junio de 2013 y se concluyó el proceso el día 25 de junio de 2013 con la entrega de la versión final del informe de evaluación.

Cuadro 2. Cronograma de trabajo de la evaluación

FASE / TAREAS	abril		mayo		jun		PRODUCTOS ESPERADOS
	1-12	15-25	29-17	20-31	4-19	19-25	
FASE I. ESTUDIO DE GABINETE							
Intercambios preliminares con Cruz Roja Española							Firma de contrato / Plan de trabajo / Revisión Matriz de evaluación
Análisis de evaluabilidad							Documento de análisis de evaluabilidad
Análisis documental							Listado de documentos de la evaluación
Mapa de Actores y listado actores clave							Mapa y listado de actores clave
Diseño de herramientas de recopilación de información							Modelos de herramientas de recopilación de información
Diseño de la Guía de Trabajo de Campo							Documento Guía Fase Trabajo de Campo
Socialización FASE I							Productos FASE I
FASE II. TRABAJO DE CAMPO							
Reunión inicial FASE II en Lima							Plan de trabajo ajustado y agenda detallada
Trabajo de Campo Lima, Iquitos y comunidades río Nanay: Aplicación herramientas recogida información							Incorporación de datos de fuentes secundarias Ficha de vaciado de información por acción Matriz de Evaluación
FASE III. REDACCIÓN INFORME EVALUACIÓN							
Análisis de información redacción 1ª versión informe final							Informe final
Revisión informe							
Redacción informe final							

Fuente: Adaptado de MAEC-SECI-DGPOLDE, US [Eds.]. **Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española**, Madrid, 2007.



2 Descripción de la intervención evaluada

El proyecto que se presentó tenía como objetivo disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en nueve comunidades campesinas asentadas en las riberas del río Nanay, en la Región de Loreto. Para lograrlo, la intervención se centró en la promoción de hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de dichas enfermedades entre la población.

Las acciones se orientaron a fortalecer el funcionamiento de seis botiquines comunitarios de salud, previamente instalados por CRP y CRE en un proyecto anterior, y tres Centros de Salud locales. Para ello se incidió ante las autoridades para incorporar a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y los botiquines comunitarios a la Red del Sistema de Salud Pública, de forma que puedan ser considerados como referentes en la prestación de servicios de salud y puedan recibir soporte técnico de dicho sistema, tanto en capacitación como en reposición de los stocks de medicinas de atención primaria. Para mejorar la calidad de los servicios de los botiquines, éstos se dotaron con algunos medicamentos y equipos básicos, se construyó junto a cada uno de ellos una letrina con biodigestor y se instaló un sistema de recogida de agua de lluvia.

Junto a esto, en el marco de las acciones del proyecto se consideró el fortalecimiento de capacidades y desarrollo de habilidades a tres niveles: a) capacitación de la población en general sobre prevención y control de enfermedades y saneamiento ambiental, con especial incidencia en la higiene y consumo de agua clorada; b) capacitación de los citados ACS sobre educación para la salud, atención básica en salud y gestión de botiquines; c) formación de

Promotoras Domiciliarias de Salud (conocidas en el terreno como Mujeres Líderes) en educación para la salud y saneamiento ambiental, de forma que desarrollaran competencias para reforzar las prácticas saludables a nivel de las unidades familiares.

Estaba prevista la consecución de los siguientes **objetivos**:

OG: Contribuir a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en 9 comunidades campesinas del Departamento de Loreto.

OE. Los habitantes de 9 comunidades campesinas del río Nanay adquieren hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes.

Y con los siguientes **resultados** esperados:

R1. Familias y comunidades organizadas y sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables.

R2. Botiquines y Agentes Comunitarios de Salud apoyados por los Comités de Salud y reconocidos plenamente por el Sistema de Salud Pública.

R3. Agentes Comunitarios y Promotoras Domiciliarias de Salud capacitadas y con medios para promover en comunidades la prevención y atención en salud primaria.

El total de población beneficiaria comenzó con 500 familias con un total de 2.139 habitantes, que a la finalización del período de ejecución se había reducido a 442 familias.

3 Resultados de la evaluación

En este epígrafe se detallan los resultados del análisis de los criterios, preguntas e indicadores contemplados en la matriz de la evaluación.

Al inicio de cada criterio se indica la **valoración** del alcance y **cumplimiento** del mismo. El significado de esta valoración numérica es el siguiente:

- 5: Los objetivos o criterios fijados han sido conseguidos como -o mejor- de lo previsto.
- 4: Los aspectos positivos son más importantes que los negativos.
- 3: El peso de los aspectos positivos es igual que el de los aspectos negativos.
- 2: Los aspectos negativos son más importantes que los positivos.
- 1: Los objetivos o criterios fijados no han sido conseguidos, y existen muy pocos aspectos positivos.

En el desarrollo de cada uno de los criterios se va dando respuesta a las preguntas formuladas en la matriz de evaluación. Cada pregunta está precedida de un código alfanumérico que aparece también en la matriz de evaluación² y que facilita su localización cuando se hace referencia a una pregunta en otro lugar del trabajo, así p. ej: E1 se refiere a la primera pregunta del criterio Eficacia, sin necesidad de volver a redactar la pregunta completa.

² Anexo 6.1. Matriz de evaluación

3.1. Pertinencia

Valoración del criterio: **PERTINENTE**

P1. ¿Se adapta el proyecto a las prioridades y necesidades expresadas por la población destinataria? ¿Se han tenido en consideración las prioridades y necesidades específicas de mujeres/niñas y hombres/niños?

No se han identificado documentos de referencia para valorar las necesidades de la población destinataria, tales como diagnósticos sobre agua o salud, encuestas sobre hábitos de higiene, etc., previos a la ejecución del proyecto. Sin embargo, las necesidades en materia de saneamiento, higiene y acceso a servicios de salud han sido identificadas por el personal de CRP y de la Delegación de CRE en Perú a lo largo de las visitas e intervenciones realizadas durante la ejecución de proyectos anteriores. La filial de CRP en Maynas tiene presencia en el entorno de Iquitos (capital de la provincia de Maynas, Departamento de Loreto) y del río Nanay desde el año 2000, y realizan intervenciones en contacto directo con las poblaciones locales; en las visitas y talleres recogen habitualmente las necesidades y prioridades de la población para la identificación de nuevos proyectos.

Este proyecto en particular fue identificado en el año 2010 por el entonces Delegado de CRE en Perú, junto con una técnico de proyectos de CRP y el coordinador del anterior proyecto en

el que se instalaron los 6 botiquines que han sido reforzados. Este equipo visitó los botiquines a cargo de los ACS y vieron la necesidad de fortalecerlos y enlazar su funcionamiento de forma más estrecha con los Puestos de Salud de la zona para mejorar el deficiente acceso de la población a los servicios de salud. En cuanto a la prevención de enfermedades, se detectó una escasa cultura de higiene y prevención por el desconocimiento que mostraba la población en cuanto a la relación causa-efecto entre el saneamiento y la higiene con las enfermedades prevalentes (malaria, dengue, IRAS, EDAS); por este motivo, se decidió incidir en la prevención y la creación de hábitos de higiene como paso previo a una futura intervención de instalación de sistemas de saneamiento (distribución de agua potable y eliminación de excretas). Así, se ha incidido en las actividades formativas para desarrollar una cultura preventiva, y se decidió la instalación de letrinas únicamente en los botiquines, para iniciar a la población al conocimiento, uso y mantenimiento de estos servicios.

Por su parte, los responsables de salud, tanto de la Microred de Salud de Iquitos Norte, como de la DIRESA, confirman que el proyecto responde a las necesidades básicas de la población, pues una de las prioridades en la zona es la mejora en el acceso a los servicios de salud, y en este sentido valoran mucho el fortalecimiento de los ACS, como vínculo entre la población y los servicios públicos de salud. También consideran muy positiva la formación y recursos aportados para el uso del agua segura como elemento fundamental de prevención.

No obstante, según varios testimonios en terreno, se ha echado en falta una respuesta preventiva más precisa a algunos problemas de salud de alta incidencia en la zona, como son los problemas bucodentales y la salud sexual y reproductiva; en este último caso ha faltado en particular el fortalecimiento de las parteras tradicionales para favorecer los partos seguros, y

la educación sexual en adolescentes para evitar las ETS y embarazos precoces no deseados. También se ha señalado la importancia de mantener la cadena de frío para las campañas de vacunación y, aunque el proyecto ha incluido la adaptación de un refrigerador en uno de los Puestos de Salud, de queroseno a gas, hubiera sido muy interesante dotar todos los botiquines con electricidad y pequeños refrigeradores para este fin.

Por otra parte, una necesidad que han expresado la población y las autoridades locales (administrativas y sanitarias) de forma generalizada, es el poder disponer de letrinas, si no en cada casa, al menos algunas comunitarias para grupos de casas. El proyecto no ha dado respuesta a esta demanda al considerar que era prioritario instalar previamente hábitos de prevención, higiene y saneamiento básicos.

En cuanto a las prioridades y necesidades específicas de mujeres/niñas y hombres/niños, el proyecto considera la equidad de género de forma transversal, aunque no se han aportado al equipo evaluador diagnósticos específicos de necesidades que determinen cuáles sean las brechas de género en la zona de intervención. Según los delegados de CRE en Perú, se tuvieron en cuenta las distintas ocupaciones y responsabilidades de hombres y mujeres en las familias y en la vida comunitaria, y se ha fomentado la corresponsabilidad de ambos en cuanto a los hábitos de higiene, saneamiento y prevención de enfermedades. Según todos los testimonios, son las mujeres las que habitualmente se encargan de los asuntos relacionados con la salud, tanto en el mantenimiento de la habitabilidad y limpieza de sus hogares, como en la alimentación de la familia y cuidado de los hijos, sin embargo los ACS suelen ser hombres elegidos por la comunidad, ya que se mantienen los estereotipos machistas que asignan al hombre todo tipo de responsabilidades comunitarias y relegan a las mujeres al ámbito domés-

tico. El proyecto ha tenido en cuenta esta situación y ha cuidado, por un lado, la capacitación de toda la población, sin distinción de sexo, haciendo hincapié en la corresponsabilidad de ambos para la prevención en salud; por otro lado, se ha fomentado el liderazgo de las mujeres introduciendo la creación de una nueva figura, la Promotora Domiciliaria de Salud, o Mujer Líder, que colabora con los ACS y facilita el acompañamiento y motivación de las familias.

P2. ¿Han cambiado las prioridades de la población destinataria desde la definición de la intervención? En caso afirmativo, ¿se ha adaptado la intervención a dichos cambios?

El proyecto se formuló en 2010 y el contexto de la zona no ha variado desde entonces. Durante la fase de campo de la evaluación se ha confirmado que no ha habido ningún cambio de prioridades de la población, si bien se plantearon tres situaciones concretas de las que sólo dos obtuvieron respuesta: por un lado, al constatar la asistencia a los talleres de los adultos frecuentemente acompañados por sus hijos e hijas menores, se vio oportuno organizar talleres específicos dirigidos a estos niños y niñas en los colegios de todas las comunidades implicadas, así como a los docentes de los mismos, para fortalecer los hábitos higiénicos y preventivos en el entorno escolar, donde este grupo de edad pasa gran parte de la jornada. Y dotarlos con un kit de agua segura (igual al entregado a las familias, ver Eficacia) para cada aula. En cambio, una necesidad detectada en el terreno fue la importancia de la educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes, sobre todo para la prevención de ETS y de embarazos precoces, a la que no se dio una respuesta específica, ya que este grupo de edad no asistía a los talleres, que estaban orientados a los adultos. Aunque hubo un taller sobre VIH/Sida, no se organizó ninguna actividad para el grupo de adolescentes en respuesta a esta situación.

Por otra parte, durante la organización de las campañas de salud organizadas por el personal de los puestos públicos de salud, en coordinación con los ACS y con el equipo del proyecto, surgió, sobre todo en las campañas del distrito de Alto Nanay, la necesidad de realizar campañas específicas de prevención y atención en salud bucodental, y dada la alta implicación de esta municipalidad (ayuntamiento), se puso en marcha un nuevo proyecto, ya independiente del que nos ocupa, por parte de la municipalidad y en colaboración con CRP-Maynas, en 22 comunidades del distrito de Alto Nanay.

P3. ¿La intervención está acorde con los planes de desarrollo del país, región y zona, y se complementa con otras acciones de respuesta planteadas por instituciones, gobierno u otras agencias nacionales?

La propuesta del presente proyecto tiene un buen nivel de concordancia con los objetivos y estrategias de desarrollo y salud en los diferentes niveles geográficos e institucionales.

En primer lugar, el **Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020** recoge los principales y problemas y necesidades del país en materia de salud, entre los que destacan:

Problemas sanitarios:

-Alta mortalidad infantil, causada principalmente por problemas perinatales, enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país.

-Alto porcentaje de desnutrición crónica infantil.

-Alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal.

Problemas del sistema:

-Descentralización del sector salud incompleta.

-Insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas.

-Inadecuado desarrollo de recursos humanos.

-Poca participación ciudadana.

Problemas en los determinantes:

-Saneamiento básico: deficiente saneamiento básico, inadecuada eliminación de excretas y disposición de la basura.

-Exclusión social: pobreza, ingreso y empleo.

-Medio ambiente: contaminación medio ambiental.

-Seguridad alimentaria y nutrición: deficiencia e inseguridad alimentaria.

-Educación: bajos niveles educativos y elevadas brechas educativas en mujeres rurales.

El Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015

establece como objetivo general *Contribuir a ampliar la cobertura y mejorar la calidad y sostenibilidad de los servicios de agua potable, alcantarillado, tratamiento de aguas servidas y disposición de excretas (...)*, y en su objetivo específico 5 pretende *incrementar el acceso a los servicios promoviendo, entre otros, la ejecución de obras para la ampliación de la cobertura de agua potable con conexiones domiciliarias*. Dentro de las estrategias para el entorno rural proponen, para la consecución de los objetivos planteados, *la educación en salud e higiene, así como en materia de deberes y derechos para con los servicios de agua y saneamiento*.

El Plan de Desarrollo Regional Concertado 2008-2021 del Gobierno Regional de Loreto

incluye varios objetivos y estrategias vinculados con la prevención y la promoción de la salud:

-Objetivo estratégico 02: *Reducir los niveles de pobreza y extrema pobreza mejorando el nivel de vida de la población en forma integral, mediante el acceso a servicios de calidad en salud, educación, nutrición, vivienda, saneamiento, justicia y seguridad ciudadana, ba-*

jo el principio de oportunidad y equidad de género.

Entre las estrategias contempladas para este objetivo, cabe señalar:

· *Fortalecer los programas de nutrición materno-infantil, promoción de la salud y prevención de enfermedades.*

· *Implementar programas educativos de cultura, salud y prevención de enfermedades.*

· *Ampliar y mejorar los servicios y la infraestructura social básica en la región a la población de extrema pobreza.*

-Objetivo estratégico 03: *Promover la conservación y uso sostenible de los recursos naturales y de la biodiversidad, con la participación activa de la población y el adecuado ordenamiento territorial, saneamiento básico, red de telecomunicaciones e infraestructura vial con prioridad en zonas rurales de la región.*

Entre las estrategias contempladas para este objetivo, cabe señalar:

· *Fomentar la cultura ambiental.*

El Plan Estratégico Institucional del Gobierno Regional de Loreto. Dirección Regional de Salud - Loreto 2011-2015 plantea varios objetivos coherentes con la intervención de CRP, entre los cuales:

-*Optimizar y ampliar la capacidad de la Red de Servicios de Salud en las cuencas hidrográficas del Ámbito Regional;*

-*Implementar un Sistema de Fortalecimiento de Competencias y Capacidades de los RRHH, ampliando la oferta o capacidad resolutive de los servicios de salud, para mejora de la salud Infantil, Materna, de enfermedades transmisibles y no transmisibles con enfoque Intercultural;*

-*El gran desafío político para Articular y Promover el liderazgo de las organizaciones sociales de base, quienes se empoderan de la importancia de la salud Infantil, Materna, de*

enfermedades transmisibles y no transmisibles; derechos a los servicios de calidad con enfoque intercultural y la activa participación comunitaria.

Estos objetivos se articulan en terreno con la importante participación de los Agentes Comunitarios de Salud, los Comités de Salud, y los botiquines que estos gestionan, que facilitan el alcance de los servicios públicos de salud a toda la población.

Por último, el **Plan Estratégico Institucional (PEI) 2011-2014 de la Municipalidad Provincial de Maynas**, incluye entre sus objetivos institucionales, el *Gestionar e impulsar de manera eficaz la calidad ambiental y la salud pública.*

Tanto los objetivos, como las medidas diseñadas en el proyecto para conseguirlos, complementan y son coherentes con las estrategias de las instituciones públicas provinciales, regionales y nacionales y así ha sido puesto de manifiesto por las autoridades y responsables locales de salud en las entrevistas realizadas en el marco de la evaluación, aunque cabe señalar que en el nivel más bajo, las autoridades comunales (Agente Municipal, Teniente Gobernador y Presidente Comunal) en las comunidades rurales, no están al tanto de las políticas nacionales o locales en materia de desarrollo o salud.

Además, el proyecto es altamente valorado por todas las autoridades y responsables entrevistados ya que, según manifiestan, facilita mucho a la población mejorar en sus condiciones higiénico-sanitarias y acceder a un conjunto de prestaciones y servicios básicos de salud. De hecho, en diferentes entrevistas se ha puesto de manifiesto que la administración pública de salud realiza campañas de prevención y atención sanitaria por las comunidades, sin embargo, expresan que a causa de la escasez de medios, raramente desarrollan programas educativos directos con la población, por lo que el acom-

pañamiento-sensibilización que realizan los ACS y las PDS resulta fundamental.

P4. ¿En qué medida el proyecto fomenta actuaciones sinérgicas, complementarias o competitivas tanto de la Cooperación andaluza como de la Española en el sector y la zona de actuación?

La Cooperación Andaluza, así como la española, están presentes en Perú a través de las intervenciones de un amplio grupo de ONG españolas y andaluzas. La Oficina Técnica de Cooperación de la AECID en Perú señala que en la actualidad son más de cien las organizaciones españolas que desarrollan actividades de cooperación en el país y un tercio de ellas, cuenta con oficina o delegación permanente. Estas organizaciones intervienen en diversos sectores de desarrollo, con financiación española y andaluza, en diversas regiones y departamentos de Perú.

En el caso de Loreto y la provincia de Maynas no hay una presencia destacable de cooperación española o andaluza salvo la ONGD Médicos Sin Fronteras y la propia Cruz Roja Española que viene desarrollando varios proyectos desde hace algunos años, en particular el proyecto precedente al que nos concierne, en el que se instalaron los botiquines que ahora han sido reforzados, con financiación de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha y de la Diputación de Albacete, y otro muy parecido en otra cuenca fluvial de Maynas actualmente en ejecución con financiación de la Comunidad de Aragón.

Por su parte, la Presidenta de la Filial de CRP en Maynas declara su política de colaboración con todas las ONG nacionales o internacionales que puedan coincidir con ellos en su zona geográfica.

P5. ¿Se aplicó el enfoque de género durante la identificación y formulación de la intervención?, ¿se han establecido medidas específicas para transversalizar el género durante la implementación?

Según las entrevistas a los delegados de CRE y los responsables locales de CRP, durante la identificación se tuvieron en cuenta los diferentes roles de hombres y mujeres, sin embargo no tenemos constancia documental sobre la identificación realizada, y en la formulación del proyecto se echa en falta un análisis detallado sobre las brechas de género en la identificación de problemas y necesidades en cuanto a la salud, tanto en la gestión de la misma al interior de los hogares como en el acceso y control de los recursos locales, o en la gestión y participación ciudadana en materia de salud.

El conjunto de la población beneficiaria aparece desagregado por sexos, pero no hay datos precisos desagregados sobre la incidencia de enfermedades ni el acceso a infraestructuras de agua, saneamiento y servicios de salud.

Aunque el formulario de la AACID lo contempla, no se ha incluido ningún resultado de género, pero sí se ha incluido un indicador de género en cada uno de los tres resultados esperados, todos ellos referentes a la participación equitativa de las mujeres. Para lograr estos indicadores el equipo del proyecto puso empeño en fomentar la participación equitativa de hombres y mujeres en todas las actividades. En las capacitaciones no sólo ha habido paridad, sino que, de hecho, ha habido una mayor asistencia de mujeres, fundamentalmente por la temática tratada que no despertaba un gran interés en los varones; en el caso de los ACS, se previó que al menos el 50% fueran mujeres, sin embargo la mayoría eran ACS que ya existían en las comunidades, paradójicamente casi todos hombres porque, aunque la temática de la salud se asigne habitualmente a las mujeres, los roles que

suponen un cargo y una responsabilidad a nivel comunitario, los siguen asumiendo mucho más los hombres. Dado que esta figura la eligen comunitariamente, no se quiso forzar sus costumbres en el nombramiento de nuevos ACS, de modo que se puso más empeño en dar valor a la figura de la Promotora Domiciliaria, que desde el inicio se planteó como Madre Líder. Esta sería la única actividad que promueve el liderazgo de las mujeres y su participación comunitaria; es una iniciativa muy positiva teniendo en cuenta las relaciones de género donde aún persiste el machismo y la relegación de la mujer al ámbito doméstico y al rol reproductivo, sin embargo, puesto que esta figura no cuenta con capacidad de decisión ni de acceso/control de recursos, aún será conveniente reforzarla facilitando la implicación de las mujeres en los Comités de Salud, donde su presencia es aún minoritaria.

Por otra parte, junto a unos indicadores de género centrados en la participación de la mujer, el análisis de los materiales de difusión y sensibilización elaborados (cartillas, rotafolios, banners, gigantografías, cuñas radiales) y de las entrevistas realizadas, confirma que el enfoque de género que se maneja y desde el que se aborda la brecha de desigualdad responde más a un enfoque MED que GED pues, aun no habiendo referencias explícitas, los textos e imágenes refuerzan los estereotipos que adjudican los cuidados de salud e higiene en el hogar exclusivamente a las madres; resultan muy escasas las imágenes o referencias a la corresponsabilidad de toda la familia y casi inexistentes las referencias a la implicación de hombres, más allá de las tareas de desbroce y cuidado del entorno.

3.2. Coherencia

Valoración del Criterio: 4

CH1. ¿Se corresponden los problemas identificados con los objetivos propuestos?

Los principales problemas identificados en la zona por CRE y CRP son: **altos costes de transporte** que resultan limitantes para las actividades productivas generadoras de ingresos; la **incidencia de enfermedades (malaria, dengue, IRA, EDA)** y **carencia de servicios de salud** en las comunidades; la **carencia de servicios públicos como agua potable, saneamiento básico y electricidad**. Entre estos problemas, se optó por dar respuesta a las necesidades en salud, agua y saneamiento, puesto que el resto escapa a las posibilidades de CRP y CRE; en este sentido, los objetivos formulados corresponden a los problemas identificados.

Sin embargo se ha incidido principalmente en la formación y práctica sobre la higiene y sobre el adecuado tratamiento de los residuos, pero no en facilitar la disponibilidad de agua y la eliminación de excretas, por lo que estos elementos han quedado incompletos. Por una parte, el agua se sigue recogiendo del río casi a diario y su tratamiento requiere mucha constancia; por otra parte, no todas las familias disponen de letrinas y no se ha aportado ninguna medida para mejorar esta situación.

En la formulación se opta expresamente por crear hábitos sanitarios y fomentar una cultura de prevención, antes de instalar servicios sanitarios adecuados con garantías de un adecuado uso y mantenimiento. La cloración del agua es una buena iniciativa, pero hubiera sido deseable instalar algunos depósitos comunitarios que facilitaran el acceso al agua como paso previo a una futura instalación de depósitos y grifos en cada casa; para esto podría aprovecharse la

campaña del gobierno de mejora de tejados, con la que progresivamente están distribuyendo planchas de calamina ondulada a todas las familias. En cuanto a la eliminación de excretas, como paso intermedio se han instalado letrinas en los botiquines comunitarios, sin embargo su uso no está abierto al conjunto de la población. Por lo tanto parecería necesario haber completado esta intervención con la construcción de algunas letrinas, aunque fueran comunitarias y de tipo básico (hoyo seco) para habituar a la población a usarlas y valorar su uso, ventajas e inconvenientes, con vistas a una futura instalación de letrinas adecuadas.

CH2. ¿Se han definido correctamente la estructura de objetivos, resultados y actividades de la intervención?

Haciendo un análisis del diseño de la intervención desde el EML constatamos que la redacción del Objetivo Global y del Objetivo Específico es correcta y existe una adecuada secuencia lógica entre ellos, de modo que el logro del OE contribuye al OG.

La secuencia vertical entre los objetivos y los resultados esperados también es sólida, y el proyecto cuenta con varios resultados que son complementarios entre sí. Con los resultados propuestos se contribuye a la consecución del OE y abarcan las principales líneas de acción: salud, agua y saneamiento. Mediante el fortalecimiento de infraestructuras, la dotación de equipamientos, la capacitación y la sensibilización se introducen cambios en los hábitos vinculados con la prevención en salud. Además los resultados inciden sobre tres niveles fundamentales: población, comunidades y sistema público. Se produce una articulación con el sistema público de salud y un fortalecimiento de la población hacia una mayor participación en las estructuras comunitarias, vinculado con la toma de conciencia de la población sobre sus dere-



chos y sobre los medios existentes para participar en espacios de demanda hacia los titulares de obligaciones.

Cabe señalar que no se han incluido resultados de género, aunque los resultados esperados sí que incluyen indicadores de género.

CH3 ¿Son adecuadas las actividades programadas para lograr los objetivos de la intervención?

Las actividades previstas son coherentes entre ellas, contribuyen a la consecución de los resultados esperados y son adecuadas para el logro de los objetivos propuestos.

Es destacable la incorporación de varias actividades no previstas inicialmente, así como algunas modificaciones en otras:

- ▶ La más llamativa es la distribución de “kits de agua segura” a todas las familias, así como a los botiquines, los Puestos de Salud y los Centros Educativos; esta actividad es totalmente coherente con la intervención y resulta lógica y fundamental para la eficacia del Resultado 1, sin embargo no está reflejada en el documento de formulación.
- ▶ Se organizaron talleres específicos sobre manejo de agua segura para la población infantil, y se multiplicó del número de talleres comunitarios sobre los previstos, lo que ha permitido reforzar donde se veía necesario y dar respuestas más adaptadas a las necesidades e intereses de la población; estas aportaciones han venido a completar y contribuir a una mayor eficacia y garantía de sostenibilidad del Resultado 1.
- ▶ En cuanto a los talleres dirigidos a los ACS y las PDS también se han multiplicado y adaptado en contenidos a los intereses de sus destinatarios, contribuyendo a la eficacia del Resultado 3.

- ▶ Se aportaron equipamientos a los botiquines comunitarios y a los Puestos de Salud, incluyendo diversos elementos como mobiliario, material de oficina, material sanitario, etc. (ver análisis de Eficacia: E1, p.24) para contribuir a su fortalecimiento y a la eficacia del Resultado 2.
- ▶ Hubo un cambio en el tipo de letrinas instaladas en los botiquines, que se dotaron con biodigestor en lugar de hacerlas aboneras como estaba previsto; este cambio supone una mejora al tratarse de una alternativa más sencilla, de fácil uso y mantenimiento y no contaminante.

CH.4 ¿Es adecuado el sistema de indicadores definido en la matriz de planificación?

En cuanto a los indicadores, todos ellos están adecuadamente redactados en términos de cantidad, cualidad, tiempo, grupo concernido y ubicación geográfica. Y todos responden a los criterios SMART: son simples, medibles, accesibles, realistas, relevantes y limitados en el tiempo; únicamente se puede señalar que el indicador 6 del resultado 1, y varios indicadores del OE adolecen de cierta falta de precisión en expresiones como “manejo de agua segura”, “prácticas de higiene personal adecuadas”, “prácticas para evitar la propagación de vectores”, sin especificar en qué consisten tales prácticas.

Por otra parte, el análisis del conjunto de indicadores revela lo que parece haber sido una confusión al completar el documento de formulación, pues la redacción de los indicadores 1, 2, 3 y 6 del Resultado 1, así como de los indicadores de género de los resultados 1 y 3 parece intercambiada con la redacción de sus respectivos valores esperados. Por otro lado, dado que la población de las comunidades es susceptible de variar a lo largo del período de ejecución, es más correcto indicar el alcance de los

indicadores en porcentajes y no con cifras, como de hecho se ha realizado en los indicadores del OE; además la limitación temporal se ha incluido en los valores esperados y no en los indicadores, lo que confirmaría que se trata de un confusión. Por lo tanto, para estos 6 casos, consideramos como indicadores *correctos* los textos que aparecen como valores esperados.

Por otra parte, el conjunto de los indicadores es adecuado pues además de constatar la ejecución de las actividades, reflejan la evolución de los destinatarios hacia los objetivos previstos.

Sin embargo, cabe señalar ciertas debilidades en los indicadores de género, al centrarse en la participación de las mujeres, sin considerar cambios o mejoras en su situación o en las brechas de género que existan en la población destinataria.

CH.5 ¿Han sido bien identificadas las fuentes de verificación? ¿Producen estas fuentes información suficiente para la evaluación?

Las fuentes de verificación son muy abundantes, en versión papel y en digital, adecuadamente ordenadas y con una recogida sistemática de las mismas. Aquellas fuentes de verificación que aportan información más primaria, como cuestionarios y fichas de seguimiento, han sido analizadas y sistematizadas. En conjunto todas las FV aportan información válida para la evaluación del proyecto.

Se incluyen FV cuantitativas y cualitativas, primarias y secundarias para todos los indicadores de los resultados, mientras que para 5 de los 6 indicadores del OE, las FV son algo más pobres, limitándose a los informes de seguimiento realizados por el equipo de terreno.

Cabe destacar que algunas fuentes de verificación presentadas, principalmente los informes de los talleres realizados y de seguimiento domiciliario, no presentan el análisis de la información desagregada por sexos, por lo que no se ha podido utilizar esta importante información para valorar la transversalidad o la incidencia de género en las actividades correspondientes.

CH.6 ¿Han sido correctamente identificados los factores externos?

Factor o hipótesis condicionante del OE:

- ▶ El Sistema de Salud Pública mantiene el soporte técnico a Agentes Comunitarios de Salud.

Este factor ha sido bien identificado teniendo en cuenta que la mejora de la salud, en este caso con la aportación preventiva que realizan los ACS, debe tener siempre una referencia en el sistema nacional de salud, es decir en el Ministerio de Salud, la Dirección Regional de Salud de Loreto y la Microred de Salud de Iquitos Norte. Y por tanto es fundamental el apoyo de estas entidades a las actividades del proyecto.

Factores externos para los Resultados:

- ▶ La comunidad mantiene su interés por los temas de salud (la gente es gente muy pobre y pueden movilizarse o priorizar otras iniciativas económicas que surjan en el período).
- ▶ El personal de los Puestos de Salud Pública comprometidos con su trabajo en las comunidades (no siempre los funcionarios/as viven en las comunidades y a veces se resisten a movilizarse si esto sobrepasa sus horarios. Inclusive para capacitarlos hay que pagarles fuera de sus horarios).
- ▶ Las personas capacitadas como Agentes comunitarios de Salud permanecen en las comunidades.

- ▶ Las condiciones climáticas se mantienen normales facilitando la conectividad en la región.

En general, todos estos factores externos están bien identificados y pueden efectivamente afectar en distinto grado a la ejecución del proyecto y al adecuado logro de los resultados. La práctica totalidad han resultado positivos a lo largo de la ejecución del proyecto, aunque en el caso de los Puestos de Salud, sólo 2 de tres contaban con personal durante la ejecución del proyecto. En cuanto a las condiciones climáticas, la subida y bajada del caudal del río Nanay han sido las más altas que se conocen, ocasionando inundaciones –en el primer caso- y dificultades de movilidad –en ambos casos-, además de afectar a la asignación de recursos de la sanidad pública al proyecto, no obstante no han supuesto graves alteraciones en la ejecución del mismo.

3.3. Eficacia

Valoración criterio: 4

E1. ¿Se han alcanzado todos los resultados previstos de la intervención?, ¿Qué factores facilitaron / dificultaron su cumplimiento?

R1. Familias y comunidades organizadas y sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables.

Al inicio de la ejecución del proyecto se elaboró una **línea de base**; para ello, el coordinador desarrolló herramientas de recogida de información, e impartió un curso de capacitación teórico-práctico, de 12 horas, a las encuestadoras, voluntarias de la Filial de Maynas de CRP, que visitaron todas las comunidades del proyecto. Se recogió información en cada comunidad sobre los ACS existentes, los botiquines, los Puestos de Salud y los servicios existentes en cada caserío, y se entrevistó a una selección aleatoria de familias. A partir de esta información, el coordinador elaboró el Plan General de Capacitación, que posteriormente fue concretado y estructurado, con el equipo de dinamizadoras, en los diferentes talleres destinados a la población y a la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y de las promotoras Domiciliarias de Salud (PDS).

Cuadro 3. Elaboración de la Línea de Base

Distrito	Comunidad	Fechas recogida información	Nº familias encuestadas / total	Fecha encuestas
Alto Nanay	Atalaya	18-9-11	15/44 (34%)	8-10-11
	San Antonio	18-9-11	20/67 (30%)	9-10-11
	Saboya	17-9-11	8/28 (29%)	9-10-11
	Samito	19-9-11	37/144 (26%)	10-10-11
San Juan Bautista	Mishana	19-9-11	7/18 (39%)	10-10-11
	San Martín	19-9-11	8/22 (36%)	11-10-11
Iquitos	Shiriara	19-9-11	23/69 (33%)	11-10-11
	Libertad	20-9-11	22/84 (26%)	12-10-11
	Tarapoto	20-9-11	15/50 (30%)	12-10-11
			155/526 (29%)	

Fuente: elaboración propia

Durante esta primera fase, el coordinador, acompañado por la Directora de la Filial, realizó también las primeras entrevistas con las autoridades municipales, así como con los responsables de las administraciones de salud: la Dirección de Salud Ambiental, la Microred de Salud de Iquitos Norte y los responsables de los Puestos de Salud de Samito y Libertad, encontrando que en San Antonio estaban a la espera de asignación de personal sanitario.

A partir del Plan General de Capacitación elaborado por el Coordinador, el equipo de terreno elaboró los diferentes talleres, así como los materiales formativos destinados a la población de las comunidades.

El equipo se reunía una vez al mes para coordinar y valorar los avances y dificultades. Las dinamizadoras se repartieron la zona atendiendo cada una de ellas a tres comunidades. Al inicio había un cuarto dinamizador que reforzaba a una de las tres citadas, pero a partir de junio dejó el equipo por necesidad de reajustes presupuestarios. Durante el mes, cada dinamizadora permanecía en torno a una semana en cada

comunidad, y además de impartir los talleres, realizaba un seguimiento permanente a domicilio a todas las familias, para valorar la adquisición de conocimientos y la aplicación de las prácticas saludables. En total se impartieron 142 talleres en las 9 comunidades del proyecto: Atalaya, San Antonio, Saboya, Samito, Mishana, San Martín, Shiriara, Libertad y Tarapoto.

Los talleres incluían tres temáticas: control de enfermedades metaxénicas (malaria); cuidado y tratamiento de EDAS, IRAS y ETS; y saneamiento ambiental. Aunque inicialmente estaba previsto impartir 12 talleres de cada una de estas tres temáticas, la estrategia adoptada permitió que los talleres se multiplicaran, de modo que finalmente el número de talleres impartidos fue muy superior al previsto y se incluyó un nuevo taller sobre “Consumo de agua tratada y lavado de manos”. Además, el equipo del proyecto decidió hacer algunos talleres de refuerzo al comprobar que los avances sobre alguna temática resultaban más lentos, y para recuperar ausencias. Estos se realizaron reuniendo, al mes siguiente del taller o incluso varios meses después, a varias familias en algún domicilio, en

varias sesiones, por eso en el cuadro 4 se recogen márgenes de fechas en lugar de fechas precisas. Además, en las comunidades más grandes los talleres se organizaron por sectores, de modo que cada sector asistía un día diferente. Ca-

da taller tenía una duración media entre 1,5 a 2 horas y una asistencia media de 20 a 30 personas. Las dinámicas fueron muy activas y participativas y se apoyaban con el uso de láminas y rotafolios.

Cuadro 4. Resumen de talleres impartidos a la población

Tema	N° talleres	Menores	P/Madres capacitados		Total P/Madres		Cobertura sobre total P/M	
			P	M	P	M	P	M
Consumo de agua tratada y lavado de manos	29	307	391	416 (52%)	486	473	80,5%	87,9%
Malaria	19	118	326	363 (53%)	486	473	67,1%	76,7%
EDA	28	112	371	397 (52%)	486	473	76,3%	83,9%
IRA	28	85	369	383 (51%)	486	473	75,9%	81,0%
Saneamiento ambiental	20	93	366	368 (50%)	486	473	75,3%	77,8%
VIH/Sida	18	88	364	353 (49%)	486	473	74,9%	74,6%

Fuente: elaboración propia

Tal como se recoge en el cuadros, la cobertura en la asistencia a los talleres ha sido bastante elevada, por encima del indicador previsto para el conjunto de los talleres (*70% de padres y madres participan...*).

Dado que los asistentes a cada taller han participado en su mayoría en varias sesiones o bien han recibido refuerzos, además de las visitas domiciliarias de seguimiento por las dinamizadoras, se puede considerar que están capacitados.

Aun siendo ligeramente superior el número de varones en todas las comunidades -salvo Shirira-, la participación de las mujeres ha sido superior en la mayoría de los talleres, y el porcentaje de mujeres capacitadas sobre el total también es superior al porcentaje de hombres capacitados en todos los talleres, salvo en el de VIH/Sida, lo que se corresponde con la asigna-

ción tradicional a ellas de los cuidados de la salud. En este caso, lo que interesa valorar es la alta participación de los varones, cuando se han tratado temáticas que normalmente les interesan poco o nada.

Cada familia recibió una cartilla educativa sobre prevención de enfermedades y promoción de prácticas higiénicas saludables y un “Kit de agua saludable”, consistente en tres cubos (de 10, 20 y 50 litros), un pequeño barreño (lavatorio), una jarra de 1,5 l., toallita, escobilla, jabonera, jabón (130 g.), lejía (bote de 287,5 g.) y jeringuillas medidoras de 3 ml. El cubo grande es para asentar la suciedad del agua recogida en el río, y de ahí se pasa a los otros cubos, provistos de grifo, donde se clora el agua y se usan uno para el lavado de manos y el otro para beber. Para el adecuado uso de esta agua se incluyeron en las capacitaciones los citados talleres sobre agua tratada y lavado de manos. Y

los botiquines y Puestos de salud recibieron lotes de cloro y de jabón para ir distribuyendo gratuitamente a las familias que utilizan adecuadamente los kits.

Durante la impartición de los talleres se constató que los adultos acudían habitualmente con sus hijos e hijas menores y éstos mostraban interés y participaban activamente. Esto hizo que el equipo, en diálogo con el personal directivo de los Centros educativos, decidiera hacer unas adaptaciones del taller de consumo de agua segura y lavado de manos para impartirlas al alumnado de infantil, primaria y secundaria en

todas las escuelas de las comunidades, así como a los docentes, de modo que los aprendizajes destinados inicialmente a las unidades familiares, pudieran ser reforzados en las aulas, donde estos grupos de edad pasan gran parte de su tiempo. Además se entregó un kit de agua segura para cada aula en todos los Centros Educativos, bajo la responsabilidad de la dirección y los docentes, y también se entregaron cartillas educativas sobre prevención de enfermedades y promoción de prácticas higiénicas saludables, y gigantografías sobre hábitos saludables y lavado de manos.

Cuadro 5. Alumnos capacitados en talleres escolares

Comunidad	Nº Alumnos Infantil	Nº Alumnos Primaria	Nº Alumnos Secundaria	Docentes
Atalaya	14	26	26	4
San Antonio	18	40	14	6
Saboya	-	5	-	1
Samito	31	77	45	14
Mishana	7	7	-	1
San Martín	-	5	-	1
Shiriara	-	42	19	6
Libertad	-	50	16	6
Tarapoto	14	31	-	5
Total	84	283	120	44

Fuente: adaptado de fichas de control

Por otra parte, este resultado incluía la realización de campañas de sensibilización para promover hábitos saludables, conocidas entre la población como “ferias”, y jornadas de limpieza para identificar y erradicar vectores de transmisión de enfermedades.

Las ferias consistieron en actividades muy lúdicas para reforzar los conocimientos de los talle-

res y promover las prácticas saludables. Se emittieron cuñas radiofónicas en una radio local y por los altavoces, un medio habitual de información en las comunidades, y se organizaron encuentros muy dinámicos y participativos, con juegos, concursos y premios, en los centros comunales y en algún centro educativo, con la participación de todas las familias. Se han realizado todas las actividades previstas en el marco

de las ferias, excepto los videos educativos que, según expresa el equipo de terreno, no se realizaron por ajustes presupuestarios.

En principio estaban previstas tres ferias, aunque no se ha podido establecer el motivo de no hacerlas en todas las comunidades³. Finalmente se realizaron ferias en cuatro comunidades, de cuya selección para esta actividad desconocemos el criterio. Las listas de asistencia no se

³ No se ha podido localizar ni entrevistar al delegado de CRE que realizó la identificación y formulación del proyecto.

recogieron desagregadas por sexo, por lo que el conteo desagregado que se presenta en el cuadro 6 ha sido realizado por el evaluador de forma aproximada a partir de los nombres propios; tampoco conocemos el número total de participantes, pues algunas personas participaron en varias ferias de una misma comunidad. En todo caso, sí es claro que la participación de las mujeres fue superior a los hombres en el conjunto de estas campañas (salvo las de malaria y EDA-IRA en Tarapoto).

Cuadro 6. Campañas de sensibilización

Fecha	Comunidad	Feria por temática	Participantes		
			M	H	Total
19-08-12	Atalaya	Feria educativa	39	26	65
18-10-12	Shiriara	Agua segura y lavado de manos	53	44	97
		EDA-IRA	23	13	36
20-10-12	Tarapoto	Malaria	15	18	38
		EDA-IRA	6	13	19
		Saneamiento ambiental	21	14	35
		Agua segura y lavado de manos	18	12	30
		ETS y VIH/Sida	11	9	20
21-10-12	Libertad	Agua segura y lavado de manos	44	29	73
		Malaria	52	34	86
		Saneamiento ambiental	44	26	70
		EDA	30	22	52
		IRA	28	20	48
		ETS y VIH/Sida	31	13	44

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes de verificación.

Las cifras no son exactas pues las listas de asistencias no indican sexos y se han contabilizado a partir de los nombres propios. No conocemos el total de participantes, pues muchos de los contabilizados participaron en varias campañas en cada comunidad.

Las jornadas de limpieza para identificar y erradicar vectores se realizaron en todas las comunidades de acuerdo al indicador previsto, con una asistencia de 672 personas, de las cuales 64% varones; esta participación mayoritaria de varones es debida a que éstos hacen habitualmente jornadas de trabajos comunitarios y estas jornadas seguían la misma dinámica. Consistían en “batidas” que recorrían todo el entorno de los caseríos para realizar recogida de basuras, limpieza de aguas estancadas y hierbas altas de forma práctica, pero con un componente teóri-

co de explicación del sistema de transmisión de las enfermedades a través de estos vectores de insalubridad. Estas actividades se completaron en dos comunidades con una fumigación para eliminar mosquitos y larvas: en Samito fue coordinado con el Centro de Salud de Moronacocha, que aportó el insecticida y equipos de fumigación, y en Atalaya se realizó a propuesta de la población, pues ya contaban con mochilas de fumigación y la comunidad compró el insecticida.

Cuadro 7. Jornadas de limpieza para identificar y erradicar vectores

Fecha	Comunidad	Participantes		
		M	H	Total
16-6-12	Atalaya	25	65	90
20-5-12	San Antonio	39	39	78
27-5-12	Saboya	13	27	40
16-6-12	Samito	77	119	196
19-5-12	Mishana	13	20	33
15-5-12	San Martín	10	18	28
28-5-12	Shiriara	48	79	127
21-7-12	Libertad	8	28	36
26-5-12	Tarapoto	9	35	44
Total:		242	430	672

Fuente: Elaboración propia.

Las cifras no son exactas pues las listas de asistencias no indican sexos y se han contabilizado a partir de los nombres propios. Al igual que en el caso de las ferias, el cálculo de participación desagregada que recogemos en el cuadro 7 es aproximado

Durante todo el año 2012, además de los talleres, ferias y jornadas ya descritos, las dinamizadoras fueron realizando **visitas domiciliarias** de seguimiento para valorar los logros de las familias a partir de las capacitaciones. Para ello cada dinamizadora llevaba una ficha de verificación donde puntuaba diferentes aspectos y hacía una valoración global.

A la finalización del proyecto, en noviembre de 2012, se habían visitado un total de 378 familias, lo que representa un 75,6% de las 500 familias censadas al inicio; aunque hay que señalar que al final del proyecto, el número total de familias se había reducido hasta un total de 442 por migraciones definitivas o temporales, con lo que las familias visitadas son el 85,5% del total de residentes.

En el cuadro 8 se recogen las valoraciones realizadas en los cuatro temas clave: manejo de agua segura, higiene personal, cómo evitar la

propagación de vectores y eliminación de excretas:

Cuadro 8. Logro de objetivos de las capacitaciones según visitas de seguimiento a familias

Comunidad	Manejo de agua segura			Higiene personal			Evitar propagación de vectores			Eliminación de excretas		LOGRO DE 4 OBJETIVOS CUMPLIDO		
	OK	Pro	NO	OK	Pro	NO	OK	Pro	NO	OK	NO	OK	%/INI	%/FIN
Atalaya	26	6	4	27	6	3	24	12	0	36	0	20	43%	48%
San Antonio	37	3	11	39	1	11	50	1	0	51	0	37	55%	59%
Saboya	15	1	5	15	2	4	9	11	1	21	0	7	26%	32%
Samito	90	5	0	82	13	0	94	1	0	94	1	84	65%	82%
Mishana	14	0	1	11	3	1	15	0	0	15	0	11	61%	61%
Shiriara	47	2	0	45	4	0	49	0	0	46	3	42	60%	71%
San Martín	12	0	0	12	0	0	12	0	0	12	0	12	75%	92%
Libertad	60	1	1	57	4	1	62	0	0	59	3	55	71%	73%
Tarapoto	35	0	2	35	0	2	36	0	1	34	3	29	70%	64%
Total:	336	18	24	323	33	22	351	25	2	368	10	297		
% sobre 378 familias visitadas	89%	5%	6%	85%	8%	6%	93%	7%	1%	97%	3%	79%	59% sobre 500	67% sobre 442

Fuente: adaptado de los informes del Coordinador y contrastado con fuentes de verificación.

OK = Objetivos cumplidos

Pro = Objetivos en proceso

NO = Objetivos no cumplidos

%/INI = porcentajes sobre las familias iniciales censadas (total: 500)

%/FIN = porcentaje sobre las familias residentes a la finalización del proyecto (total: 442)

El logro de los objetivos previstos en las capacitaciones es bastante alto para cada una de las temáticas por separado (entre 85% y 97%) y algo más bajo al considerar que se hayan alcanzado las cuatro satisfactoriamente (última columna); en este caso, el total de los objetivos previstos ha sido alcanzado finalmente por 297 familias, entre las 378 entrevistadas. Estas familias representan un 59% respecto al total de familias censadas inicialmente, pero es un 67% respecto al total de familias residentes en las comunidades a la finalización del proyecto. De hecho, el porcentaje de familias capacitadas

será algo mayor, puesto que el número de familias capacitadas se ha obtenido a partir de las 378 familias acompañadas, es decir que hay aún otro centenar de familias que han participado en las actividades, pero a las cuales no se ha hecho el seguimiento, por lo cual el indicador previsto (70%) se considera alcanzado.

Todos los materiales de capacitación han sido elaborados por el mismo equipo del proyecto que luego los ha utilizado en terreno, a partir del Plan General de Capacitación diseñado por el coordinador. Los materiales formativos se

presentan con un lenguaje sencillo, destacando las ideas clave y con muchas ilustraciones para facilitar su comprensión, dada la alta tasa de analfabetismo en la zona. También se entrega-

ron, a modo de estímulo, unas mosquiteras para niños a las familias que iban cumpliendo con las prácticas de higiene y prevención.

Cuadro 9. Entrega de kits de agua segura y mosquiteras

Comunidad	Nº de Kits de agua segura entregados	Nº de mosquiteras entregadas
Atalaya	44	25
San Antonio	63	39
Saboya	28	16
Samito	137	81
Mishana	18	11
San Martín	18	10
Shiriara	69	45
Libertad	84	49
Tarapoto	50	30
Total:	511	306

Fuente: Elaboración propia

Uno de los principales factores que han favorecido el logro de este resultado ha sido la permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, pues ha permitido establecer relaciones más estrechas y un mejor conocimiento y respuesta a las dinámicas comunitarias. Esto ha sido confirmado por la población y las autoridades, quienes expresan una valoración positiva sobre esta permanencia, que contrastaba con otros proyectos donde no han sentido la misma implicación.

Dentro de este resultado se programaron **talleres participativos de seguimiento**. De acuerdo a la estrategia de permanencia en las comunidades se hicieron los talleres en cada comunidad, en lugar de centralizados. Se realizaron en tres momentos: febrero, agosto y noviembre de 2012. En cada taller y comunidad participaron

autoridades locales, ACS y representantes de organizaciones de base como “el vaso de leche” y comedores populares. En todos los talleres se evaluó el avance del proyecto y se fomentaron la implicación y la coordinación de los diferentes agentes; en particular se discutió sobre las dificultades que se encontraban, las formas de facilitar la participación de todas las familias y se valoró la labor de los ACS y las PDS que comenzaron a realizar sus visitas domiciliarias.

En resumen, podemos considerar que las familias de las 9 comunidades concernidas por el proyecto han sido sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables, han mejorado sus conocimientos en temas higiénicos, preventivo-sanitarios y ambientales y los aplican, a partir

de la capacitación recibida mediante talleres, jornadas de sensibilización, campañas de limpieza, distribución de kits de agua segura y un acompañamiento regular por parte de las dinamizadoras del equipo ejecutor.

R2 Botiquines y Agentes Comunitarios de Salud apoyados por los Comités de Salud y reconocidos plenamente por el Sistema de Salud Pública.

Los Comités de Salud ya fueron conformados en cada una de las 9 comunidades, junto con la creación de los botiquines (pequeñas instalaciones a modo de dispensarios con varias estancias), en el marco de un proyecto anterior. En este proyecto se propuso renovarlos para incorporar a las autoridades locales en la misión de supervisar la limpieza del entorno de las comunidades, la prevención de enfermedades y la vigilancia de la salud de la población por medio de los ACS y su coordinación con los Puestos de Salud. Esta renovación de los comités se realizó entre julio y agosto de 2012. Cada comité está integrado por un Presidente, un Secretario y un Tesorero (algunas comunidades añadieron un Vicepresidente y/o un Fiscal), elegidos entre las autoridades locales, y como vocales siempre los ACS de la comunidad, pudiendo variar en número de acuerdo a cada comunidad (entre uno y tres). Todos ellos fueron constituidos de acuerdo a un modelo de reglamento aportado por el equipo de la CRP. Cada Comité fue equipado con un lote de material de oficina y con lotes de cloro y jeringas medidoras y lotes de jabón, para entregar a las familias regularmente para el mantenimiento de las prácticas de higiene y consumo de agua segura.

Cuadro 10. Comités de Salud renovados

Comunidad	Fecha renovación
Atalaya	22/7/12
San Antonio	27/7/12
Saboya	31/10/12
Samito	7/8/12
Mishana	24/8/12
San Martín	15/8/12
Shiriara	25/8/12
Libertad	19/8/12
Tarapoto	30/8/12

Fuente: Elaboración propia

La renovación de los Comités se retrasó algo con respecto a lo previsto por diversos motivos: los ritmos y las actividades propias de las comunidades dificultaron el poder hacer coincidir a las autoridades, personal de salud y ACS; por otra parte, se priorizó la organización de los talleres y campañas y se vio conveniente no forzar la renovación de esta estructura de gestión mientras no pudiera valorarse, en diálogo con los diferentes agentes involucrados, la visión y expectativas que éstos tenían sobre la gestión de los botiquines y la integración de los ACS con el personal sanitario de los Centros de Salud.

Un elemento a favor era el interés mostrado por el propio MINSA en que se constituyan este tipo de comités de Salud, con participación ciudadana en todas las comunidades. La DIRESA comenzó creando algunos Comités de Emergencias y el equipo del proyecto propuso, para evitar duplicidades, que los Comités del proyecto se integraran dentro de éstos. Aunque el personal sanitario de las comunidades debe aceptar participar de forma activa y coordinada en estos comités, varias personas entrevistadas han

señalado que la buena organización y funcionamiento de los mismos depende en gran medida de la actitud personal de estos profesionales.

Durante la visita del evaluador a terreno, se ha constatado que la implicación del personal sanitario de los Puestos de Salud es irregular. En el caso de San Antonio, durante toda la ejecución del proyecto y hasta la fase de terreno de la evaluación, no había personal de salud asignado; en Samito, la coordinación y funcionamiento han sido buenos por un alto nivel de implicación de los dos enfermeros, y porque el jefe comunitario era también ACS; por último, en Libertad la coordinación del Comité de Salud es más débil, la implicación de las dos enfermeras no es muy alta y aceptan la colaboración de los ACS como una obligación más que como una oportunidad.

Una vez constituidos los Comités de Salud no parecen tener estrategias muy definidas; en general se reúnen mensualmente o algunos cada dos meses. En unos casos los Comités organizan las visitas a realizar por los ACS y las PDS a las familias, en otros casos los ACS y las PDS se organizan solos y luego entregan sus registros de visitas al presidente del Comité, que a su vez los hace llegar al Centro de Salud de Moronacocha. Los niveles de implicación son muy diversos, y mayores en los casos en que algunas de las autoridades son al mismo tiempo Agentes Comunitarios de Salud, como sucedía en Samito hasta el mes de marzo de 2013. En definitiva, aunque todos los Comités de Salud han sido constituidos, no parece que tengan un funcionamiento muy eficiente, más allá de informar a la Microred de Moronacocha de las actividades realizadas por los ACS. Por lo tanto, la organización de servicios que se prestan en los botiquines, la coordinan básicamente los ACS, sobre todo en base a la experiencia que ya tienen los ACS antiguos: se organizan por turnos, hacen atención primaria, venden algunos medi-

camentos, toman muestras de gota espesa que envían a su centro de referencia para analizar, y algunos antiguos hacen algunas curas, suturan heridas o inyectan algunos medicamentos.

Independientemente de los Comités de Salud, los Agentes Comunitarios de Salud son habitualmente elegidos por la comunidad y reconocidos por el MINSa. En este proyecto se presentaron 24 ACS considerados aptos para su reconocimiento por el MINSa. Los trámites se han iniciado, pero en el momento de la visita del evaluador a terreno, aún no se ha publicado el decreto oficial por el que se reconocen los ACS. Aunque ya están trabajando en sus comunidades, el personal de CRE no tiene certeza de si estos ACS serán invitados o no a las actividades de capacitación / actualización, que periódicamente organizan diferentes departamentos de la DIRESA, mientras el decreto no sea publicado.

Por su parte, la Microred de Salud de Moronacocha, además de hacerse cargo de la capacitación / actualización de la red de ACS, se compromete a supervisar y apoyar en la dotación de medicamentos a los botiquines del proyecto. Sin embargo, hasta la visita del evaluador al terreno no se ha realizado ninguna de estas actividades. Según diversos testimonios, la DIRESA y la Microred no disponen de recursos suficientes, por lo que, si bien es probable que en un futuro continúen con las capacitaciones de los ACS, en cambio la supervisión de los botiquines, a cargo del personal de los puestos de salud y dependiendo como se ha indicado de la implicación personal de estos profesionales, no queda claramente asegurada. En cuanto a las provisiones en medicamentos, se ha obtenido la autorización para que los ACS puedan acceder, como responsables de sus botiquines, a comprar medicamentos genéricos en almacenes que sólo venden a personal autorizado de los Puestos de Salud.

Teniendo en cuenta la dificultad del MINSA de atender adecuadamente el funcionamiento de los botiquines, al inicio del proyecto se hizo una valoración del estado en que se encontraban los 6 botiquines y de las necesidades que podían presentar y se decidió aportar algunos equipos y medicamentos básicos para fortalecer su funcionamiento. Estos equipamientos se ajustaron en función de las necesidades de cada botiquín, no obstante todos responden al mismo plan que incluye:

- Lote de medicamentos básicos:
Analgésicos, antibióticos, SRO...
- Material para el uso de agua segura:
Equipos de medición de cloro, botes cloro, jeringas medidoras y jabón.
- Material sanitario:
Jeringas, termómetros, guantes.
- Material educativo:
Banners, rotafolios, cartilla educativa, sobre prácticas saludables, enfermedades prevalentes, malaria.
- Material de limpieza:
Escobas, recogedores, cubos, carretillas, rastros, palas...
- Mobiliario:
Estantes, armarios, mesas, sillas.
- Otros complementos:
Pintura, cerraduras, brochas, lija para madera.
- Material de oficina:
Carpetas, tijeras, lápices, marcadores, chinchetas, papel, sobres, reglas, grapadoras, archivadores, etc.

De acuerdo a las entrevistas realizadas y la observación en terreno, aunque esta equipación es adecuada, se puede observar aún la necesidad de mejoras importantes como serían la instalación de sistema eléctrico para disponer de luz y posibilidad de utilizar ordenadores; mosquiteras en puertas y ventanas, teléfono para urgencias, mejora en la disponibilidad de agua para

no tener que ir a buscarla a la letrina en el exterior, o canalones en todo el perímetro del tejado para evitar el deterioro que produce el agua de lluvia.

Así mismo, se aportaron algunos equipamientos a los Puestos de Salud, como kits de agua salubre, banners y cartillas educativas, termómetros, tensiómetros, balanzas, sillas de plástico, pizarra acrílica, material de oficina... En el caso del Puesto de Salud de Samito se aportó también una camilla portátil y se reparó la nevera de queroseno adaptándola a funcionamiento con gas (y completaron con tres bombonas de gas), aunque después la nevera no pasó la aprobación de la DIRESA y no está en uso. También se entregaron juegos de dos contenedores de basura, de 50 l. para cada comunidad, o en las más grandes, un par de contenedores por sector.

Durante la ejecución del proyecto, el equipo de Cruz Roja coordinó con el personal sanitario la realización de una serie de campañas de salud en todas las comunidades, en las cuales participaron activamente los ACS como parte de su capacitación y como inicio a la dinámica de coordinación con el personal de salud pública.

A través de esta actividad, el proyecto pretendía, junto a la capacitación práctica de los ACS, facilitar el acceso de la población a unos servicios de salud complementarios a los que reciben en forma cotidiana⁴. Para ello, en coordinación con el Ministerio de Salud representado por el Centro de Salud Santa María de Nanay y la Microred de Salud Iquitos Norte-Moronacocha, e integrando a la red de ACS del Nanay, se organizaron campañas de salud comunitaria que cubrieron las nueve comunidades del proyecto.

⁴ Con excepción de San Antonio, en donde hasta marzo de 2012 había una enfermera, todos los demás puestos cuentan solamente con personal técnico no profesional, con lo cual la atención brindada se limita a enfermedades prevalentes, dejando de lado la atención especializada a la mujer y otras especialidades como salud oral.

La primera campaña en Alto Nanay (Atalaya, San Antonio, Saboya y Samito)⁵ se planteó como una campaña integral, en la que se ofertaron los servicios de medicina general, inmunizaciones a niños y adultos, control de crecimiento y desarrollo, diagnóstico de malaria (toma de gota gruesa), control pre-natal, diagnóstico de ETS y despistaje de cáncer de cuello de útero. Sin embargo la experiencia mostró

⁵ Independientemente de los tres términos municipales, la zona de intervención del proyecto contempla, a nivel sanitario, dos zonas claramente definidas: el *Alto Nanay*, que reúne a las comunidades más alejadas de Iquitos (Atalaya, San Antonio, Saboya y Samito), y el *Bajo Nanay*, que comprende a Mishana, San Martín, Shiriara, Libertad y Tarapoto.

que era muy complejo y además las emergencias declaradas a causa de las inundaciones obligaron a la Microred a reasignar recursos, por lo que en adelante sólo se hicieron campañas temáticas, no integrales. Así, se planificaron las sucesivas campañas de salud en tres ejes de atención: Salud Materna (despistaje de cáncer de cuello uterino y diagnóstico/tratamiento de enfermedades de transmisión sexual), Salud Oral (extracciones y fluorizaciones a niños/as entre 5 y 14 años) y desparasitación de la población de las nueve comunidades, tal como se recoge en el cuadro 11.

Cuadro 11. Campañas de salud realizadas

Comunidad	Campaña integral			Salud Materna		Salud Oral		Desparasitación		
	Fecha	Nº atenc	Pers benef	Fecha	Nº muj	Fecha	Pers benef	Fecha	Adultos	Niños
Atalaya	18/mar	164	95	23/jul	7	-	-	15-17/Oct	80	76
San Antonio	17/mar	111	62	24/jul	5	-	-	19-23/Oct	107	121
Saboya	16/mar	122	75	25/jul	7	-	-	28-29/Oct	32	26
Samito	15/mar	123	93	26/jul	13	-	-	14/Oct	128	138
Mishana	-	-	-	24/abr	6	26/ago	14	20/Oct	29	28
San Martín	-	-	-	23/abr	2	12/sep	30	13/Oct	27	16
Shiriara	-	-	-	24/abr	10	26/ago	72	27/Oct	80	104
Libertad	-	-	-	23/abr	16	24/ago	83	22-24/may	59	64
Tarapoto	-	-	-	25/abr	13	25/ago	34	27-30/Oct	118	34
Total:	-	520	325	-	79	-	233	-	660	607

Fuente: elaboración propia

La campaña de salud Oral se realizó sólo en las comunidades del Bajo Nanay, debido a que en el Alto Nanay se iba a ejecutar otro proyecto independiente de salud oral financiado por una petrolera peruana y la municipalidad de Alto Nanay, también con el apoyo técnico de la Cruz Roja Peruana, y no se quiso duplicar la intervención. En cuanto a la campaña del Bajo

Nanay, además de la Microred de Iquitos Norte, participó el Colegio Odontológico del Perú, oficina regional de Loreto, aportando personal profesional para realizar charlas informativas y actividades de fluorización y extracción de piezas dentales, además de aportar cepillos y pasta de dientes.

Un factor que dificultó la organización y coordinación de estas campañas fue la alta rotación del personal dependiente del MINSA, lo que obligó a repetir numerosas reuniones de coordinación: el jefe del Puesto de Salud de Santa María de Nanay cambió cuatro veces durante la ejecución del proyecto; el Gerente de la Microred de Iquitos Norte cambió una vez y el Director Ejecutivo de Promoción de la Salud de la DIRESA cambió también una vez.

También dificultó, como se ha indicado, la crecida del río Nanay entre enero y mayo, que produjo inundaciones que obligaron a reasignar personal de salud de la Microred, con lo que no se pudo completar la campaña integral de salud en el Bajo Nanay.

En conclusión, se han fortalecido los 6 botiquines comunitarios con equipamientos adecuados, aunque aún se percibe la necesidad de mejoras importantes. Se han renovado los Comités de Salud en las 9 comunidades, aunque aún no son muy operativos y su gestión es poco eficaz por el momento. Como parte del fortalecimiento de los botiquines se ha instalado en cada uno de ellos una letrina con biodigestor y un sistema de recogida y almacenamiento de agua de lluvia. Estas letrinas son más adecuadas al modelo inicialmente previsto, sin embargo apenas están siendo usadas. En cuanto a los sistemas de recogida de agua, se han orientado principalmente a surtir las cisternas de los sanitarios instalados en las letrinas, que son de uso restringido, por lo que su aprovechamiento es muy reducido. Los ACS capacitados aún no han sido reconocidos por el MINSA, aunque la soli-

cidad está en trámite. Según los acuerdos firmados, el MINSA y la Microred de Salud deben dar apoyo y supervisión a los botiquines, pero por el momento sólo parece garantizada la capacitación de los ACS, pues no hay recursos públicos para un mayor seguimiento, salvo el que hagan los profesionales sanitarios de los Puestos de Salud.

R3 Agentes Comunitarios y Promotoras Domiciliarias de Salud capacitadas y con medios para promover en comunidades la prevención y atención en salud primaria.

En el marco de proyecto se han capacitado y certificado 27 Agentes Comunitarios de Salud, 22 hombres y 5 mujeres, que realizan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en las nueve comunidades implicadas en el proyecto, en coordinación con el sistema sanitario público. Junto a ellos, se han capacitado también 41 Promotoras Domiciliarias de Salud, que realizan acompañamiento a las familias en sus hogares para orientarlas y fortalecerlas en las prácticas de higiene, limpieza y uso de agua segura.

Como se ha indicado más arriba, los ACS son una figura que ya existía en estas comunidades, y en el marco de este proyecto se ha trabajado con 19 ACS veteranos y sólo se añadieron 8 nuevos para completar allí donde hacían más falta por ser insuficientes los que había. De los 27 se constató que había 3 con muy bajo nivel de implicación y sólo se presentó al MINSA la solicitud de reconocimiento de 24 ACS, como se ha indicado más arriba.

Cuadro 12. ACS capacitados y en proceso de reconocimiento

Comunidad	ACS Antiguos			ACS Nuevos			Total ACS Capacitados			Reconocimiento solicitado		
	M	H	Tot	M	H	Tot	M	H	Tot	M	H	Tot
Atalaya	-	3	3	-	-	-	-	3	3	-	3	3
San Antonio	1	2	3	-	-	-	1	2	3	1	2	3
Saboya	-	-	-	-	2	2	-	2	2	-	2	2
Samito	-	7	7	-	-	-	-	7	7	-	4	4
Mishana	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1	1
San Martín	-	-	-	-	2	2	-	2	2	-	2	2
Shiriara	2	-	2	1	-	1	3	-	3	3	-	3
Libertad	1	1	2	-	2	2	1	3	4	1	3	4
Tarapoto	-	1	1	-	1	1	-	2	2	-	2	2
Total:	4	15	19	1	7	8	5	22	27	5	19	24

Fuente: elaboración propia

Las madres de familia seleccionadas para ser formadas como promotoras domiciliarias, fueron elegidas por los miembros del equipo técnico teniendo en cuenta habilidades personales identificadas a través de su participación en los talleres a las familias, así como iniciativa e interés en participar.

La capacitación de los ACS y de las PDS se ha realizado mediante 9-10 talleres para los ACS (con algunas variaciones entre comunidades donde había ACS antiguos y/o nuevos) y 7 talleres para las PDS, en cada comunidad (incluyendo algunos talleres de repaso), a cargo de

las dinamizadoras del equipo de terreno del proyecto. Los talleres se impartieron durante las estancias de las dinamizadoras en cada comunidad, alternando con los talleres a la población y con la organización de las otras actividades descritas. Únicamente el taller de manejo de medicamentos y gestión del botiquín se realizó de forma centralizada para todos los ACS del proyecto, en la comunidad de Atalaya, durante cinco días.

Las temáticas impartidas se recogen en el siguiente cuadro:

Cuadro 13. Talleres de capacitación a ACS y PDS: contenidos

Temas para Agentes Comunitarios de Salud	Temas para Promotoras Domiciliarias
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Manejo de medicamentos y gestión del botiquín ▸ Lavado de manos y consumo de agua segura ▸ IRA. Metodología y práctica ▸ EDA y Parasitosis ▸ Control de funciones vitales, manejo de la fiebre. Curación de heridas, aplicación de inyectables ▸ Malaria ▸ Metodología: Perfil del ACS, La Visita Domiciliaria, Saneamiento del agua, Uso del material educativo ▸ Embarazo, parto, atención del RN ▸ Cierre del proyecto. Manejo de la información 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Agua segura y lavado de manos ▸ Malaria ▸ IRA - EDA – Parasitosis ▸ Saneamiento ambiental ▸ VIH-SIDA-ETS ▸ Metodología Educativa: La Visita Domiciliaria ▸ Metodología educativa: EDA – Parasitosis

Fuente: elaboración propia

Los talleres, de 1,5 h de duración, se impartieron usando metodologías participativas y con apoyo de material didáctico desarrollado por el mismo equipo de CRP. Los temas se fueron organizando en torno a las actividades de visitas domiciliarias que debían realizar los ACS y las PDS con el fin de capacitarlos para sus actividades. Sólo se consideró oportuno realizar pruebas de entrada y de salida, para valorar los conocimientos previos y los aprendizajes adquiridos, en los talleres de saneamiento ambiental y de metodología educativa. No obstante, se constató que estas pruebas resultaban muy problemáticas debido a los bajos niveles formativos y a la falta de costumbre de la mayoría de asistentes de escribir y de enfrentarse a pruebas de este tipo; aunque los resultados de las pruebas realizadas mejoraron mucho a la salida, se decidió, tras los primeros talleres, no volver a realizar estas pruebas de entrada y salida para evitar provocar un estrés que se consideró innecesario, y se valoró su evolución de forma espontánea y personal en los sucesivos encuentros que tuvieron con las dinamizadoras.

Una vez finalizados los talleres, los ACS recibieron una Guía metodológica para el desarrollo de sus funciones y fueron equipados con chalecos y polos identificativos, gorras, mochilas, botas, linternas, cuadernos y lápices. Las Promotoras en cambio no recibieron ninguna equipación, salvo unas carpetas y lápices, pues se pretendía que no se mostraran como “diferentes”, sino como mujeres como el resto, sólo que capacitadas para acompañar y orientar en la prevención y promoción de la salud. Todos ellos recibieron también algunos lotes de alimentos durante la ejecución del proyecto como una ayuda y estímulo en compensación por su dedicación, ya que no se les entregó ninguna compensación económica.

Tanto los ACS como las PDS han valorado muy positivamente su formación, que han considerado muy interesante y poco complicada, incluso algunos nuevos ACS, viendo que los antiguos tenían ya una mayor experiencia y formación, han echado en falta aprender algunas prácticas como aplicar inyecciones o suturar heridas. Todo este personal ha manifestado su interés en

continuar formándose y comprometidos con su labor de prevención y promoción de la salud.

Por su parte el resto de actores implicados en este resultado también valora positivamente a las promotoras: las dinamizadoras indican que aquellas han participado activamente en los talleres, ganando motivación, confianza e implicación conforme iban avanzando los distintos módulos. Y el personal de salud de las cuatro zonas también ha valorado positivamente este resultado.

Según la formulación del proyecto, las Promotoras debían visitar el 90% de las familias cada mes, sin embargo el equipo de terreno de la CRP comprobó que esto no era posible, tanto por la falta de experiencia, como por las reti-

cencias iniciales de muchas familias, como por el hecho de que las Promotoras son madres de familia que dedican a esta actividad sólo parte de su tiempo. Al inicio de la formación, a partir de junio de 2012, las PDS comenzaron realizando visitas a 3 familias por mes, cada promotora sola, y al ganar experiencia fueron aumentando a 5 y 6 familias. Luego algunas se organizaron para hacer las visitas por parejas o junto a algunos de los ACS. Cada Promotora llevaba un formulario muy sencillo para valorar a las familias sin dificultad, y cada mes lo entregan a un ACS de referencia o al presidente del Comité de Salud.

En el siguiente cuadro se recoge la cobertura de las visitas realizadas por las promotoras en el segundo semestre de 2012:

Cuadro 14. Familias visitadas por las Promotoras Domiciliarias de Salud

Comunidad	Nº PDS	Familias censadas Ene-2012	Jul – Sep 2012		Oct - Dic 2012		Familias censadas Nov-2012	Cobertura final Dic 2012
			Familias visitadas	Cobertura	Familias visitadas	Cobertura		
Atalaya	4	47	34	72 %	41	87 %	42	98 %
San Antonio	4	67	59	88 %	46	69 %	63	73 %
Saboya	2	27	16	59 %	19	70 %	22	86 %
Samito	11	129	109	85 %	103	80 %	103	100 %
Mishana	3	18	18	100 %	18	100 %	18	100 %
Shirirara	6	70	32	46 %	57	81 %	59	97 %
San Martín	2	16	8	50 %	9	56 %	13	69 %
Libertad	5	78	50	64 %	73	94 %	75	97 %
Tarapoto	4	48	40	83 %	43	90 %	45	96 %
Total	41	500	366	73 %	410	82 %	442	93 %

Fuente: Adaptado de informe técnico del Coordinador en terreno

Como se muestra en el cuadro, la población total de las nueve comunidades del proyecto fue censada en enero de 2012, y el cálculo de la cobertura de las visitas domiciliarias se refirió en cada registro a este censo, sin embargo, du-

rante la ejecución del proyecto se observó que la población no era estable debido a bastantes migraciones temporales o definitivas de muchas familias. En la última visita realizada por las promotoras domiciliarias, en noviembre de

2012, se actualizó la información sobre las familias residentes en las comunidades, lo que determinó, al actualizar las cifras, una mayor cobertura alcanzada por las promotoras en el último trimestre, superior al indicador previsto (90 %), tal como se refleja en el cuadro.

Por último, en el marco de este resultado, se ha instalado en cada botiquín una letrina y un sistema de recogida de agua de lluvia. Las letrinas instaladas conectan con un biodigestor de 1,3 m³, aunque en la formulación del proyecto se previeron letrinas secas aboneras. Según las entrevistas realizadas a los gestores del proyecto, el delegado de CRE y la técnico de proyectos de CRP que realizaron la identificación no conocían otro tipo de letrina, sin embargo, durante el levantamiento de la línea de base, el coordinador en terreno, que tiene experiencia en otros proyectos, propuso cambiarlas porque la población local no tiene hábito de usar sus residuos como abono y no parecía fácil que fueran a aceptar este modelo, además de que no son adecuadas al tipo de terreno, fácilmente inundable en algunas comunidades y con niveles freáticos muy altos en todas. Después de consultar las opciones con los ACS y de valorar los buenos resultados de las letrinas con biodigestor que se adoptaron por consejo de ingenieros locales en otro proyecto de CRP en la misma provincia de Maynas, se decidió hacer el cambio. La nueva opción es más moderna, evita la inundación de la letrina, no contamina, tiene un funcionamiento y mantenimiento más sencillos y se ha pensado que puede servir como modelo para replicar en futuras instalaciones si da buen resultado.

El sistema de recogida de agua de lluvia consiste en una canaleta en la parte posterior del tejado del botiquín que conecta mediante una tubería con un depósito plástico de 1.100 l. de capacidad. El tanque evacúa el agua mediante otra tubería que baja hasta el suelo y se entierra para acceder a la cabina de la letrina desde

abajo; allí sube a la cisterna del inodoro y también se ha instalado un grifo en la misma tubería, en el interior de cada caseta, para poder recoger agua para otros usos en el botiquín. Inicialmente estaba previsto un grifo en el exterior, pero se pensó que la población podría usarlo indiscriminadamente y se optó por instalarlo en el interior de la letrina. No se hizo una entrada de agua al interior del botiquín porque no había presupuesto para completar el sistema de tubería enterrada que luego ascendiera hasta el botiquín para terminar en un grifo interno.

Estas instalaciones se han considerado como refuerzo de los botiquines y no están abiertas para su uso por la población. Únicamente las pueden usar los ACS, pacientes que acudan al botiquín y personal sanitario itinerante que establezca su base de acción en los botiquines para campañas de formación o de salud. La capacidad de estas letrinas es de unos 40 usos al día, sin embargo, en el momento de la visita a terreno, tres meses después de realizadas las instalaciones, los ACS manifiestan que apenas las han usado alguna vez o ninguna; esto es en parte por un exceso de celo de los ACS que fueron instruidos para reservarlas a personal sanitario durante campañas médicas, de modo que ellos mismos no las usan con regularidad.

Para la construcción no hubo dificultades, salvo en el transporte de los materiales, porque el río estaba muy bajo y había que caminar desde las embarcaciones hasta los botiquines. La población colaboró en estos traslados de material y sólo en Shiriara hubo que pagar a algunos vecinos para transportar materiales a pie un par de kilómetros. Todos los gastos de transporte fueron asumidos por el ingeniero constructor. Las instalaciones se realizaron sin dificultad, salvo alguna interrupción por lluvia, y respetando todos los requisitos técnicos y de calidad; el conjunto del sistema funciona correctamente, aunque en los botiquines de Shiriara y Tarapoto hay pérdidas de agua en las conexiones de en-

trada a las cisternas de los inodoros. Los responsables han informado a Cruz Roja y éstos llamaron al ingeniero, pero aún no ha habido respuesta para reparar estas deficiencias.

E2. ¿Se ha alcanzado el objetivo específico de la intervención? ¿Qué factores facilitaron / dificultaron su cumplimiento?

En relación al cumplimiento del Objetivo Específico, tanto el logro de los resultados previstos como las entrevistas realizadas en el terreno vienen a confirmar que los habitantes de las 9 comunidades campesinas implicadas han adquirido hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes.

Un alto porcentaje de familias han sido equipadas y capacitadas mediante talleres formativos y acompañamiento domiciliario para poner en práctica métodos de desinfección y manejo de agua segura. Un alto porcentaje continúa con las prácticas de higiene y de limpieza para evitar la propagación de vectores, y reconocen la importancia de una adecuada eliminación de excretas, aunque no disponen de medios adecuados para este último punto.

Existe una red de Agentes Comunitarios de Salud y de Promotoras Domiciliarias de Salud, formados para realizar labores de atención primaria en salud, prevención y sensibilización hacia toda la población de las nueve comunidades concernidas por el proyecto, y se han articulado con la red de salud local a través de los Puestos de Salud de Samito y Libertad, gracias a esto se está mejorando la atención sanitaria y se están reforzando los hábitos saludables en el conjunto de la población. Vinculada a la formación de ACS y PDS se han realizado una serie de jornadas de sensibilización y campañas de limpieza que han motivado hacia el compromiso con la mejora del entorno de las co-

munidades, así como unas campañas médicas en todas las comunidades, gracias a las cuales la población se ha visto beneficiada por atención sanitaria en odontología, despistaje de cáncer de cuello uterino y diagnóstico / tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, obstetricia, desparasitación y medicina general.

Seis de las nueve comunidades implicadas en el proyecto cuentan con botiquines, reforzados con letrinas y otros equipamientos, a cargo de equipos de Agentes Comunitarios de Salud que realizan labores de prevención y promoción de la salud y trabajan coordinadamente con el personal sanitario de los Puestos de Salud de Samito y Libertad. Además, en todas las comunidades se han constituido Comités de Salud responsables de la vigilancia de la salud de sus caseríos y encargados de la coordinación de los ACS con los programas públicos de salud.

Aunque todos los botiquines han sido dotados con una letrina y un sistema de recogida de agua de lluvia, este elemento no está teniendo una incidencia destacable en las condiciones de salud, puesto que se están manteniendo reservadas y apenas se usan. En cambio, los sistemas de tratamiento de agua sí se han generalizado en la inmensa mayoría de la población y están teniendo una incidencia en la mejora de la higiene y en la reducción de parasitosis y diarreas.

Todos estos resultados contribuyen sin duda a la mejora de los hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes de la población de las 9 comunidades del río Nanay, de acuerdo al Objetivo Específico del proyecto.

Un factor que ha favorecido la obtención de todos los resultados y su contribución al logro del Objetivo Específico es la calidad del equipo humano responsable de la ejecución del proyecto, así como la buena motivación y disponi-

bilidad al trabajo de dicho equipo y de los diversos agentes implicados, en particular los ACS, las PDS, las autoridades sanitarias y la municipalidad de Alto Nanay. También se ha reconocido por todos los agentes de la evaluación como un factor clave de éxito la permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, que ha contribuido a lograr una alta empatía con la población, y ha facilitado una dinámica de trabajo muy productiva, una alta motivación del conjunto de la población y el logro de aprendizajes significativos.

Un factor que dificulta en cierta medida el logro del objetivo específico es la rotación del personal sanitario de los Puestos de Salud. Normalmente este personal lo conforman “serumistas”, es decir titulados que al concluir sus estudios deben hacer unas prácticas obligatorias en el Servicio Rural Médico (SERUM). Estas prácticas duran un año y luego cambian de destino. Por este motivo, la integración de los ACS y las PDS en el sistema sanitario a través de su articulación con los Puestos de Salud, se ve condicionada al nivel de implicación que tenga el personal de dichos centros y a su mayor o menor interés en coordinarse con aquéllos. De ahí la importancia de lograr un buen funcionamiento de los Comités de Salud y la importancia de un compromiso con el seguimiento de su labor desde la Microred de Salud del Iquitos Norte.

Por último, otro factor que inicialmente dificultó algo la puesta en marcha de las actividades de forma concertada fue el cambio de personal directivo en varias instancias administrativas sanitarias, que obligó a retomar varias veces reuniones de presentación y coordinación de actividades.

E3. ¿Se han producido otros resultados no previstos?

- ▶ Un resultado no previsto ha sido la **implicación de un mayor número de mujeres sobre lo previsto**, en las diversas actividades de formación y otras campañas. El indicador inicial para el primer resultado, referente a la formación y campañas con el conjunto de la población, preveía una participación de mujeres de al menos 60%, que finalmente ha sido superior. Según han puesto de manifiesto las entrevistas, esta diferencia se debe a que tradicionalmente existe una mayor implicación de las mujeres en temas de salud y cuidado de sus familias.

Por su parte, las Promotoras domiciliarias son todas mujeres, aunque se preveían sólo el 70%, porque iniciada la ejecución se planteó esta figura como “Mujeres líderes”, justamente para fomentar la implicación de las mujeres en la asunción de roles de liderazgo, al ser la mayoría de ACS hombres. La formulación previó que el 50% de los ACS fueran mujeres, aunque estos agentes estaban ya presentes en las comunidades con una mayoría de hombres (15 hombres y 4 mujeres). Del total de 27 capacitados, sólo 8 han sido elegidos en el marco de este proyecto, entre los cuales una sola mujer, por lo tanto la participación femenina final en esta función ha sido del 18,5%.

- ▶ Se han producido una **alta implicación de la población infantil** en la adquisición de hábitos saludables en todas las comunidades del proyecto. A raíz de la participación espontánea de los niños y niñas que acompañaban a sus padres a los talleres, con una asistencia de entre el 10% y el 30% de menores en los talleres, el equipo del proyecto y los directores de los Centros Educativos de las comunidades identificaron el interés en organizar un taller adaptado a este grupo de población

en sus colegios para apoyar y reforzar los aprendizajes de los talleres; además se dotó cada aula con un equipo de agua segura y organizaron talleres complementarios para la implicación de los docentes. El alumnado total beneficiado de esta capacitación ha sido: 144 escolares de infantil, 381 de primaria y 198 de secundaria en los Centros de las 9 comunidades.

- ▶ Durante la organización de las campañas médicas, un resultado no previsto, fruto de la alta implicación de la municipalidad de Alto Nanay, fue la **formulación de un nuevo proyecto para organizar una campaña de salud oral** en las 22 comunidades de este municipio. Al salirse la iniciativa del ámbito geográfico del proyecto, la CRP apoyó a la municipalidad para organizar y ejecutar un nuevo proyecto que se presentó a otros financiadores y que fue desarrollado de forma independiente.

E4. ¿Han encontrado dificultades las personas destinatarias para acceder a las actividades de la intervención?

Por lo que respecta a los ACS y las PDS no se ha puesto ningún requisito limitante y era la propia población quien elegía a las personas de acuerdo a sus capacidades de liderazgo y su implicación con las temáticas.

En las actividades de formación y sensibilización, así como en las campañas médicas, todas las familias de las 9 comunidades han podido participar libremente y sin ninguna limitación por edad, capacidades, formación o cualquier otro motivo.

De manera general las principales dificultades para el acceso a las actividades han estado ocasionadas por las distancias de algunas familias a los caseríos centrales, y por el clima y las condiciones de desplazamiento en función de la altura del río, que en algunos momentos han dificultado que algunas personas pudieran asistir a algunos talleres. No obstante el equipo hizo un esfuerzo destacable al organizar talleres de refuerzo y al visitar la gran mayoría de los hogares a pie o en bote.

E5. En caso de que haya desviaciones significativas entre los indicadores planificados y los conseguidos ¿a qué se deben?

Las principales desviaciones son al alza y vienen ocasionadas sobre todo por el alto nivel de implicación del conjunto de la población, y por la estrategia utilizada de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, realizando un acompañamiento muy cercano, visitando con frecuencia a las familias en sus hogares y logrando así un alto grado de apropiación de los aprendizajes.

En el siguiente cuadro se analiza el grado de logro para cada uno de los indicadores. Hay que señalar que en la columna de indicadores iniciales, para seis de éstos hemos optado por considerar como indicador *correcto* del proyecto lo que en la formulación aparece como valor esperado, de acuerdo al análisis realizado en el criterio de coherencia (CH4, p.21). Se trata de los indicadores 1, 2, 3 y 6 del Resultado 1 (R1I1, R1I2, R1I3, R1I6) y los indicadores de género de los resultados 1 y 3 (R1IG, R3IG), todos ellos destacados en el cuadro con letra cursiva.

Cuadro 15. Análisis del cumplimiento de los indicadores

Indicadores	Línea de logro observada en la evaluación	Grado de logro según Periferia
OEI1. 70% de familias conocen y ponen en práctica métodos de desinfección y manejo de agua segura, al finalizar el proyecto	89% de las familias entrevistadas conocen y ponen en práctica métodos de desinfección y manejo de agua segura, al finalizar el proyecto	>100 %
OEI2. 70% de familias desarrollan prácticas de higiene personal adecuadas, al finalizar el proyecto.	85% de las familias entrevistadas conocen y ponen en práctica métodos de higiene personal, al finalizar el proyecto	>100 %
OEI3. 70% de familias identifican y realizan prácticas para evitar la propagación de vectores al finalizar el proyecto.	93% de las familias entrevistadas identifican y realizan prácticas para evitar la propagación de vectores al finalizar el proyecto.	>100 %
OEI4. 70% de familias reconocen la importancia de un sistema adecuado para la eliminación de excretas, al finalizar el proyecto.	97% de las familias entrevistadas reconocen la importancia de un sistema adecuado para la eliminación de excretas, al finalizar el proyecto.	>100 %
OEI5. 6 botiquines y, al menos, 18 Agentes Comunitarios de Salud integrados en los programas de salud primaria en Postas de Salud Pública de Libertad, Samito y San Antonio, al finalizar el proyecto.	6 botiquines y 24 Agentes Comunitarios de Salud integrados en los programas de salud primaria en Postas de Salud Pública de Libertad y Samito, y supervisados en la Posta de Santa María de Nanay, al finalizar el proyecto.	100 %
R1I1. Al menos el 70% (868) de padres y madres de familia participan en 12 talleres de capacitación sobre control de enfermedades metaxénicas al finalizar el primer año del proyecto.	-Una media de 78% de padres y madres participan en 2-4 talleres por comunidad sobre consumo de agua tratada, lavado de manos y malaria. -Un 93% (351) de las familias entrevistadas identifican y realizan prácticas para evitar la propagación de vectores al finalizar el proyecto.	>100 %
R1I2. Al menos el 70% (868) de padres y madres de familia participan en 12 talleres de cuidado y tratamiento de las enfermedades (EDAS, IRAS, ETS), al finalizar el primer año del proyecto.	-Una media de 78% de padres y madres participan en 2-4 talleres por comunidad sobre EDA, IRA y VIH/Sida. -89% de las familias entrevistadas conocen y ponen en práctica métodos de desinfección y manejo de agua segura, y 85% de las familias entrevistadas conocen y ponen en práctica métodos de higiene personal, al finalizar el proyecto.	>100 %
R1I3. Al menos el 70% (868) de padres y madres de familia participan en 12 talleres de saneamiento ambiental, al finalizar el proyecto.	-Una media de 76% de padres y madres participan en 2-3 talleres por comunidad sobre Saneamiento ambiental. -97% de las familias entrevistadas reconocen la importancia de un sistema adecuado para la eliminación de excretas, al finalizar el proyecto.	>100 %
R1I4. 3 campañas de sensibilización masivas para promover prácticas saludables.	Realizadas 4 campañas de sensibilización masiva para promover prácticas saludables, en Atalaya, Tarapoto, Libertad y Shirirara.	>100 %
R1I5. 9 jornadas comunales, una por comunidad, para identificar y erradicar vectores.	Realizadas 9 jornadas comunales, una por comunidad, para identificar y erradicar vectores.	100 %
R1I6. 70% (420) de familias conocen y practican métodos de manejo de agua segura, higiene personal, eliminación de excretas y de cómo evitar la propagación de vectores.	79% de las familias entrevistadas, que representan el 67% del total, conocen y practican métodos de manejo de agua segura, higiene personal, eliminación de excretas y de cómo evitar la propagación de vectores.	100 %
R1IG. Se espera que de las personas capacitadas, al menos un 60% (744) sean mujeres.	Aproximadamente un 51% de las personas capacitadas son mujeres	85 %

R2I1. 9 Comités de Salud reglamentados y constituidos por un representante de la Comunidad, Municipalidad, Gobernación, Educación y un ACS.	9 Comités de Salud reglamentados y constituidos por representantes de la Comunidad, Municipalidad, Gobernación, Educación y uno o varios ACS.	100 %
R2I2. Red de 18 Agentes Comunitarios de Salud reconocidos por el Ministerio de Salud Pública.	Red de 24 Agentes Comunitarios de Salud en trámite de reconocimiento por el Ministerio de Salud Pública.	0 %
R2I3. Ministerio de Salud Pública y Agentes Comunitarios de Salud realizan, al menos, 3 campañas de salud comunitaria en cada comunidad.	Ministerio de Salud Pública y Agentes Comunitarios de Salud realizan 4 campañas de salud comunitaria en cada comunidad.	>100 %
R2I4. El Ministerio de Salud Pública capacita, supervisa y expende medicamentos autorizados a 6 botiquines y 18 Agentes Comunitarios de Salud.	El Ministerio de Salud Pública se compromete a capacitar, a través de la Microred de Salud de Iquitos Norte, a 24 ACS. En el momento de la evaluación no han realizado ninguna capacitación a ACS ni supervisión de botiquines. El MINSA no expende medicamentos a los botiquines, aunque autoriza a los ACS a comprarlos en los centros de venta destinados a personal sanitario autorizado.	50 %
R2IG. Se espera que, al menos, el 50% de los Agentes Comunitarios de Salud sean mujeres.	El 18,5% (5 de 27) de los Agentes Comunitarios de Salud son mujeres.	37 %
R3I1. 27 Agentes Comunitarios de Salud y 41 Promotoras Domiciliarias de Salud participan en talleres de capacitación en educación para la salud.	27 Agentes Comunitarios de Salud y 41 Promotoras Domiciliarias de Salud participan en talleres de capacitación en educación para la salud.	100 %
R3I2. 27 Agentes Comunitarios de Salud participan en talleres de reforzamiento de atención básica y gestión de botiquines.	27 Agentes Comunitarios de Salud participan en talleres de reforzamiento de atención básica y gestión de botiquines.	100 %
R3I3. 41 Promotoras Domiciliarias participan en talleres de capacitación en saneamiento ambiental.	41 Promotoras Domiciliarias participan en talleres de capacitación en saneamiento ambiental.	100 %
R3I4. El 90% de las familias residentes reciben visitas domiciliarias mensuales de Promotoras Domiciliarias de Salud para reforzar conocimientos, promover habilidades y supervisar prácticas saludables en hogares.	El 93% de las familias residentes reciben visitas domiciliarias en el segundo trimestre de actividad de las PDS. Las visitas han ido aumentando progresivamente desde una cobertura del 27% en los primeros meses.	50 %
R3I5. 6 letrinas aboneras secas y 6 sistemas de agua tratada instalados en igual número de botiquines comunitarios de salud.	6 letrinas con biodigestor y 6 sistemas de recogida y almacenamiento de agua de lluvia y kit de agua segura, instalados en igual número de botiquines comunitarios de salud.	100 %
R3IG. Se espera que, al menos el 70% de las Promotoras Domiciliarias sean mujeres.	Todas las Promotoras de Salud son mujeres	>100 %

Fuente: elaboración propia.

Aunque la valoración global del logro de los indicadores es positiva, hay que destacar varios casos en que el indicador no se ha alcanzado satisfactoriamente:

► **R1IG.** Se espera que de las personas capacitadas, al menos un 60% (744) sean mujeres. En este caso, aunque el indicador se ha cumplido un poco por debajo de lo esperado, puede considerarse un buen logro, dado



que se ha conseguido una alta participación de hombres en unos talleres que tratan temáticas de salud, habitualmente asignadas a las mujeres.

- ▶ **R212.** *Red de 18 Agentes Comunitarios de Salud reconocidos por el Ministerio de Salud Pública.* Este indicador no se ha logrado porque el reconocimiento de los ACS está en proceso y aún no se ha publicado el decreto correspondiente. No obstante, es previsible que no haya ningún inconveniente para un resultado positivo teniendo en cuenta que la Microred de Iquitos Norte se comprometió a este reconocimiento, y que los ACS implicados han sido elegidos por la población como es lo habitual y han sido capacitados adecuadamente.
- ▶ **R214.** *El Ministerio de Salud Pública capacita, supervisa y expende medicamentos autorizados a 6 botiquines y 18 Agentes Comunitarios de Salud.* Este indicador no depende directamente de la ejecución del proyecto, se trata más bien de una hipótesis externa que tiene probabilidad de ser cumplida. En este caso se espera que los ACS participarán en las campañas de capacitación que regularmente organiza la Microred de Salud; en cambio la supervisión es poco probable por la falta de recursos de la administración, en este sentido se espera que los Comités de Salud y el personal sanitario de los Puestos de Salud actúen como enlace entre los ACS y la administración.
- ▶ **R21G.** *Se espera que, al menos, el 50% de los Agentes Comunitarios de Salud sean mujeres.* Tal como se explicó más arriba, este indicador no se ha cumplido al optar por no forzar el hábito de elegir varones en puestos de relevancia comunitaria; en cambio ha sido compensado con la introducción de la figura de las Mujeres Líderes como Promotoras de Salud.
- ▶ **R314.** *El 90% de las familias residentes reciben visitas domiciliarias mensuales de Promotoras Domiciliarias de Salud para reforzar conocimientos, promover habilidades y supervisar prácticas saludables en hogares.* En este caso se ha comprobado que el indicador era muy exigente, teniendo en cuenta que las PDS son madres de familia que se dedican a esta tarea de forma voluntaria; por otra parte se ha comprobado que hay un compromiso y una evolución positiva en la realización de estas visitas.

3.4. Eficiencia

Valoración criterio: 4

EN1. ¿Los recursos utilizados así como su composición han sido adecuados para la ejecución del proyecto y la obtención de los resultados?

Los recursos humanos han dado, en general, muy buen resultado. Todos los miembros del equipo ejecutor fueron contratados mediante convocatoria pública y pruebas de selección y han respondido a los niveles de competencia profesional esperados. Tan sólo hubo alguna dificultad con el administrador del equipo en Iquitos, por lo que, tras su periodo de prueba, fue sustituido.

Cuadro 16. Personal del proyecto en terreno

Puestos	Funciones
Delegación CRE, en coordinación con CRP	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Diseño y seguimiento técnico de los distintos componentes del proyecto. ▸ Coordinación del proyecto. ▸ Validación de los informes técnicos y económicos de terreno.
Equipo de campo:	
1 Coordinador	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Elaboración del Plan General de Capacitación ▸ Supervisión técnica en terreno del desarrollo de cada una de las actividades. ▸ Coordinación de la adaptación del Plan General de Capacitación en la programación de los diferentes talleres ▸ Difusión en los medios de las actividades del proyecto. ▸ Elaboración de informes técnicos y financieros trimestrales y anuales para CRP y CRE.
3 Dinamizadoras	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Coordinación del conjunto de actividades en terreno con los diferentes actores implicados. ▸ Sensibilización a la población para motivar su participación. ▸ Elaboración de los talleres, bajo control del coordinador e impartición de los mismos. ▸ Participación como profesionales sanitarias (2 enfermeras y una obstetra), en las campañas de salud. ▸ Capacitación y acompañamiento permanente de los ACS y las PDS.
1 Administrador	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Elaboración de informes económicos
1 Piloto-logista	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Pilotaje y mantenimiento de la embarcación ▸ Localización de autoridades ▸ Organización de comidas y otras tareas de logística

Fuente: Elaboración propia

Al inicio del planteamiento del trabajo de campo se decidió adoptar la estrategia de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, en lugar de realizar visitas en una constante itinerancia, como se había hecho en el proyecto anterior. Con esta estrategia, además de ganar mucho tiempo, se facilitó de forma significativa el contacto de las dinamizadoras con la población, y el acercamiento a sus realidades cotidianas, lo que les permitió adaptar los talleres tanto en su organización de fechas y horarios como de contenidos y formas de trabajo, logrando buenos niveles de participación y de implicación.

Inicialmente se contrataron cuatro dinamizadores (una médico, dos enfermeras y un antiguo voluntario) y se repartieron las comunidades en tres zonas del río (cauce alto, medio y bajo) de modo que cada dinamizadora atendía a tres comunidades y el voluntario contratado apoyaba a la encargada de la zona del cauce alto. Este último abandonó el proyecto después de unos pocos meses por reestructuración del equipo y porque además él tenía otros intereses, de modo que quedaron activas tres dinamizadoras. Por su parte, el piloto de la embarcación, además de transportar personas y equipos se implicó mucho, actuando como logista y dando un gran apoyo en la organización de todas las actividades.

En cuanto a los recursos materiales, todos los equipamientos y servicios se compraron o contrataron en Iquitos contrastando presupuestos o proformas y verificando la relación calidad/precio, tanto en terreno como pasando la aprobación de la oficina de CRP en Lima, y para los gastos más elevados, con aprobación de CRE desde España.

Hubo un buen cálculo de los gastos, porque todos los materiales o equipos necesarios se fueron ajustando a las necesidades de las comunidades, esto permitió incluso realizar los gastos no previstos para los equipamientos aportados a los botiquines y a los Puestos de Salud, así como algunos detalles extra –mosquiteras, premios, bebidas, picoteos...– que se aportaron en los talleres para favorecer las dinámicas y evitar que éstos se hicieran tediosos o agotadores.

En el cálculo de los gastos específicos realizados por cada resultado nos encontramos que el gasto está repartido equitativamente entre los tres resultados, como se aprecia en el cuadro 18, y se corresponde de forma adecuada con la distribución de actividades realizadas en estos tres resultados.

Cuadro 17. Gastos por Resultado

Costes Directos. Conceptos	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Total
A.I.1. Identificación y formulación	-	-	-	-
A.I.2. Evaluación	1.488,02	1.488,02	1.488,02	4.464,06
A.I.3. Auditorías externas	266,67	266,67	266,67	800,00
A.I.4. Otros servicios técnicos	5.527,04	3.225,01	2.531,66	11.283,72
A.I.5. Arrendamientos	3.444,87	3.444,87	3.444,87	10.334,62
A.I.6. Materiales y suministros	2.819,43	2.819,43	2.819,43	8.458,28
A.I.7. Viajes, alojamientos y dietas	6.892,81	7.190,28	14.053,94	28.137,02
A.I.8. Personal	31.080,27	31.080,27	31.080,27	93.240,82
A.I.9. Actividades de testimonio	-	-	-	-
A.I.10. Fondo rotatorio	-	-	-	-
A.II.1. Adquisición de terrenos y/o inmuebles	-	-	-	-
A.II.2. Construcción y/o reforma de inmuebles	6.357,76	6.813,59	6.357,76	19.529,11
A.II.3. Otras infraestructuras	-	499,71	17.127,16	17.626,87
A.II.4. Equipos y materiales inventariables	28.492,30	5.726,88	4.455,17	38.674,35
A.II.5. Trabajos y estudios técnicos inherentes	-	-	1.381,22	1.381,22
TOTAL GASTOS	86.369,17	62.554,73	85.006,17	233.930,07
Porcentaje sobre el total	36,92%	26,74%	36,34%	100%

Fuente: Elaboración propia

EN2. ¿Se han respetado los presupuestos establecidos inicialmente en el proyecto aprobado? ¿El ritmo de gasto ha sido adecuado?

El presupuesto del proyecto se ha ejecutado en un 99,88%; y así, 208.228,95 € con cargo a la subvención de AACID; 40.278,99 € de contribución por parte de Cruz Roja Española y 11.934,00 € por parte de Cruz Roja Peruana; además de 218,57 € imputados a otras entidades.

Cuadro 18. Valoración del presupuesto ejecutado

Partida	Presupuesto validado	Gasto Ejecutado	% Ejecución	% respecto del total
A.I. Costes directos				
A.I.1. Identificación y formulación	-	-	-	-
A.I.2. Evaluación	4.464,07	4.464,07	100,00%	1,71%
A.I.3. Auditorías externas	800,00	800,00	100,00%	0,31%
A.I.4. Otros servicios técnicos	13.874,69	11.283,72	81,33%	4,33%
A.I.5. Arrendamientos	7.934,62	10.334,62	130,25%	3,96%
A.I.6. Materiales y suministros	7.830,17	8.458,27	108,02%	3,24%
A.I.7. Viajes, alojamientos y dietas	28.464,84	28.137,02	98,85%	10,79%
A.I.8. Personal	93.629,00	93.240,80	99,59%	35,77%
A.I.8.1. Personal Local	69.200,43	68.856,37	99,50%	26,42%
A.I.8.2. Personal expatriado	24.428,57	24.384,43	99,82%	9,35%
A.I.8.3. Personal en sede	-	-	-	-
A.I.9. Actividades de testimonio	-	-	-	-
A.I.10. Fondo rotativo	-	-	-	-
A.II.1. Adquisición de terrenos y/o inmuebles	218,57	218,57	100,00%	0,08%
A.II.2. Construcción y/o reforma de inmuebles	19.531,22	19.529,10	99,99%	7,49%
A.II.3. Otras infraestructuras	17.627,17	17.626,87	100,00%	6,76%
A.II.4. Equipos y materiales inventariables	48.220,20	48.208,35	99,98%	18,49%
A.II.5. Trabajos y estudios técnicos inherentes	1.381,22	1.381,22	100,00%	0,53%
B.I. Costes indirectos	17.000,00	16.977,90	99,87%	6,51%
TOTAL GASTOS	260.975,77	260.660,51	99,88%	

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de las partidas a cargo de la subvención han sido ejecutadas de acuerdo a lo previsto sin alteraciones superiores al 10%, excepto la partida *A.I.4. Otros servicios técnicos*, con una subejecución del 18,77% y la partida *A.I.5. Arrendamientos*, con una ejecución que sobrepasa en un 30,25% a lo previsto. Cabe destacar también la partida *A.II.4. Equipos y materiales inventariables*, con una ejecución del 99,98%, aun habiéndose realizado una mayor aportación de materiales para los botiquines

que no estaba prevista en el presupuesto inicial; esto muestra que se ha hecho una gestión económica muy eficiente, tal como han confirmado los responsables de la misma.

En la partida *A.I.8.1. Personal Local*, hay que señalar que se hizo una modificación del tipo de contratos para adecuarse a una actualización del protocolo de contrataciones en toda la entidad de CRP; esto supuso un incremento en los costes de personal que se compensó con la sa-

lida del voluntario que había sido contratado como dinamizador; estaba realizando una labor de apoyo y él mismo tenía interés en dejarlo por motivos de estudios, por lo que su retirada no supuso ningún inconveniente para las partes. Y junto a este ajuste se adelantó un mes la liquidación de los contratos de dos de las dinamizadoras, manteniéndose sólo la tercera hasta final del año 2012.

En la distribución de gastos por partidas, lo más destacable de los fondos ejecutados corresponde a la parte de personal, que supone un 35,77% del gasto total ejecutado; le siguen las partidas de equipos y materiales inventariables, con un 18,49% del gasto, y viajes, alojamientos y dietas, con un 10,79%. Estos porcentajes se corresponden bien con el tipo de proyecto, donde las principales actividades han sido de capacitación, campañas y equipamientos, y recorriendo largas distancias durante todo el período de ejecución.

Sin embargo, hay que señalar que el criterio utilizado para la distribución de algunos gastos por partidas no está claro, al haber encontrado por ejemplo gastos de insumos para campañas de salud tanto en la partida *A.I.4. Otros servicios técnicos* como en la *A.II.4. Equipos y materiales inventariables*. Y se han encontrado gastos en equipamientos de los botiquines, tanto equipos sanitarios como mobiliario, distribuidos indistintamente en la partida *A.II.2. Construcción y/o reforma de inmuebles* y en la *A.II.4. Equipos y materiales inventariables*.

A pesar de estas pequeñas incidencias se puede concluir que existe una gran concordancia entre los presupuestos originales y su aplicación durante la ejecución de proyecto.

El ritmo de gasto ha ido en consonancia con la ejecución de las actividades; tan sólo se ha señalado un retraso en el envío inicial de fondos de cooperación de CRE a Lima. Se inició el

proyecto con el primer envío de fondos de la AACID y poco después se regularizó el desfase, continuando el ritmo de gasto sin incidencias significativas.

EN3. ¿Se han respetado el cronograma y los tiempos previstos inicialmente?

El cronograma del proyecto se ha ejecutado de acuerdo al previsto en líneas generales, solamente se han producido ciertos retrasos en el ritmo de ejecución de algunas actividades durante los periodos de lluvias, pero gracias a la permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, esto no supuso un serio inconveniente, ya que algunos talleres podían cambiarse de día sin problemas. El retraso más significativo se produjo en las obras de construcción de las letrinas, por las dificultades para transportar todos los materiales por el río y luego hacerlos llegar hasta sus destinos a pie donde el cauce bajo quedó muy retirado de las comunidades; esta actividad sufrió un retraso de unos 20 días, lo cual no supuso ningún inconveniente serio para la ejecución del proyecto.

Tan sólo cabe señalar que la ejecución del proyecto se realizó entre agosto de 2011 y enero de 2013, con un desfase de 9 meses sobre lo previsto en la formulación (noviembre de 2010 a abril de 2012), por el retraso en recibir la aprobación del proyecto y los fondos aportados por la AACID.

EN4. ¿En qué medida la colaboración institucional y los mecanismos de gestión articulados han contribuido a alcanzar los resultados de la intervención?

La colaboración con las instituciones públicas presentes en la zona de ejecución ha sido un elemento fundamental para la consecución de resultados, especialmente con la Microred de

Salud de Iquitos Norte y con la Municipalidad de Alto Nanay.

La CRP cuenta ya con una buena presencia y prestigio en la zona a través de las actividades de la Filial de Maynas, y habitualmente coordinan todas sus acciones con la DIRESA, ya que su ámbito de acción es la salud y emergencias, y buscan siempre la sostenibilidad de las intervenciones implicando a la administración pública. Para ello, la CRP cuenta con un convenio marco de colaboración firmado con el MINSA, en el que se enmarcan todas sus acciones.

Además de esta vinculación con la administración de salud, hay que destacar que la colaboración con otras instituciones ha sido fundamental para algunas actividades. Por un lado, con la municipalidad de Alto Nanay, que ha dado un gran apoyo en la sensibilización de la población y coordinación de las actividades en las comunidades de este municipio y en particular facilitando las lecturas de Papanicolau; y también con el Ministerio de Agricultura, con el que se coordinó la intervención en la zona protegida de Mishana, San Martín y Shiriara en cuanto al saneamiento ambiental: además de informar y valorar la complementariedad de las acciones con las estrategias del Ministerio, éste instaló unas estructuras de protección para los contenedores comunitarios de basura aportados por el proyecto.

En cuanto a los mecanismos de gestión, la ejecución y seguimiento del proyecto era en última instancia responsabilidad de la Oficina de Planificación de Proyectos (OPP) de CRP en Lima, con la colaboración de la Delegación de CRE; sin embargo la CRP estaba pasando por un periodo de cierta inestabilidad, tenía problemas económicos y no estaba realizando una adecuada gestión del proyecto. Tras algunas incidencias con el seguimiento en los primeros meses, entre marzo y abril de 2012 se decidió de

mutuo acuerdo que la delegación de CRE se hiciera cargo de la gestión directa del proyecto, en lugar de la OPP, pero siempre con la supervisión de la dirección de CRP. Una vez realizado este cambio, el proyecto ha sido gestionado de forma adecuada. El equipo ejecutor en Maynas estuvo en contacto permanente con Lima a través de su coordinador y de varias visitas de los responsables de la Delegación de CRE a terreno, lo que ha permitido ejecutar todas las actividades y obtener todos los resultados de forma satisfactoria.

Cabe señalar que el coordinador en terreno enfermó de dengue y estuvo de baja dos semanas. Durante este tiempo el equipo fue apoyado por la coordinadora de otro proyecto parecido que se estaba ejecutando en otra zona de la provincia, por lo que no hubo problemas con la ejecución.

3.5. Participación

Valoración del Criterio: 5

PA1. ¿Se ha definido desde el inicio quiénes van a participar en el proyecto y cómo?

Desde el comienzo del proyecto estaban claramente definidos los principales actores participantes y así era conocido por todos ellos. En el documento de formulación aparecen bien reflejadas las tareas y funciones de cada uno de los principales actores clave del proyecto.

Los principales agentes implicados son el **Ministerio de Salud**, con el que Cruz Roja Peruana tiene un convenio marco firmado en 2010 para *colaborar en acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud pública*; y dada la descentralización de la administración, la administración pública con implicación directa en el proyecto es la **Microrred de Salud de Iquitos Norte**, basada en el Centro de Salud de Moronacocha (Iquitos), con la que también se estableció un acuerdo específico por el que esta entidad se compromete al reconocimiento y apoyo de los botiquines y ACS fortalecidos por el proyecto, así como a incorporar a los ACS en su sistema de salud y mantenerlos capacitados y actualizados. Como último eslabón del sistema público de salud, se recoge también el papel del personal de los **Puestos de Salud** presentes en tres de las comunidades del proyecto, responsable de integrar y centralizar a los ACS y PDS como colaboradores directos en la atención sanitaria a la población.

También se establece la participación de las **autoridades locales** que son reconocidas como los representantes de sus comunidades y primeros interlocutores que legitiman la intervención de Cruz Roja y colaboran activamente para involucrar a toda la población. Estas autoridades, junto con los ACS y otros representantes de la

población serán los que constituyan los Comités de Salud Comunitarios, responsables de la gestión de los botiquines y de facilitar su integración en el sistema público de salud.

El único actor no identificado en la formulación del proyecto, y que se incorporó durante la ejecución del mismo, es el personal directivo de los centros educativos de todas las comunidades implicadas. Como se ha explicado más arriba, durante el desarrollo de los talleres se identificó la posibilidad de organizar unos talleres adaptados al alumnado de infantil, primaria y secundaria, y se concertó su organización entre el equipo en terreno de la CRP y los respectivos directores y directoras.

PA2. ¿Qué agentes han participado en cada fase de la intervención?, ¿en qué medida?

El proyecto fue **identificado y formulado** por Cruz Roja Peruana, en colaboración con la Delegación de Cruz Roja Española en Perú. Para la identificación, además de partir de informaciones recogidas por personal de CRP-Filial de Maynas a lo largo de otras intervenciones anteriores, un equipo formado por el delegado de CRE, la técnico de proyectos de la Oficina de Planificación de Proyectos (OPP) de CRP, y el coordinador del anterior proyecto, visitaron varias de las comunidades implicadas y realizaron reuniones con autoridades, ACS y pobladores/as de los caseríos, en las cuales todos ellos expresaron sus necesidades. Además de las autoridades locales de cada comunidad se contactó también con los alcaldes de los tres municipios en que éstas se agrupan: Alto Nanay, Iquitos y San Juan Bautista; de los tres, únicamente ha participado en el proyecto con un alto nivel de implicación el alcalde de Alto Nanay, en los otros dos casos sólo hubo algunos encuentros iniciales donde los alcaldes mostraron interés, pero posteriormente se han mantenido

desconectado por cuestiones internas de agenda política.

El proyecto identificó como destinatarios a toda la población de las 9 comunidades implicadas, ya que este proyecto daría continuidad al anterior, en el que se instalaron los 6 botiquines en las 6 comunidades que no contaban con Puesto de Salud. Las familias ya conocían a los ACS, una figura presente en la zona desde antes de las intervenciones de Cruz Roja, y se mostraron interesadas en que su función de atención primaria en salud pudiera ser reforzada y, en consecuencia estuvieron abiertas a colaborar en el proyecto.

También se realizaron reuniones con la dirección de la Microred de Salud de Iquitos Norte, de la que dependen los tres Puestos de Salud implicados en el proyecto, que se mostró interesada y dispuesta a colaborar en el reconocimiento, seguimiento y apoyo a los ACS y los botiquines instalados por CRP, y participaron de forma activa en la organización de las campañas médicas que se realizaron en todas las comunidades, con personal del Centro de Salud de Moronacocha y del Centro de Salud de Santa María de Nanay. También se hicieron varias reuniones con diversas direcciones dentro de la Diresa para buscar la máxima coherencia con las políticas y estrategias públicas, aunque no se implicaron activamente, se coordinó con la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud y con la Dirección de Salud Ambiental.

El fortalecimiento de los botiquines incluía la instalación de una letrina y un depósito para captación de agua de lluvia. Para estas infraestructuras se contrató a un ingeniero que realizó el expediente técnico de estas infraestructuras.

Para la **ejecución** de la intervención se incorporó un nuevo delegado de CRE y se contrató en primer lugar al coordinador en terreno, que mantuvo contacto permanente con CRP y CRE

en Lima. La gestión del proyecto pasó de la Oficina de Planificación de Proyectos de CRP a la Delegación de CRE entre marzo-abril de 2012 como se explicó en el criterio de Eficiencia, (EN4, p.52), aunque se continuó la gestión siempre en coordinación con la presidenta y el director ejecutivo de la CRP. A partir de julio de 2012 se incorporó al proyecto el actual delegado, que colaboró con el anterior en la gestión del proyecto hasta su finalización.

Durante los primeros meses de ejecución, entre agosto y diciembre de 2011, el coordinador diseñó las herramientas de recogida de información, realizó el levantamiento de la línea de base y elaboró el Plan General de Capacitación. También se reunió con personal de la Dirección Regional de Salud de Loreto (Diresa-Loreto), dependiente del Ministerio de Salud, para mantenerles informados y ajustarse en lo posible a las prioridades y directrices de la administración en cuanto al papel a desempeñar por los ACS, así como para gestionar el reconocimiento oficial de estos por el Minsa.

Las dinamizadoras siempre comenzaban sus visitas a las comunidades encontrándose con las autoridades para coordinar las diferentes actividades, sobre todo para evitar interferir con fiestas y otros eventos locales, y éstas se implicaron facilitando el uso de los locales comunales, y colaborando en organizar los horarios y convocar a la población.

Se organizaron varias campañas médicas en todas las comunidades en colaboración con el personal sanitario de los Puestos de Salud. Aunque existen tres puestos de salud en la zona de intervención, en San Antonio, Samito y Libertad, el primero de estos no contó con personal sanitario durante la ejecución del proyecto, por lo que se recurrió al personal del Puesto de Salud de la comunidad de Santa María de Nanay, centro de referencia de su municipalidad y que participó activamente en las campañas. En

estas campañas se implicaron además –como estaba previsto- los Agentes Comunitarios de Salud que dieron un gran apoyo al personal sanitario.

Durante la realización de los talleres, se implicó el personal directivo de todos los Centros Educativos, que participaron activamente en la organización de espacios y horarios para talleres escolares, que implicaron tanto al alumnado como al equipo docente de cada centro.

La población de las 9 comunidades concernidas ha participado activamente en el proyecto. Todas las familias participaron asistiendo a los talleres, a las campañas de sensibilización, a las jornadas de limpieza y a las campañas médicas. Los Agentes Comunitarios de Salud en su mayoría ya estaban nombrados desde antes del proyecto, algunos retomaron su implicación tras estar algo inactivos y se eligieron otros nuevos, con un total de 27 a la finalización del proyecto (19 antiguos y 8 nuevos); en el caso de las Promotoras Domiciliarias de Salud, o Mujeres Líderes, con un total de 41, las actividades prácticas de visitas a las familias, que comenzaron como parte de su formación han favorecido que comenzaran a tomar protagonismo y han colaborado activamente en la organización y desarrollo de muchas actividades. La tendencia general de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los beneficiarios/as es que todos ellos se sienten implicados y tomados en cuenta por el proyecto, y su alto grado de participación e implicación ha contribuido a su vez a una alta apropiación del proceso y de los beneficios obtenidos con el proyecto. Cabe señalar que todas las personas entrevistadas han indicado que los

niños y niñas participaron activamente en las actividades adquiriendo los aprendizajes básicos de higiene de forma incluso más significativa que muchos adultos.

A lo largo del proyecto se realizaron varias reuniones participativas de **seguimiento** con participación de las autoridades locales y sanitarias en cada comunidad, de modo que en todo momento los diferentes agentes implicados estuvieran al corriente de todo el proceso y pudieran hacer sugerencias de mejora o buscar soluciones a posibles dificultades. Este seguimiento ha sido pues permanente y muy constructivo gracias al alto nivel de implicación de todos los agentes implicados.

La última actividad ejecutada, entre diciembre de 2012 y enero de 2013 fue la construcción de las seis letrinas junto a los respectivos botiquines. Para estos trabajos se contrató una empresa local que se ajustó al expediente técnico presentado por CRP. Los trabajos estuvieron a cargo del ingeniero propietario de la empresa, un maestro de obras y un carpintero; contrataron mano de obra local en cada comunidad (6-7 obreros). El transporte de los materiales corrió a cargo de la propia empresa y contó con la colaboración de la población para la descarga de las embarcaciones y el traslado de los materiales desde los embarcaderos hasta los botiquines; únicamente en el caso de la comunidad de Shiriara, donde llegaron con el cauce del río muy bajo, la empresa pagó a un grupo de pobladores para transportar los materiales a pie a lo largo de 2 Km. Además de la construcción, el ingeniero dio formación a los ACS para el correcto uso y mantenimiento de las letrinas.

Cuadro 19. Agentes implicados y formas de participación

Agentes	Formas de participación
Municipalidad de Alto Nanay (Alcaldía)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participación en la coordinación de campañas de salud. ▸ Pago de un especialista médico para las lecturas de los frotis de Papanicolau.
Responsables Centros de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participación en la coordinación y ejecución de las campañas médicas vinculadas a la capacitación de ACS y PDS.
Centro de Salud de Santa María de Nanay: -Médico generalista -2 técnicos de enfermería -2 Técnicos de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participación de personal médico en la coordinación y ejecución de las campañas médicas en las comunidades de la municipalidad de Alto Nanay. ▸ Aporte de medicamentos y material para las campañas.
Red de Salud Moronacocha: -Enfermera -Obstetra	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participación en la coordinación y ejecución de las campañas médicas vinculadas a la capacitación de ACS y PDS. ▸ Compromiso con el seguimiento y fortalecimiento de los ACS. ▸ Aporte de personal médico, vacunas y material para campaña de Papanicolau.
Colegio Odontológico de Perú – Oficina regional de Loreto: -3 odontólogos	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Participación en la campaña médica de salud oral vinculada a la capacitación de ACS y PDS.
Responsables Centros Educativos	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Implicación y solicitud de talleres para docentes y alumnado. ▸ Cesión de espacios para talleres.
Agentes Comunitarios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Visitas mensuales a las familias para promoción de hábitos saludables. ▸ Participación, en fase de formación, en las campañas médicas, como auxiliares de los profesionales sanitarios. ▸ Colaboración en la dinamización en algunas campañas de sensibilización
Promotoras Domiciliarias de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Visitas mensuales a las familias para promoción de hábitos saludables.
Población Beneficiaria	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Asistencia a talleres ▸ Participación en los trabajos de limpieza en las jornadas de identificación y erradicación de vectores.

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas en terreno

3.6. Impacto

Valoración criterio: 4

11. ¿Ha contribuido la intervención a alcanzar el objetivo global propuesto? ¿En qué medida el proyecto ha incidido en la mejora de la salud de las comunidades?

El Objetivo General está bien articulado con el específico y es razonable suponer que el proyecto ha contribuido al mismo dado el buen nivel de logro de los resultados y del objetivo específico, sin embargo no es posible valorarlo adecuadamente sin disponer de datos sanitarios adecuados. En este caso, la Microred de Salud de Iquitos Norte aportó información insuficiente⁶ que no permite conocer si realmente se ha producido una disminución de la incidencia de enfermedades prevalentes en las 9 comunidades del proyecto. No obstante, a raíz de las observaciones y entrevistas realizadas en terreno, sí se puede afirmar que **las prácticas de prevención e higiene han mejorado considerablemente** con la ejecución del proyecto, y que esto contribuye efectivamente a una disminución de la morbilidad.

Por otra parte, y a pesar de no disponer de información epidemiológica adecuada, todos los agentes entrevistados, incluyendo el personal de salud de la zona, expresan que han empezado a descender las enfermedades gastrointestinales (diarreas y vómitos) vinculadas al agua. Respecto a otras enfermedades hay respuestas más discordantes por lo que parecen responder a experiencias personales no generalizables. También hay una cierta coherencia en la apre-

⁶ La Microred ha aportado datos de morbilidad correspondientes a 2012, por lo tanto dentro del período de ejecución del proyecto, y también datos sobre nº de atendidos y nº de atenciones en 2011 (4º trimestre), 2012 y 2013 (enero y febrero), sin embargo estos registros no son completos ni homogéneos por lo que no es posible compararlos entre sí para observar una evolución en la incidencia de enfermedades.

ciación de que la malaria no ha disminuido, y continúa afectando por ciclos vinculados a la estacionalidad climática.

Diversos testimonios coinciden también en que las prácticas de prevención e higiene han arraigado más en las poblaciones grandes, donde la población es más estable, mientras que en las comunidades más pequeñas (Atalaya, Saboya, San Martín, Mishana), la alta movilidad hace que se preste menos atención al cuidado de este tipo de prácticas.

También parece claro que el mayor impacto se ha producido en la población infantil, que tienen una mayor receptividad e interiorizan mejor los aprendizajes, mientras en la población adulta cuesta más lograr cambios de hábitos.

Los ACS y las PDS son bien aceptados por la población y están continuando con sus visitas y actividades de sensibilización, promoción y prevención en salud. La existencia de personas capacitadas que, además de promover prácticas saludables, pueden atender en un primer momento y derivar a los Centros de Salud, contribuyen a disminuir los índices de enfermedades al mejorarse la prevención y atención temprana. Además, los hábitos personales y colectivos de higiene y salubridad están bien encaminados en la población a raíz de las actividades de sensibilización realizadas, los talleres y las visitas domiciliarias, aunque requieran un refuerzo para consolidarse.

Todos los agentes implicados en el proyecto han expresado durante las entrevistas y reuniones mantenidas que están satisfechos con los resultados obtenidos. Hay que señalar que todos los grupos de beneficiarios solicitan continuar con las mejoras en futuros proyectos, relacionados en este caso con cuestiones de saneamiento, letrinas principalmente.

La relación de confianza establecida entre las dinamizadoras y la población ha favorecido el hecho de que una población con un modo de vida tan sencillo continúe clorando su agua para beber y lavarse, lo cual muestra, además, que realmente están percibiendo una mejora de la salud en sus familias y que comprenden la relación causa-efecto entre prevención y salud.

No obstante, y aunque se percibe una mejora en los hábitos higiénico-sanitarios de la población, el impacto del proyecto se encuentra aún condicionado por las carencias en los servicios de agua y saneamiento: disponibilidad de agua rápida y cercana y eliminación de excretas.

12. ¿Qué efectos ha provocado el proyecto sobre los colectivos de beneficiarios?

Los principales efectos del proyecto se han producido sobre la población beneficiaria. Por una parte, se han observado algunas mejoras en prácticas de prevención e higiene: gran parte de la población utiliza los kits de agua segura⁷, los mantiene limpios, cloran el agua, se lavan las manos en los momentos adecuados, friegan los utensilios de cocina, mantienen la casa más limpia y ordenada, separan las basuras correctamente, usan los contenedores comunitarios, mantienen limpio de hierbas el entorno de sus casas...

Sin embargo, se constata que aún queda mucho por hacer en cuestiones de saneamiento, pues gran parte de la población realiza sus necesidades fisiológicas en el campo, muchas familias arrojan las basuras al aire libre, la práctica totalidad de la población tiene aves de corral sueltas en los alrededores y el interior de las casas..., sin valorar los problemas que estas situa-

ciones causan al medioambiente y a la salubridad de sus hogares.

Los efectos del proyecto sobre los ACS y las PDS son principalmente su capacitación y su compromiso social con sus comunidades en prevención y asistencia sanitaria. Además, se han vinculado con la red de salud a través de los Puestos de Salud de sus respectivas zonas, lo que les da seguridad y confianza, al sentirse agentes de desarrollo públicamente reconocidos.

Sobre las instituciones participantes, se puede señalar que la Microred de Salud y los Puestos de Salud Pública se han visto fortalecidos al contar con agentes de desarrollo entre la población, más capacitados en promoción y prevención, que facilitan el vínculo entre ésta y el personal sanitario, una mayor comprensión de los servicios sanitarios y un mayor acercamiento preventivo. Por otra parte, gracias a la dotación de equipos a los Puestos de Salud, éstos se han fortalecido para el desarrollo de sus tareas.

Los efectos del proyecto sobre las tres municipalidades implicadas son más débiles: no ha habido implicación de las municipalidades de Iquitos ni de San Juan, y la de Alto Nanay ya tiene un buen nivel de acción social, y de hecho, a partir de esta colaboración ha surgido la identificación y puesta en marcha de un proyecto independiente de salud oral.

En los centros educativos se ha valorado mucho la respuesta del equipo a la participación espontánea de la población infantil en el proyecto y la organización de talleres en sus aulas, junto con la dotación con material educativo y con kits de agua segura; estas acciones han fortalecido el componente educativo en salud e higiene en los centros escolares.

⁷ Se ha observado que algunas familias han sustituido espontáneamente algún cubo roto por otro similar, aunque sin grifo, lo que revela el interés por mantener su uso.

Finalmente, los efectos del proyecto sobre la Filial de Maynas de CRP se analizan más adelante, en la pregunta I4.

13. ¿Se han producido impactos no previstos, positivos o negativos, sobre la población destinataria?

El único impacto no previsto del proyecto ha sido la sensibilización y la implicación obtenida en la población infantil: con la inclusión de este segmento de la población, tal como se explicó en el criterio de eficacia, se ha aportado coherencia y continuidad a las prácticas preventivas en los dos espacios donde se desenvuelven los menores: en casa y en la escuela. Además, todos los agentes entrevistados confirman que los niños y niñas son más receptivos que los adultos y han interiorizado mejor los aprendizajes, lo que supone una mayor garantía de continuidad en las prácticas preventivas.

14. ¿En qué medida ha contribuido el proyecto a fortalecer la filial de CRP-Maynas y al voluntariado de la misma?

Un primer fortalecimiento de la filial de Maynas ha sido la incorporación de aprendizajes y experiencias: por una parte han aprendido a nivel metodológico en el trabajo con profesionales de salud en el terreno, y por otra, en el acercamiento a la idiosincrasia y a las formas de vida en las comunidades campesinas de la zona del río Nanay, y cómo acercarse a esta población a la hora de implementar acciones de desarrollo. Cabe señalar en este sentido la formación de las cuatro voluntarias que fueron capacitadas al inicio para la obtención de la línea base, así como el aprendizaje del voluntario que fue contratado durante los primeros meses de ejecución, y sobre todo la incorporación del coordinador del proyecto, que ha continuado vinculado a la Filial con nuevos proyectos en la re-

gión. Igualmente, dos de las dinamizadoras han quedado como voluntarias, una en la filial de Iquitos y otra en Lima. Sin embargo hay que señalar que podía haberse aprovechado más al voluntariado activo de la filial (medio centenar de voluntarios y voluntarias según la presidenta) e incluso organizar con ellos algunos talleres o jornadas vinculados al proyecto para una mayor difusión de los aprendizajes generados con el mismo.

También ha habido un fortalecimiento material al haberse dotado a la sede con algunos equipamientos: tres mesas-escritorio, un armario, material de oficina; y haberse realizado algunos arreglos: pintura, arreglo de aseos, rehabilitación de la embarcación que se ha usado en este proyecto. Junto con estas mejoras materiales es de gran valor el contar con los nuevos materiales formativos y divulgativos elaborados por el equipo del proyecto y que podrán ser aprovechados en nuevas intervenciones.

Todas estas aportaciones van enriqueciendo a la entidad para mejorar progresivamente en futuras acciones de intervención social.

3.7. Sostenibilidad

Valoración del criterio: 3

S1. ¿Se mantienen los beneficios de la intervención una vez retirada la ayuda externa?, ¿Existe un compromiso por parte de los Agentes Comunitarios de Salud para permanecer realizando su labor una vez finalizado el proyecto?

Las mejoras introducidas gracias al proyecto tienen una probabilidad media de mantenerse una vez finalizada la intervención, pues las medidas previstas para garantizar la sostenibilidad no son completamente sólidas.

En primer lugar, en el componente salud, la Microred de Salud de Iquitos Norte, principal socio estratégico, es la responsable del funcionamiento de los Puestos de Salud y de la coordinación y seguimiento por el personal sanitario hacia los ACS y las PDS. Estas dos redes de personal voluntario local han continuado desempeñando sus funciones una vez finalizado el proyecto, con un manifiesto interés por continuar su formación, sin embargo sus tareas les requieren una importante dedicación de tiempo que dependerá sólo de su interés personal, ya que no existen otras compensaciones. Durante la ejecución del proyecto todos ellos y ellas han recibido una compensación en forma de lotes de alimentos y, en algún caso, hay ACS que en otros tiempos recibieron ayudas económicas; puesto que ya desaparecen todas estas compensaciones no se puede asegurar la permanencia a largo plazo de todos estos agentes y promotoras. En el caso de los ACS se han observado algunas rencillas o desencuentros entre ellos o con personal sanitario, mientras que las Promotoras se ven más involucradas y se entienden mucho mejor en las visitas domiciliarias donde se encuentran “de madre a madre”.

Respecto a la población se observa un buen grado de apropiación, y hay varios elementos que pueden contribuir a la sostenibilidad de las prácticas introducidas:

- ▶ La participación equitativa de hombres y mujeres en los talleres y actividades ha fomentado una cierta corresponsabilidad de ambos en la salud de la familia, que habitualmente sólo es asumida por las mujeres.
- ▶ La participación de los niños y niñas contribuye a la apropiación de las prácticas saludables en el entorno familiar y, por tanto, como algo que afecta a todos. Además, la mayor apropiación por parte de los menores hace que estos puedan ayudar a las personas mayores que más fácilmente olvidan el mantenimiento del agua o las prácticas de higiene. No obstante la capacidad de decisión de los menores es mínima en el interior de sus familias.

En cuanto a las aportaciones del proyecto en agua y saneamiento son insuficientes: para el agua se ha dotado a toda la población con los kits de agua segura, pero aún deben recoger ésta en el río, lo que supone un importante esfuerzo, sobre todo para las familias más alejadas. Seguramente se podía haber hecho una inversión razonable para instalar algunos depósitos comunitarios que recogieran y filtraran el agua de las abundantes lluvias o incluso de los pozos que hay en algunas comunidades, para que la población dispusiera de algunos grifos públicos donde abastecerse, incluso se puede pensar, para futuros proyectos en instalar depósitos en cada casa. Respecto a la eliminación de excretas, algunas familias disponen de letrinas simples de fosa seca, pero muchas no disponen de ningún sistema y hacen sus necesidades en el campo, por lo que los aprendizajes sobre la importancia de la eliminación de excretas caen en muchos casos en saco roto.



S2. ¿Se cuenta con recursos por parte del Sistema de Salud Pública para continuar con el apoyo a los Agentes Comunitarios de Salud?

Según todos los testimonios, los recursos del sistema de Salud Pública son bastante limitados. Por el momento su apoyo a los ACS son campañas periódicas de capacitación y actualización, y también se les ha autorizado a comprar medicamentos genéricos para los botiquines en los puntos de venta destinados al personal sanitario público, en condiciones favorables.

También la administración local ha dado instrucciones al personal sanitario de las comunidades para trabajar de forma coordinada con los Agentes Comunitarios de Salud, puesto que son una figura que ya existía y a la que el Ministerio da cobertura, pero en la práctica la mayor o menor colaboración depende en última instancia de la voluntad de los profesionales destinados a terreno. Además éste es un personal muy cambiante, lo que dificulta que se logren niveles de colaboración estables y organizados. Actualmente, de los tres Puestos de Salud en el marco del proyecto, el de San Antonio no cuenta con personal sanitario, el de Samito está muy implicado y el de Libertad tiene una implicación poco entusiasta reducida a lo mínimo. En cuanto a las Promotoras, son una nueva figura introducida con el proyecto y no cuentan con ningún reconocimiento ni apoyo explícito por parte del MINSA.

S3. ¿Se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional de todas las instituciones participantes?

El proyecto ha previsto actividades encaminadas a la instalación de capacidades en los habitantes de las localidades de ejecución en el conjunto de los resultados de proyecto.

En cuanto a las instituciones, la presencia de los botiquines comunitarios y el grupo de ACS formado, equipado y articulado con la Microred de Salud supone un fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud pública en la prevención y el acercamiento de los Puestos de Salud a la población. Además, los Puestos de Salud han recibido algunos equipamientos que los han fortalecido en cierto grado.

También se ha influido sobre las instituciones educativas al realizar talleres en los centros escolares y dotar a todos los centros con kits de agua segura y con materiales formativos.

Finalmente todas las instituciones participantes (Municipalidad de Alto Nanay, Microred de Salud, Puestos de Salud, Centros educativos) destacan el trabajo conjunto y coordinado desarrollado en el marco del proyecto como un aprendizaje fundamental que ha mejorado las relaciones entre instituciones y la toma de conciencia sobre las ventajas del trabajo interinstitucional con objetivos compartidos, de cara a la mejora de las condiciones de vida de la población.

S4. ¿Cómo se han contemplado las prioridades horizontales y los principios operativos?

Respecto las prioridades horizontales, la **equidad de género** ha sido contemplada a nivel de participación equitativa: no se realizaron diagnósticos específicos de necesidades que determinen cuáles sean las brechas de género en la zona de intervención; se tuvieron en cuenta las distintas ocupaciones y responsabilidades de hombres y mujeres en las familias y en la vida comunitaria, y se constató de modo informal que hay un machismo más o menos latente u oculto. En respuesta a la relegación de las mujeres se ha fomentado una participación equitativa de los sexos en todas las actividades y se ha dado especial importancia a la corresponsabili-

dad de ambos en cuanto a los hábitos de higiene, saneamiento y prevención de enfermedades, que en este caso son tradicionalmente asignados a las mujeres. Por otra parte, al constatar que la mayoría de los ACS son hombres y es difícil que las mujeres asuman puestos de responsabilidad en la vida comunitaria se creó la figura de la Promotora Domiciliaria de Salud, como mujeres líderes que asuman un papel destacado en las dinámicas del proyecto y en la promoción de la salud en sus comunidades. Sin embargo ellas no han recibido un reconocimiento por parte de las administraciones pública como sí lo hacen los ACS. Por otra parte ha faltado tratar temas importantes de género como la igualdad de derechos, deberes y responsabilidades entre los sexos o sobre todo formación en salud sexual y reproductiva, directamente vinculada a la temática del proyecto. Así pues, tal como ya indicamos más arriba, el enfoque de género adoptado responde más a una visión MED, que ya debería haberse superado y reemplazado por el enfoque GED.

En relación con la **protección del medio ambiente y su gestión sostenible**, se ha tratado en los talleres de saneamiento ambiental y se han realizado prácticas de limpieza y erradicación de vectores para el mantenimiento de un entorno limpio y sano en las comunidades, incluyendo la gestión de las basuras y la eliminación de excretas, sin embargo este último punto se ha quedado en el nivel teórico como ya se ha señalado en otros apartados y tampoco se han tomado medidas en cuanto al control de los animales domésticos.

Por su parte, el **fomento de la diversidad cultural** ha sido contemplado en las dos comunidades con población indígena de etnia Iquito, entrando de forma muy respetuosa y contando en todo momento con la colaboración de las autoridades locales, aunque no se han requerido estrategias ni medidas especiales, dado que estas comunidades están muy integradas con la

cultura de la zona, de población mayoritariamente mestiza, y el proyecto no ha incidido en cuestiones que tuvieran un particular tratamiento diferencial entre etnias o culturas.

Respecto al **fortalecimiento institucional** ya se ha comentado en la pregunta precedente.

En relación al principio operativo de **apropiación**, ésta se ha logrado en un buen nivel, sobre todo gracias a unas dinámicas muy participativas que han favorecido la implicación activa de todos, y en particular por la participación de la población infantil y la corresponsabilización de hombres y mujeres, lo que ha contribuido a la integración de las familias en una temática común. Al ser la figura del ACS ya conocida y aceptada en las comunidades y contar con los servicios de los botiquines desde el proyecto anterior, todas las actividades han recibido muy buena aceptación. Todas las temáticas han sido del interés de la población, que las considera en beneficio de su salud y bienestar, y cabe destacar el liderazgo que asumen los ACS y las PDS, en coordinación con las autoridades locales, en cuanto a la vigilancia de la salud, la promoción y la prevención.

Respecto al **alineamiento**, el proyecto se alinea perfectamente con las políticas locales, tal como se analizó en el criterio de Pertinencia (pregunta P3), y también con la política andaluza de cooperación, ya que los tres componentes principales: salud, agua y saneamientos están en perfecta coordinación con las líneas prioritarias del PACODE. Y así, el componente salud se enmarca en la *línea prioritaria 1: Servicios sociales básicos: salud primaria*, en las medidas de *apoyo a programas de construcción-rehabilitación y equipamiento de centros de atención primaria de salud o dispensarios en entornos rurales; apoyo a programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes en los servicios de atención primaria de salud; apoyo a la creación de siste-*

mas de información y vigilancia sanitarios adecuados; apoyo a los programas de formación de operadores en salud, especialmente en un ámbito comunitario. El componente agua enlaza en la línea prioritaria 1: Servicios sociales básicos: saneamiento y acceso a agua potable, a través de las medidas de apoyo a programas de potabilización del agua para el consumo humano; así como el apoyo a campañas de educación de la ciudadanía para el uso adecuado del agua. El último componente, saneamiento, se encuadra en la línea prioritaria 1: Servicios sociales básicos: la vivienda digna, en las medidas de asistencia técnica a las comunidades y administraciones locales para la adopción de normas de ordenación urbana, salud pública, protección medioambiental, para los asentamientos.

Respecto a la **coordinación y complementariedad** entre los distintos agentes, como ya se comentó en la pregunta 4 de pertinencia, existe un gran número de organizaciones españolas que desarrollan actividades de cooperación en el país, aunque no hay una presencia importante de estas en la Región de Loreto. La Cruz Roja Española y Peruana coordinan habitualmente con las instituciones del país, por lo que no hay una coordinación o complementariedad de este proyecto con otros agentes de la cooperación española, sino con los agentes locales de desarrollo.

Para finalizar, como ya se vio en el criterio de eficacia, el proyecto prevé la obtención de **resultados concretos** a nivel de prácticas saludables vinculadas con la higiene y el agua, completado con el inicio de una estrategia y proceso de desarrollo más a largo plazo vinculado a estos mismos componentes. En concreto, los resultados obtenidos han sido, por un lado, el fortalecimiento de las instituciones públicas en salud, a través de los equipamientos aportados a los botiquines comunitarios y a los Puestos de Salud, el fortalecimiento de una red de 27 Agentes Comunitarios de Salud y la constitu-

ción de una red de 41 Promotoras Domiciliarias de Salud, todos ellos capacitados y trabajando en los caseríos de las nueve comunidades implicadas. Por otro, la dotación con equipos para tratamiento del agua a 511 familias de las nueve comunidades, y el fortalecimiento comunitario de las mismas a través de las capacitaciones y campañas realizadas.

S5. ¿Se ha beneficiado a los colectivos más vulnerables?

El proyecto se ha ejecutado en una zona rural, cuya población puede ser considerada en su conjunto como vulnerable, y que ha tenido y tiene la posibilidad de acceder a los beneficios de la intervención: además de la participación generalizada en las diferentes actividades del proyecto, los ACS y las PDS realizan sus labores de promoción y prevención en salud recorriendo todos los caseríos y llegando a todas las familias sin distinción.

Los principales grupos de población vulnerable serían las mujeres y la infancia, por su exclusión de espacios de participación y decisión, y por la escasa visibilidad y valoración de las tareas que realizan, y el proyecto ha incorporado a ambos colectivos como agentes activos de desarrollo en las familias y la comunidad.

S6. ¿Se ha promovido un progreso tecnológicamente adecuado?

Se puede afirmar que la tecnología adoptada en la fase de ejecución del proyecto ha sido adecuada: los materiales formativos y divulgativos son impresos y por lo tanto de fácil manejo; los kits de agua segura incluyen componentes habituales en el entorno y fácilmente reemplazables, tal vez con la única excepción de las jeringuillas medidoras de cloro, que no suponen ninguna complicación y, en todo caso, las per-

sonas mayores que tienen dificultad para su manejo o para la lectura de la graduación cuentan con la ayuda de los niños y niñas de sus familias o vecindario; las jeringuillas y el cloro para el tratamiento del agua lo aportarán a las familias, sin coste, los ACS, inicialmente de las reservas entregadas por el proyecto, y en adelante serán abastecidos por el MINSA. La única estructura más novedosa son las letrinas instaladas en los botiquines, posiblemente las más adecuadas para el entorno (capa freática alta) y para los usos culturales. Además de capacitar a los ACS sobre su uso y mantenimiento, estas estructuras se han planteado como una inicia-

ción a que la población se vaya familiarizando con ellas, de modo que puedan generalizarse en proyectos futuros.

En cuanto a los botiquines, han sido dotados con equipos e instrumental médico-sanitario sencillo (jeringas, termómetros, guantes, cloro, jabón, medicamentos básicos) que no requieren de un mantenimiento complicado y, en todo caso, se ha enseñado a los ACS a usarlos adecuadamente.

En definitiva no se prevé ninguna dificultad para la sostenibilidad técnica de los resultados.

4 Conclusiones de la evaluación

4.1. Conclusiones generales

Las conclusiones generales, así como las específicas, que se recogen a continuación referidas a cada criterio de evaluación, pretenden mostrar una visión global, integrando el análisis documental realizado, con la información obtenida en las entrevistas y grupos focales, así como lo percibido mediante observación directa en la visita realizada al terreno.

Este trabajo nos permite afirmar que el impacto del proyecto ha sido en su conjunto positivo, y que a través de las actividades ejecutadas se ha contribuido a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en 9 comunidades campesinas del río Nanay, a través de la adquisición, por parte de la población, de hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de estas enfermedades prevalentes.

En cuanto a los criterios de evaluación, la conclusión general es que el proyecto resulta pertinente, su ejecución ha sido muy eficiente y los resultados y objetivo específico se han logrado de forma muy eficaz. Hay que valorar sobre todo el alto grado de participación obtenido por todos los agentes concernidos, incluyendo el equipo del proyecto, las instituciones implicadas y el conjunto de la población beneficiaria. El impacto es significativo, aunque presenta algunas carencias y hay algunas dificultades para poder valorarlo en todo su alcance. La coherencia del proyecto es también bastante alta, aunque se han detectado algunas debilidades en la formulación. La sostenibilidad es alta en algunos aspectos pero muy débil en otros, por lo que se requerirá aún un importante esfuerzo de acompañamiento.

4.2. Conclusiones relativas a Pertinencia

- De acuerdo a los diagnósticos realizados y a las informaciones aportadas tanto por las autoridades y responsables de salud, como por la población beneficiaria, las necesidades y problemas identificados son pertinentes para los 2 principales planteamientos del proyecto: prevención en salud y acceso a servicios de salud.
- En líneas generales, la intervención está en plena concordancia con los planes y las estrategias de desarrollo a nivel estatal, regional y local. El proyecto se enmarca en los niveles más básicos de las estrategias contempladas para el ámbito rural: formación, prevención y participación ciudadana. Tanto los objetivos, como las medidas diseñadas en el proyecto para conseguirlos, comple-

mentan y son coherentes con las estrategias de las instituciones públicas regionales. Además, el proyecto es altamente valorado por los responsables de salud ya que, según manifiestan, las figuras de los ACS y de las PDS permiten a la población acceder a un conjunto de prestaciones y servicios de atención primaria, y acercarla al sistema público de salud.

- ▶ El proyecto se ha planteado con una visión de desarrollo progresivo, que fortalece los botiquines creados en un proyecto anterior y los complementa con la creación de hábitos de higiene como fase de transición a una futura aportación de infraestructuras sanitarias, tanto de suministro de agua potable como de sistemas de eliminación de excretas (letrinas).
- ▶ El equipo ha sabido responder a la constatación del papel protagonista de la infancia en la creación y consolidación de hábitos de higiene y consumo de agua clorada, organizando talleres adaptados a este grupo de edad y al colectivo docente, en el ámbito escolar.
- ▶ Algunas prioridades importantes para la población y también para las autoridades sanitarias no fueron bien identificadas y han quedado sin respuesta, entre las que destacan la formación específica a la población adolescente en materia de salud sexual y reproductiva; la implicación, reconocimiento y fortalecimiento de las parteras tradicionales; y la cadena de frío en los botiquines como elemento fundamental para las campañas de vacunación.
- ▶ El empeño en fomentar la equidad de género ha logrado involucrar a los varones y responsabilizarlos en actividades de promoción de la salud, habitualmente asignadas a las mujeres. Y al mismo tiempo se ha dado a las mujeres un cierto papel de liderazgo en su vida comunitaria, aunque aún sin capacidad de decisión ni de acceso y control de recursos.
- ▶ La incorporación del enfoque de género en la identificación y formulación del proyecto se revela bastante débil en cuanto a que aún se incorporan enfoques más cercanos a MED que a GED, identificando el género con actividades por y para mujeres.

4.3. Conclusiones relativas a Coherencia

- ▶ Los objetivos y resultados formulados son adecuados y corresponden a los problemas identificados. Pero hay una cierta debilidad en la respuesta a la disponibilidad de agua y a la eliminación adecuada de excretas.
- ▶ La secuencia lógica de objetivos, resultados y actividades presenta una gran fortaleza.
- ▶ Los tres resultados son complementarios entre sí, contribuyen a la consecución del objetivo específico y abarcan las principales líneas de acción identificadas, incidiendo a nivel de población, comunidad y sistema público de salud.
- ▶ Las actividades son coherentes entre ellas y contribuyen adecuadamente al logro de los resultados esperados. Se han implementado algunas actividades importantes que no estaban formuladas y otras han sufrido algunas variaciones para mejorar la eficacia de la intervención. La coherencia hubiera sido mayor de haber incorporado actividades vinculadas a la creación de un sistema comunitario.

rio de eliminación de excretas, pues las letrinas de los botiquines son insuficientes.

- ▶ Los indicadores han sido, en general, correctamente formulados en términos de calidad, cantidad, tiempo, grupo concernido y ubicación; todos son simples, medibles, accesibles, realistas y relevantes, aunque algunos adolecen de cierta falta de precisión.
- ▶ Las fuentes de verificación son abundantes, pertinentes y se encuentran adecuadamente

ordenadas y sistematizadas. Únicamente fallan algunas en carecer de la información desagregada por sexos, por lo que no aportan información útil para valorar la incidencia en género.

- ▶ Los factores externos se han identificado correctamente y todos ellos han resultado positivos.

4.4. Conclusiones relativas a Eficacia

- ▶ El proyecto ha sido altamente eficaz en el sentido de que se han obtenido todos los resultados esperados, correctamente y a tiempo:

- ▶ Las familias de las comunidades de Atalaya, San Antonio, Saboya, Samito, Mishana, San Martín, Shiriara, Libertad y Tarapoto han sido sensibilizadas sobre la responsabilidad de cuidar su salud y de desarrollar prácticas saludables, han mejorado sus conocimientos en temas higiénicos, preventivo-sanitarios y ambientales y los aplican, a partir de la capacitación recibida mediante talleres, jornadas de sensibilización, campañas de limpieza, distribución de kits de agua segura y un acompañamiento regular por parte de las dinamizadoras del equipo ejecutor. Estas actividades han tenido una alta eficacia gracias a una buena identificación de la línea de base que ha permitido adaptar los contenidos y metodologías a la idiosincrasia y niveles de conocimientos y prácticas de la población destinataria, usando materiales didácticos de elaboración propia. Y en particular gracias a la estrategia de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, que ha facilita-

do el trabajo y ha logrado un alto nivel de implicación. Cabe señalar que el equipo de CRP respondió a la implicación espontánea de la población infantil preparando talleres adaptados que se impartieron en los centros educativos para un mayor refuerzo de los aprendizajes en este grupo de edad, aumentando así la eficacia de este resultado.

- ▶ Se han fortalecido los 6 botiquines comunitarios con equipamientos adecuados, aunque aún se percibe la necesidad de mejoras importantes como electricidad, mosquiteras, teléfono para urgencias, mejora en la disponibilidad de agua y canales completos. Se han renovado los Comités de Salud para la vigilancia de la salud en las 9 comunidades; aunque aún no son muy operativos y su gestión es poco eficaz por el momento en la integración de los ACS en los programas de salud pública. Como parte del fortalecimiento de estos botiquines se ha instalado en cada uno de ellos una letrina con biodigestor y un sistema de recogida y almacenamiento de agua de lluvia. Estas letrinas han cambiado con respecto a las que estaban previstas, lo que supone una mejora, sin embargo ape-

nas están siendo usadas. En cuanto a los sistemas de recogida de agua, se han orientado principalmente a surtir las cisternas de los sanitarios instalados en las letrinas; además se ha instalado un grifo dentro de cada letrina para poder recoger agua para otros usos, pero sólo puede acceder los ACS, por lo que su aprovechamiento es muy reducido.

- Se ha capacitado a una red de 27 Agentes Comunitarios de Salud y 41 Promotoras Domiciliarias de Salud en las 9 comunidades del proyecto, a través de una campaña de formación permanente y la implicación de todos ellos en las campañas de salud organizadas con el Ministerio de Salud en coordinación con el equipo de CRP; se les ha equipado y realizan actividades de promoción de la salud, prevención y atención primaria en sus comunidades, en coordinación con el sistema sanitario público.
- Se han organizado cuatro campañas de salud que, además de contribuir a la formación práctica de los ACS, ha aportado al conjunto de la población valiosos servicios de medicina general, inmunizaciones a niños y adultos, control de crecimiento y desarrollo, diagnóstico de malaria, control pre-natal, diagnóstico de ETS, despistaje de cáncer de cuello de útero, extracciones y fluorizaciones a niños/as y desparasitación.
- Entre los factores que han dificultado la consecución de los resultados previstos cabe señalar las crecidas y bajadas del río Nanay que, aunque no fue un factor seriamente limitante, sí causaba ciertas dificultades para el desplazamiento de las familias más alejadas (o de las dinamizadoras hasta sus casas), así como para el transporte de los materiales de construcción de las letrinas. Las inundaciones en marzo de 2012 sí supusieron un inconveniente mayor que obligó a reducir las campañas médicas por reasignación de personal sanitario que tuvo que dedicarse a atender emergencias.
- Otro factor que dificultó la coordinación de algunas campañas fue la alta rotación del personal sanitario en las administraciones de salud, lo que obligó a repetir numerosas reuniones de coordinación.
- El Objetivo Específico se ha logrado de forma muy satisfactoria teniendo en cuenta que el porcentaje de logro de la mayoría de los indicadores es superior al 100%: los habitantes de las 9 comunidades campesinas implicadas en el proyecto han adquirido hábitos saludables para la prevención, tratamiento y control de enfermedades prevalentes; cuentan con una red de ACS y PDS capacitados para realizar atención primaria, prevención y promoción de la salud, y cuentan con 6 botiquines reforzados para prestar servicios de atención primaria. Cabe señalar que los sistemas de tratamiento de agua están generalizados en la población, sin embargo las letrinas instaladas no están teniendo una incidencia destacable en las condiciones de salud, puesto que se están manteniendo reservadas y apenas se usan.
- Entre los factores que han contribuido al logro de los resultados y del OE destaca, junto a la profesionalidad y la implicación de todo el equipo de terreno, la estrategia adoptada de permanencia de las dinamizadoras en las comunidades, pues esto ha permitido establecer relaciones más estrechas con la población y un mejor conocimiento y respuesta a las dinámicas comunitarias.
- Se han producido varios resultados no previstos, principalmente como consecuencia de la alta implicación de la población y de las instituciones concernidas:
 - La implicación de un mayor número de mujeres sobre lo previsto en los talleres y

- campañas, debido a que tradicionalmente existe una mayor implicación de las mujeres en temas de salud y cuidado de sus familias.
- ▶ Una alta implicación de la población infantil en la adquisición de hábitos saludables.
 - ▶ Fruto de la intervención, se formuló un nuevo proyecto para organizar una campaña de salud oral en las 22 comunidades de Alto Nanay, con la participación de CRP.
 - ▶ Toda la población de las comunidades ha podido acceder a las actividades de la intervención sin ningún tipo de limitación, más allá de las dificultades habituales de desplazamiento para los más alejados.

4.5. Conclusiones relativas a Eficiencia

- ▶ Los recursos humanos y materiales han sido adecuados y se han gestionado de forma muy eficiente, tanto a nivel económico como en dinámicas de trabajo, buena gestión del tiempo y en una buena adecuación en cantidad y calidad de cada recurso a las actividades a que se ha destinado.
- ▶ La distribución del gasto por resultados es adecuada, siendo bastante equitativa tanto en las actividades y productos de cada uno de ellos como en los gastos realizados para la ejecución de unas y la obtención de otros.
- ▶ La distribución del gasto por partidas también es adecuado y se corresponde con el tipo de proyecto, donde la mayor inversión es en personal y desplazamientos, para las actividades de capacitación y campañas (de salud, limpieza y sensibilización), y en equipos aportados a las familias y a los botiquines.
- ▶ Se han respetado, en líneas generales, el cronograma y los tiempos previstos. Únicamente se retrasó la construcción de las letrinas, a causa del bajo nivel del río, que dificultó el transporte de los materiales.
- ▶ Los recursos humanos han sido adecuados en cuanto a su preparación, capacidades y experiencia. Destaca la alta profesionalidad y la implicación del equipo de campo.
- ▶ La colaboración con las instituciones públicas presentes en la zona de ejecución ha sido un elemento fundamental para la consecución de resultados. La principal colaboración es entre CRP y la Microred de Salud de Iquitos Norte como representante del MINSA, con el que hay firmado un convenio marco de colaboración. También ha habido una buena colaboración con la municipalidad de Alto Nanay.
- ▶ Los mecanismos de gestión han funcionado adecuadamente, aunque para ello tuvo que asumir la Delegación de CRE la gestión última del proyecto, a causa de las debilidades de CRP.

4.6. Conclusiones relativas a Participación

- ▶ Desde el comienzo del proyecto estaban claramente definidos los principales agentes participantes, así como las tareas y funciones de cada uno de ellos.
- ▶ La participación ha sido en general muy alta y bien coordinada: los diferentes agentes implicados, tanto autoridades locales como administraciones de salud, han participado de forma muy activa y con una alta implicación, salvo el caso de dos alcaldías (de tres) sumidas en sus agendas políticas. Durante la ejecución se incorporó de forma activa el personal directivo de los centros educativos de todas las comunidades, a pesar de no estar identificados inicialmente como actores clave. La población destinataria ha participado activamente, tanto recibiendo capacitaciones, como participando activamente en las diferentes jornadas y campañas realizadas. En el caso de los ACS y las PDS, no sólo se han formado, sino que han participado activamente en la organización y desarrollo de algunas actividades de sensibilización y atención sanitaria.
- ▶ La participación de las mujeres en el proyecto ha sido muy alta; pero en este caso cabe señalar más bien la participación equitativa de los hombres al tratarse de una temática habitualmente asignada a las mujeres.
- ▶ La estrategia de permanencia de las facilitadoras en las comunidades, así como el alto grado de implicación de éstas y la dinámica de coordinación permanente con las autoridades locales y sanitarias, ha contribuido significativamente a fomentar la implicación de la población y a facilitar la apropiación de todos los resultados.

4.7. Conclusiones relativas a Impacto

- ▶ El Objetivo General del proyecto es difícil de medir al no contar con datos sanitarios adecuados, pero se puede afirmar que el logro del Objetivo Específico contribuye efectivamente a reducir la incidencia de las enfermedades prevalentes. En particular se percibe una disminución de las enfermedades gastrointestinales (diarreas y vómitos) vinculadas al agua, mientras que sobre otras enfermedades no hay un impacto claro por el momento.
- ▶ El impacto es mayor en las comunidades más grandes, con una población más estable, y en la población infantil, con mayor receptividad y capacidad de interiorización de las prácticas de prevención e higiene.
- ▶ La red de ACS y de PDS contribuye de forma importante al impacto, ya que mantienen viva la implicación de las familias gracias a las visitas domiciliarias y además facilitan la relación de estas con los Puestos de Salud Pública logrando una prevención y una atención primaria más eficaces.
- ▶ Aunque se percibe una mejora en los hábitos higiénico-sanitarios de la población, el impacto del proyecto se encuentra aún condicionado por las carencias en los servicios de agua y saneamiento: disponibilidad de agua rápida y cercana y eliminación de excretas.
- ▶ Hay un cierto impacto en las instituciones participantes, principalmente en la adminis-

tración de salud pública que cuentan con un importante aliado en los ACS y las PDS como intermediarios entre los Puestos de Salud y la población. En cambio, el impacto sobre las autoridades administrativas no es significativo.

- La Filial de Maynas se ha visto fortalecida con la incorporación de experiencias y

aprendizajes, con mejoras materiales en la sede y con la continuidad del coordinador y dos de las dinamizadoras, pero se echa en falta una mayor implicación del voluntariado para beneficiarse de los aprendizajes generados con el proyecto.

4.8. Conclusiones relativas a Sostenibilidad

- Las mejoras introducidas gracias al proyecto tienen una probabilidad media de mantenerse una vez finalizada la intervención, pues las medidas previstas para garantizar la sostenibilidad no son completamente sólidas.
- El seguimiento de la red de Agentes Comunitarios de Salud, a cargo de la Microred de Salud de Iquitos Norte, no ha quedado bien consolidado: a pesar de la implicación de la Microred, los ACS aún no han sido oficialmente reconocidos; la administración cuenta con recursos limitados y por el momento el apoyo se limita a la futura capacitación / actualización periódica de los ACS; el seguimiento y la colaboración en terreno no están asegurados, al no haberse establecido medidas concretas y depender de la voluntad de los profesionales destinados a los Puestos de Salud que, además, son muy cambiantes. Por su parte, las Promotoras Domiciliarias no cuentan con ningún reconocimiento explícito por la administración pública.
- La población se ha implicado mucho y muestra un alto grado de apropiación, sin embargo las aportaciones del proyecto en agua y saneamiento son insuficientes: aunque se han distribuido kits de agua segura, aún deben abastecerse de ésta en el río, lo que supone un importante esfuerzo, sobre todo para las familias más alejadas. En cuanto a la eliminación de excretas no han recibido un tratamiento que lo facilite a pesar de haberse dado formación en este tema.
- Aunque el proyecto sólo preveía la instalación de capacidades en la población destinataria, también se ha influido positivamente sobre la capacidad institucional de las instituciones participantes. En particular sobre la Microred de Salud de Iquitos Norte, que se ha visto fortalecida con la capacitación y movilización de los Agentes Comunitarios de Salud y con la equipación de sus Botiquines y de los Puestos de Salud de Libertad y Tarapoto. Las otras instituciones (Municipalidad de Alto Nanay, Centros educativos) también se han visto fortalecidas en mayor o menor grado, sobre todo en la mejora de la capacidad y disponibilidad hacia la colaboración interinstitucional y en la experiencia de trabajo con la población.
- Las prioridades horizontales se han incorporado de forma muy discreta:
 - Las mujeres han tenido un alto nivel de participación e implicación, y durante la ejecución del proyecto se ha fomentado la participación equitativa de mujeres y hombres, sin embargo ha faltado abordar

temas clave y plantear medidas específicas para reducir las brechas de género.

- La protección del medio ambiente ha sido considerada en las actividades relacionadas con el saneamiento ambiental, no obstante ha faltado un tratamiento adecuado a elementos fundamentales como son la eliminación de excretas y la cría de animales menores.
 - La diversidad cultural ha sido respetada, aunque no hay diferencias específicas a las que hacer frente.
 - El alineamiento del proyecto es perfecto tanto con la política andaluza de cooperación
- como con las políticas locales. Y la apropiación del proceso y de los beneficios del proyecto por la población es alta, a consecuencia del alto nivel de participación e implicación.
 - La tecnología adoptada en la fase de ejecución del proyecto ha sido adecuada.
 - El proyecto ha beneficiado a una población rural vulnerable. Y se ha beneficiado en particular a las mujeres y la infancia, que son los colectivos más vulnerables dentro del conjunto de la población.

5 Recomendaciones de la evaluación

5.1. Recomendaciones para Pertinencia

- ▶ Teniendo en cuenta la presencia y el recorrido de CRP, con el apoyo de CRE, en Perú en los últimos años, es recomendable **continuar con la trayectoria de proyectos en materia de salud**; para ello es altamente recomendable realizar diagnósticos más precisos sistematizando la información que se va recogiendo durante las intervenciones en terreno, y realizando estudios específicos sobre las problemáticas y necesidades que se vayan planteando en el contacto con la población local.
- ▶ Convendría en particular realizar diagnósticos más detenidos sobre el problema de la eliminación de excretas para buscar alternativas adecuadas a la realidad del entorno natural y social.
- ▶ Es altamente recomendable, independientemente de cuál sea el sector de intervención, **realizar diagnósticos específicos de género**, para identificar las principales brechas en equidad de género que afecten a cada grupo de población y poderles dar respuesta. Para ello hay que tener en cuenta la incorporación de **datos desagregados por sexo**, y en caso de no existir éstos, construirlos. Conviene prestar especial atención a las necesidades en salud directamente vinculadas con el sexo como es la salud sexual y reproductiva, centrado en la adolescencia antes de que este grupo de población se incorpore a la vida adulta.

5.2. Recomendaciones para Coherencia

- ▶ **Los objetivos del proyecto presentan una secuencia lógica y progresiva**, pero es recomendable completar el conjunto de resultados para una mayor coherencia interna y una contribución equilibrada al logro del Objetivo Específico. En este sentido conviene desarrollar de forma más completa y articulada las alternativas a la problemática del acceso al agua potable y de la eliminación adecuada de excretas.
- ▶ Es conveniente **incorporar en los resultados el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)**, con el fin de articular las alternativas a las problemáticas identificadas desde la respuesta a la vulneración de derechos, lo que dará mayor coherencia y solidez al planteamiento de la matriz de planificación del proyecto.

- ▶ Los indicadores deben ser lo más precisos posible para evitar tener que interpretarlos a la hora de verificar su cumplimiento.
- ▶ **Las fuentes de verificación** referentes a población destinataria y demás agentes impli-

cados en la acción, **deben incluir siempre información desagregada por sexo**. Cuando esto no fuera posible debe justificarse el motivo y aportar estimaciones razonables en este aspecto.

5.3. Recomendaciones para Eficacia

- ▶ Dada la continuidad que se espera en el acompañamiento por parte de CRP a los botiquines, convendría **planificar mejor los equipamientos en función de su utilidad a largo plazo y su aportación a los servicios a prestar**. En particular es recomendable dotarlos con electricidad, mosquiteras, teléfono para urgencias, mejora en la disponibilidad de agua en su interior y canalones completos para evitar el deterioro exterior.
- ▶ **Las letrinas deben gestionarse de acuerdo a una planificación más precisa** en lugar de dejarlas al albedrío de los ACS, de modo que ofrezcan un servicio al conjunto de la población, al tiempo que se mantienen cuidadas.
- ▶ Igualmente es recomendable completar la intervención en cuanto al uso de agua segu-

ra **facilitando el acceso a la misma mediante la instalación de algunos depósitos** comunitarios o en cada casa; para esto podría aprovecharse la campaña del gobierno de mejora de tejados, con la que progresivamente están distribuyendo planchas de lamina ondulada a todas las familias.

- ▶ Cabe mejorar, como se ha indicado en el criterio de pertinencia, la respuesta a las brechas de género. En este sentido es conveniente **incorporar herramientas de análisis de género** que permitan identificar las necesidades básicas e intereses estratégicos de las mujeres en la zona de intervención y realizar un diagnóstico específico de género a partir del cual incorporar acciones y lograr resultados eficaces de género.

5.4. Recomendaciones para Eficiencia

- ▶ Se recomienda **continuar con la dinámica de establecer alianzas con las instituciones** presentes en las zonas de intervención, y **fomentar las dinámicas de colaboración y coordinación** con todas las entidades implicadas para una mayor eficiencia de las acciones.

- ▶ Es recomendable **fortalecer a la Cruz Roja Peruana** en sus capacidades de gestión para evitar la asunción por la Delegación de CRE de responsabilidades internas en lugar de mantenerse como apoyo externo, y en general para potenciar las capacidades locales.

5.5. Recomendaciones para Participación

- ▶ La participación es el criterio mejor valorado en este proyecto, por lo que no suscita recomendaciones importantes. Por lo tanto, se recomienda **continuar con el enfoque participativo**, según el cual no sólo se involucra a las entidades de la zona de intervención,

sino que se fomenta la **implicación activa de la población destinataria**, de modo que su participación no se reduce a un rol de beneficiario pasivo, sino que toma parte en la organización y coordinación de acciones.

5.6. Recomendaciones para Impacto

- ▶ Es recomendable **prever resultados más completos que contribuyan con mayor solidez al objetivo específico**, para evitar que las carencias en algún aspecto, en este caso el acceso al agua y sobre todo la eliminación de excretas, condicionen un buen impacto del conjunto de la intervención.
- ▶ Se recomienda mejorar la identificación de las necesidades e intereses de las mujeres, y la **previsión de cómo les afectarán las mejoras previstas en el acceso y control de los recursos**, para evitar reforzar estereotipos en

los roles de género y lograr un mayor impacto en equidad.

- ▶ De cara a futuros proyectos es aconsejable **involucrar más al voluntariado local de la CRP para fortalecer los equipos humanos**, tanto implicándolos en la ejecución de actividades donde puedan participar como animadores o apoyo organizativo, como organizando talleres o jornadas de voluntariado vinculadas a los proyectos para lograr una mayor difusión de los aprendizajes que se generen con los mismos

5.7. Recomendaciones para Sostenibilidad

- ▶ Se recomienda continuar con la dinámica de **establecer alianzas con la administración local de salud pública**. No obstante es importante valorar las capacidades reales de la administración y prever medidas de apoyo alternativas que contribuyan a la continuidad de los beneficios obtenidos.
- ▶ Se recomienda también **continuar con la estrategia de capacitar agentes locales** y articularlos con la red local de salud, para que se apropien de los logros del proyecto y se responsabilicen de su continuidad. Además se aconseja reforzar la implicación de los

agentes locales de salud en el proyecto para estimular su implicación con los resultados y objetivos del mismo.

- ▶ Es oportuno **contemplar mejor las prioridades horizontales en particular el género y el medio ambiente** en los diversos componentes que afectan a la salud. Para ello interesa:
 - ▶ Realizar diagnósticos de necesidades e intereses de mujeres y varones.
 - ▶ Considerar y actuar sobre los diferentes elementos que influyen en la salubridad ambiental.

6 Anexos

- 6.1. Matriz de la evaluación.
- 6.2. Resultados del Análisis de evaluabilidad.
- 6.3. Plan de trabajo ejecutado evaluación final externa.
 - 6.3.1. Cronograma de la evaluación ejecutado.
 - 6.3.2. Plan de trabajo de campo ejecutado.
- 6.4. Listado de documentación analizada.
- 6.5. Listado de personas entrevistadas.
- 6.6. Herramientas de recopilación de información utilizadas durante la fase de trabajo de campo.
- 6.7. Breve reseña del equipo de trabajo responsable de la evaluación.